



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

28 APRILE 2015

RASSEGNA STAMPA



L'addetto Stampa
Massimo Bellomo Ugdulena

© La riproduzione e la utilizzazione degli articoli e de



GIORNALE DI SICILIA

MARTEDÌ 28 APRILE 2015

● **Sanità a lutto**

È morto il cardiologo Enrico Geraci

●●● Considerato uno dei fondatori della moderna Cardiologia, è stato a lungo primario al Cervello. La sanità piange la scomparsa del professor Enrico Geraci, dal cui studio di via De Gasperi sono passati migliaia di pazienti. Specializzatosi negli Usa, è stato fra l'altro il fondatore della scuola siciliana per la cardiologia. Funerali oggi alle 10 presso la Sacra Famiglia di piazza della Parrocchia.

I CAMPIONATI DI SALUTE. In via Libertà per gli studenti un appuntamento con l'educazione alla buona alimentazione, attraverso la riscoperta dei prodotti del territorio

Mangiar sano: domenica di lezioni per i più piccoli

●●● Imparare a mangiare sano, contrastando le cattive abitudini alimentari dei bambini. È stato questo il tema della terza edizione dei «Campionati di salute». Il progetto, svolto nell'ambito di «Palermo, Capitale della solidarietà sociale», è stato promosso, ieri in via Libertà, dall'associazione onlus Punto con il patrocinio del Comune, del Dipartimento per le attività sanitarie della Regione, dell'Azienda sanitaria dell'Università, della Protezione Civile regionale e della Coldiretti. Una campagna di educazione, prevenzione e promozione della salute indirizzata alla riscoperta dei prodotti siciliani e rivolta a tutta la cittadinanza e agli studenti di età compresa fra i 6 e i 14 anni.

«I giovani coinvolti in questo progetto hanno ricevuto informazioni e spunti per fare in futuro scelte consapevoli», spiega Ida Cantafia, presidente dell'associazione Punto. «Dobbia-

mo condividere con i nostri figli il patrimonio delle tradizioni per far comprendere ai più piccoli quali cibi consumare». Il programma, partito lo scorso gennaio, si è articolato in quattro fasi e si è basato su un ampio circuito di educazione legato a una sana alimentazione. «Abbiamo pensato - prosegue Ida Cantafia - di portare i ragazzi in giro per i mercati rionali: fotografando i prodotti vegetali sulle bancarelle e spiegando ciò che portano ogni giorno sulla nostra tavola».

L'iniziativa ha avuto il patrocinio delle strutture ospedaliere della città. «L'Asp lavora molto sul territorio per creare una cittadinanza competente che sviluppi una consapevolezza critica», afferma Angelo Miraglia, dirigente medico unità operativa Asp 6. «Cerchiamo di agire molto sugli stili di vita non solo in campo alimentare ma soprattutto contro le varie dipendenze». Per Salvo Siciliano, medico dell'azien-



Dalla collaborazione fra associazioni e istituzioni i Campionati di salute in via Libertà: da sinistra Salvo Siciliano, Angelo Miraglia, Ida Cantafia, Nicoletta Salviato, Luigina Simon. (FOTO FLICARINI)

da Cervello-Villa Sofia, è importante favorire un'idea diversa di sanità pubblica. «È una collaborazione - dice - frutto di un percorso comune nato per promuovere la salute». Nicoletta Salviato, responsabile del servizio Educazione Salute Arnas Civico spiega come la prevenzione sia la migliore arma per prevenire malattie cardiovascolari. «Il nostro obiettivo - afferma - è educare la gente ad avere uno stile di vita corretto, evitando i fattori di rischio quali sedentarietà, fumo e cattiva alimentazione». Tanti i volontari che si sono impegnati per incoraggiare nuove abitudini. «Partiamo dai più piccoli per educare almeno le future generazioni», dice Beatrice Vaccaro, incaricato locale del Sism Medicina.

L'evento ha avuto anche alcuni momenti ludici con la partecipazione del gruppo cinofilo della polizia municipale, dei carabinieri e dei vigili del fuoco. «I ragazzi si sono arrampicati su una scala italiana, che noi utilizziamo quando non possiamo intervenire con l'autoscala», racconta Salvo Cantale del Comando dei vigili del fuoco. (FOTO) ROBERTO CHIFARI

LA SICILIA Palermo

Qualsiasi titolo - degli articoli e di quanto altro pubblicato in questo giornale sono assolutamente riservate, e quindi vietate se non espressamente autorizzate. Per qualunque controversia il Foro competente e questo giornale.

@asicilia.it

e provincia

lunedì 27 aprile 2015

SANITA' Sono quattro gli ospedali coinvolti in città e provincia con i servizi territoriali dell'Asp

Pediatria, nasce la rete allergologica

È diventato una realtà anche a Palermo e provincia il percorso assistenziale diagnostico-terapeutico delle emergenze allergologiche pediatriche.

Lo ha predisposto con tanto di decreto firmato dall'assessore regionale alla Salute, Lucia Borsellino.

Nasce, infatti, una vera e propria "rete" dove confluiscono ospedali e servizi territoriali dell'Asp, in particolare ambulatori di Pneumologia e Allergologia.

In sostanza sono stati creati Centri Hub e Spoke, individuati secondo i criteri stabiliti nel documento tecnico.

Gli ospedali interessati sono l'Arnas Civico (Centro Hub) con l'unità operativa semplice di Allergologia pediatrica afferente all'unità operativa di Pediatria II per la fibrosi cistica e le malattie respiratorie dell'ospedale "Di Cristina"; l'ambulatorio di Allergologia dell'ospedale "Buccheri La Ferla"; la Pediatria dell'ospedale "Cervello"; l'unità operativa di Pediatria dell'ospedale "Cimino" di Termini Imerese e, come detto i servizi territoriali dell'Asp (Ambulatori di Pneumologia e Allergologia), tutti Centri Spoke.

«La Rete emergenze allergologiche pediatriche - viene sottolineato nel decreto - nasce dalla necessità di costruire una rete di protezione intorno

al bambino a rischio di anafilassi per reazione allergica o a rischio di reazione asmatica grave, condizioni che possono risolversi in modo infausto nel giro di pochissimi minuti se non si interviene in tempo e con la realizzazione di misure idonee in ogni ambiente di vita del bambino: casa, scuola, luoghi ricreativi».

Ma c'è anche una novità, anzi come viene sottolineato nel decreto, si tratta di un «elemento operativo qualificante», cioè l'adozione di una tessera la "Baby Allergy Card", che verrà acquistata con i fondi disponibili dell'associazione Ari, aderente a FederAsma e Allergie Onlus. Una card munita di un numero identificativo, funzionale all'inserimento ed alla visualizzazione di tutti i dati utili del bambino a rischio in un'anagrafe informatica, Registro regionale dell'anafilassi e dell'asma grave e delle reazioni allergiche gravi nell'infanzia, istituito presso il Dipartimento Osservatorio Epidemiologico mediante un rapporto di convenzione.

Nella rete, a parte la concessione della "Baby Allergy Card", c'è anche l'attribuzione del piano terapeutico e del kit di emergenza, ma anche la determinazione del percorso di emergenza da parte del servizio "118".



A. F. L'OSPEDALE PEDIATRICO "DI CRISTINA" NELLA RETE ALLERGologica

Centro nascite, proroga a... tempo

CEFALÙ. È stata firmata dall'assessore Borsellino, adesso si attende la deroga della ministra Lorenzin

ANTONIO FIASCONARO

Un primo passo è stato compiuto. Si è messo "nero su bianco" sul destino del Centro nascite dell'ospedale "Giglio" di Cefalù. Ed il passo, anche se a tempo è la proroga della chiusura del reparto. La decisione, è arrivata dopo la riunione di lunedì scorso e la successiva richiesta sottoscritta dal Comitato e dai sindaci del Distretto socio-sanitario 33 (Cefalù, Castelbuono, Isnello, Lascari, Collesano, Gratteri, Pollina, San Mauro Castelverde, Campofelice di Roccella) è stata comunicata dall'assessorato alla Salute.

L'assessorato precisa che si tratta di "una proroga temporale" concessa «a causa degli oggettivi, e allo stato attuale insuperabili, disagi di viabilità che rendono difficili i collegamenti con il territorio e che potrebbero comportare inadeguatezza dell'assistenza sanitaria».

Soddisfatto il Comitato spontaneo Madonie-Nelredi a tutela dell'ospedale "Giglio" di Cefalù per cui si tratta di «un primo traguardo raggiunto che ci consentirà di lavorare da subito per l'ottenimento della auspicata deroga definitiva. Contiamo - dicono - che da subito la dirigenza della Fondazione Istituto Giglio ponga in essere tutte le iniziative necessarie per restituire piena funzionalità alla struttura». Insomma, adesso bisognerà attendere la deroga al provvedimento che spetterà alla ministra della Salute, Beatrice Lorenzin.

Sull'argomento, intanto, è pure intervenuta la senatrice Simona Vicari ed ex sindaco della cittadina normanna.

«Ho già parlato ed informato della problematica il ministro Lorenzin che mi ha confermato che su una motivata istanza di deroga presentata dalla Regione, accompagnata dalla garanzia del ri-

spetto dei requisiti di sicurezza, si potrà valutare se tale richiesta è meritevole di accoglimento. Del resto è la Regione il soggetto unico titolato ad intraprendere tale azione».

Ed ancora la Vicari: «Non potrei certo rimanere insensibile ad una emergenza che investe direttamente il diritto alla salute e all'assistenza della comunità che ho guidato, come sindaco, per ben dieci anni. Durante quella lunga esperienza ho preso impegni, come quello del punto nascite, che con grande dedizione sono riuscita a mantenere con mio grande orgoglio. Rifiutare di intervenire o di interessarmi a questa grave problematica significherebbe vanificare tutti gli sforzi fatti e i risultati raggiunti anche nella tutela della salute. Di certo, la mia vicinanza e il mio amore per la cittadinanza di Cefalù non si sono esauriti col termine del mandato da sindaco».



L'OSPEDALE "GIGLIO" DI CEFALÙ

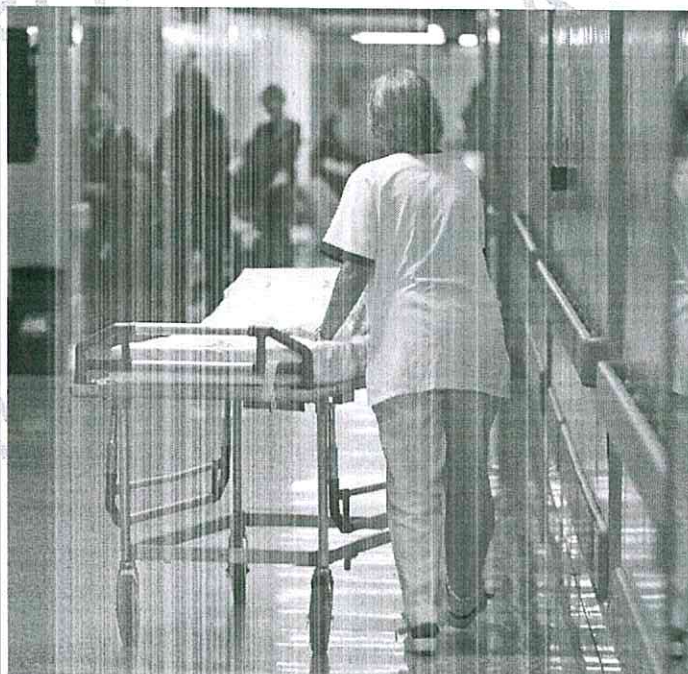
GLI ERRORI IN SANITÀ MONITORAGGIO DEL MINISTERO

di Elida Sergi

CADUTE, OPERAZIONI E FARMACI SBAGLIATI SE L'OSPEDALE DIVENTA UN RISCHIO



Cadute fatali che hanno portato a decessi o gravi danni, suicidi o tentati suicidi da parte dei pazienti, ma anche errori chirurgici, nelle terapie farmacologiche e nelle trasfusioni, morti o malattie gravi delle neomamme correlate al parto, decessi o gravi conseguenze per errata attribuzione del codice del Triage e durante il trasporto, intra o extra ospedaliero, e infine casi di violenza, ai danni degli operatori o dei degenti. Questi alcuni dei principali eventi avversi che si sono verificati negli ospedali italiani in sette anni, tra il settembre 2005 e il dicembre 2012, segnalati tramite il sistema Simes, il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità e che il ministero della Salute ha raccolto nel quinto Rapporto di Monitoraggio degli eventi sentinella. In totale le segnalazioni inviate dalle strutture sanitarie e validate dalle Regioni e dal Ministero sono



In alto l'ingresso di un pronto soccorso. Qui sopra, un'infermiera sposta una barella nel corridoio di un ospedale

LE SEGNALAZIONI INVIATE DALLE STRUTTURE SONO QUASI DUEMILA E COMUNQUE IN CALO RISPETTO AL PRECEDENTE RAPPORTO

state 1918 e vedono in cima agli eventi avversi le cadute che hanno portato a decessi o gravi danni, in totale 471.

Seguono i suicidi o tentati suicidi da parte dei pazienti, che in sette anni sono stati 295. Diverse e con conseguenze variabili anche le complicazioni legate agli interventi chirurgici: in 159 casi la segnalazione di evento avverso riguardava strumenti o materiale dimenticato all'interno durante le operazioni chirurgiche che ha costretto a un nuovo intervento, in 135 casi di decessi o danni imprevisti dopo gli interventi chirurgici, ma ci sono state anche 26 procedure chirurgiche in una parte del corpo sbagliata, 32 procedure errate nel paziente giusto, oltre che 16 in quello sbagliato.

Sono 55 i casi di malattie gravi o decessi correlati al parto, mentre sono 79 quelli di morte o gravi alterazioni fun-

zionali per errori nella terapia farmacologica e 72 quelli di reazioni trasfusionali. E infine, casi di violenze a danni di un operatore (165) o di un paziente (14), morte o disabilità di neonati con peso sano non correlata a malattia congenita (82), decessi o gravi danni causati da un'errata attribuzione del codice del Triage (27) o legati al trasporto, intra o extra ospedaliero (15). I fattori che possono contribuire a provocare un evento avverso sono diversi, e vanno da quelli legati all'organizzazione, all'uso dei farmaci fino ad arrivare agli errori umani e ai problemi di comunicazione.

Ben 753 eventi avversi si sono verificati nei reparti di degenza, e a seguire, 359 in sala operatoria e 130 in bagno.

L'esito in 683 casi è stato il decesso, un dato in diminuzione rispetto al rapporto precedente, seguito da traumi

TRA DECESSI O GRAVI CONSEGUENZE CI SONO QUELLI PER L'ERRATA ATTRIBUZIONE DEL CODICE ALL'ARRIVO AL PRONTO SOCCORSO

conseguenti a una caduta (305) e reintervento chirurgico (203).

«Le informazioni raccolte non hanno significato epidemiologico e non rappresentano dati di incidenza degli eventi sentinella» si evidenzia nel rapporto, che mette in rilievo anche come «il numero e la tipologia delle segnalazioni appare assai variabile tra le diverse Regioni e tra le diverse strutture sanitarie, permanendo sul territorio nazionale un quadro a macchia di leopardo». «Rispetto agli eventi sentinella censiti (2394), quelli validati sono stati 1918, indicando la necessità di interventi mirati per migliorare l'accuratezza e la qualità delle informazioni» si legge ancora nel rapporto, che sottolinea come «il monitoraggio degli eventi sentinella è uno dei criteri di valutazione nelle attività di monitoraggio della effettiva erogazione dei Lea (Livelli essenziali di Assistenza)».

SICILIA. Dopo questo passaggio via libera ai concorsi, corsia privilegiata per medici e infermieri già in servizio

Asp, nuove piante organiche entro maggio

PALERMO

Entro metà maggio le aziende sanitarie avranno i criteri per definire le nuove piante organiche. Completate queste si potranno fare i nuovi concorsi. Lo spiega dall'assessorato regionale alla Salute.

La Regione cerca di accelerare dopo che a Roma è stato pubblicato il decreto che dà il via libera per la stabilizzazione dei precari. I ma-

nager dovranno stabilire il numero del personale in base ai posti letto ma anche in base al tipo di attività che viene svolta e agli altri parametri.

Stabilito il numero si dovranno considerare gli eventuali esuberanti e quindi la mobilità tra una struttura e l'altra. Poi si potranno coprire i posti vacanti. Metà con la stabilizzazione dei precari che hanno avuto contratti a tempo determinato.

L'altra metà attingendo a graduatorie ancora valide per legge di precedenti concorsi e infine con nuovi concorsi che, ha detto l'assessore regionale alla Salute, Lucia Borsellino, dovrebbero essere banditi entro la fine di maggio, cioè una volta completato questo iter.

Il decreto che permette la stabilizzazione di lavoratori precari del Servizio Sanitario Nazionale è stato pubblicato sulla Gazzetta uffi-

ciale. Con il provvedimento si apre una nuova fase per infermieri, medici e altro personale con contratto di lavoro a tempo determinato che da anni garantisce la continuità nella erogazione delle prestazioni di cura e assistenza sanitaria dei cittadini. Il dicastero della Salute ha sottolineato che spetterà ora alle singole aziende sanitarie avviare i concorsi riservati. (SFAZ)

RIQUALIFICAZIONE OSPEDALE "INGRASSIA" Entro il 30 maggio sarà aperta la nuova area di emergenza

Era ora si potrebbe affermare. L'Asp punta sulla riqualificazione dell'ospedale "Ingrassia" e lo fa iniziando dalla nuova area di emergenza. Due sale di accoglienza, accesso diretto al triage, maggiore confort e, soprattutto, una più efficace gestione delle emergenze e delle urgenze grazie a nuovi spazi a disposizione sia per gli utenti che per gli operatori. Sono gli elementi caratterizzanti del nuovo Pronto soccorso i cui lavori sono iniziati venerdì. In poco più di un mese l'intera area cambierà volto rendendo più immediato e diretto l'accesso degli utenti all'area di emergenza.

Tempi d'attesa e d'ingresso nella sala emergenze saranno visibili nelle due ampie aree che verranno create nella struttura a piano terra dell'Ospedale. I lavori di ristrutturazione

sono stati finalizzati a realizzare uno spazio confortevole ed accogliente.

Uno spazio dotato di due monitor che indicheranno le priorità di ingresso in base ai codici assegnati al triage e di altrettanti televisori collegati a programmi di informazione. Saranno installati anche distributori di acqua gratuiti per alleviare l'attesa di pazienti e familiari. «Abbiamo predisposto ed organizzato un piano di lavori che riduce al minimo il disagio in questo momento degli utenti - ha spiegato il direttore generale dell'Asp Antonio Candela - gli operai sono in servizio 24 ore su 24 per consentire di consegnare ai cittadini il nuovo Pronto Soccorso il prossimo 30 maggio».

ANTONIO FIASCONARO



SANITÀ. Fra poco più di un mese saranno attivati due sale di accoglienza, accesso diretto al triage e nuovi spazi

Ingrassia, al via i lavori per il pronto soccorso

●●● Due sale di accoglienza, accesso diretto al triage, maggiore confort e, soprattutto, una più efficace gestione delle emergenze e delle urgenze grazie a nuovi spazi a disposizione sia per gli utenti che per gli operatori. Sono gli elementi caratterizzanti del nuovo pronto soccorso dell'Ospedale Ingrassia i cui lavori di riqualificazione sono iniziati venerdì.

In poco più di un mese l'intera area cambierà volto rendendo più immediato e diretto l'accesso degli utenti all'area di emergenza. «Abbiamo predisposto e organizzato un piano di lavori che riduce al minimo il disagio in questo momento degli utenti - ha sottolineato il Direttore generale dell'Asp, Antonio Candela - gli operai sono in servizio 24 ore su 24 per consentire di consegnare ai

cittadini il nuovo Pronto Soccorso il prossimo 30 maggio».

Tempi d'attesa e d'ingresso nella sala emergenze saranno visibili nelle due ampie aree che verranno create nella struttura a piano terra dell'ospedale. I lavori di ristrutturazione sono stati finalizzati a realizzare uno spazio confortevole ed accogliente. Uno spazio dotato di due monitor che indicheranno le priorità di in-

gresso in base ai codici assegnati al triage e di altrettanti televisori collegati a programmi di informazione. Saranno installati anche distributori di acqua gratuiti per alleviare l'attesa di pazienti e familiari.

«All'interno dell'area d'emergenza - ha spiegato Candela - verrà, inoltre, riqualificato uno spazio che servirà a realizzare una terza sala per l'osservazione breve».

ESENZIONE CON UN CLICK



LOGIN REGISTRATI CAMBIA HOME CONTATTI NEWSLETTER PUBBLICITÀ -A A+

Cerca nel sito

FINANZIAMENTI
A TASSO 0
SU TUTTI I
NOSTRI
PRODOTTI

LIVESICILIA

Fondato da Francesco Foresta

FINANZIAMENTI
A TASSO 0
SU TUTTI I
NOSTRI
PRODOTTI

Martedì 28 Aprile 2015 - Aggiornato alle 10:21

HOME CRONACA POLITICA ECONOMIA CUCINA LAVORO SALUTE FOTO VIDEO METEO Catania19°

LIVESICILIA PALERMO LIVESICILIA CATANIA LIVESICILIA SPORT TRAPANI AGRIGENTO MESSINA CALTANISSETTA ENNA RAGUSA SIRACUSA

Home > Addio Nicole, morta di malasanità Questa Sicilia ha dimenticato

IL DOLORE E LA SMEMORATEZZA

Addio Nicole, morta di malasanità Questa Sicilia ha dimenticato

Lunedì 27 Aprile 2015 - 06:00

di **Roberto Puglisi**

SEGUI

Articolo letto 3.151 volte

Chi ricorda Nicole, bambina morta in un viaggio in ambulanza? Chi ricorda l'annuncio di dimissioni di Lucia Borsellino, assessore alla Salute? Chi ricorda davvero, oltre il paravento che il potere ha costruito per favorire la nostra smemoratezza?

Our favourite fabulous ladies...



CONDIVIDI QUESTO ARTICOLO

186

5

0

5

Condividi

Tweet

g+1

VOTA

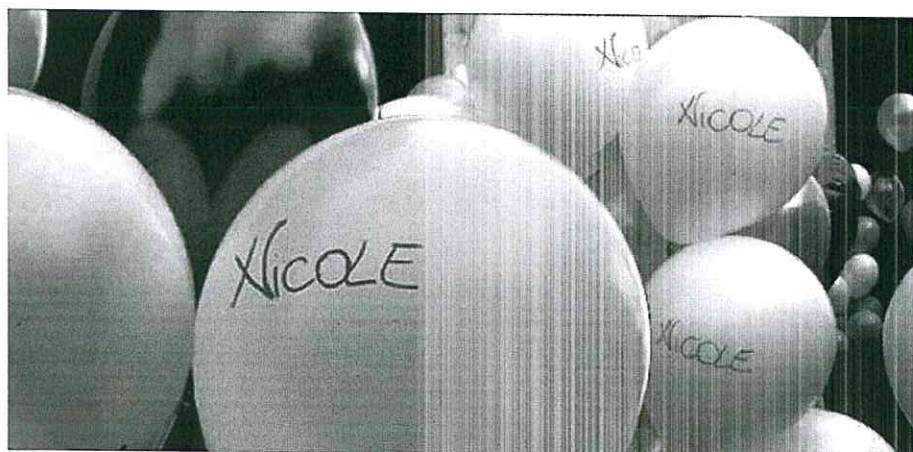
12 COMMENTI

3.8/5

4 voti

PREFERITI

STAMPA



Una grotta ha inghiottito la bambina. Nessun pifferaio magico l'ha rinchiusa, con la seduzione di una melodia incantata. E' bastato il clamore degli indifferenti, il silenzio che ha imprigionato la voce della sua innocenza.

La commozione per Nicole - bimba spirata alla ricerca di un posto letto, durante un viaggio in ambulanza, tra l'undici e il dodici febbraio scorsi, secondo la cronaca nota - si è dissolta. Non se ne parla più. Eppure, sembrava che un rigurgito di sdegno avrebbe incenerito, da un momento all'altro, quel sistema che aveva permesso un simile scempio.

L'assessore alla Salute che aveva annunciato le sue dimissioni è ancora al suo posto. Ogni labile dibattito pubblico sulla qualità dei servizi della Sanità siciliana è scomparso. La politica - in altre faccende affaccendata - ha i suoi pascoli clientelari da curare, specialmente sotto minaccia di possibili elezioni, dunque non può occuparsi della

Cosa leggono i tuoi amici?

Abilita la lettura sociale

Scopri QVC

DUPLICITY
Scegli la tua citycar Hyundai

i10 i20

Tag
lucia borsellino, malasanità, nicole

GLI ULTIMI VIDEO

vita e della morte delle persone. Il divampare dell'indignazione, il richiamo dell'etica, quel "non accadrà mai più" che costituiscono il beffardo corollario di ogni tragedia, sono stati cancellati. E di Nicole, delle preoccupazioni sulla sicurezza della nascite, del pianto di quei giorni, non rimane traccia, se non in certe campagne di giornali ostinati e nelle lacrime di un padre e una madre che hanno perso una figlia.

L'assessore Lucia Borsellino si era aggrappata alla nobile reazione delle dimissioni proclamate, poi ha dimenticato di portare a compimento la proclamazione.

Nessuno può attribuirle colpa alcuna nel caso specifico, prima che siano isolati davvero gli eventuali errori e i responsabili. E ci vuole cautela. Ma il discorso assume una diversa consistenza sul piano più alto della giustizia, che è cara a quel cognome e a coloro che lo amano. Lasciare l'incarico sarebbe stato un esempio coraggioso, un atto consacrato alla dignità.

Invece, ancora una volta, nella terra degli accomodamenti, ha avuto la meglio il potere col suo sussiego di carte bollate e divagazioni, la potestà che mangia di magro per la quaresima, che si veste di nero per il tempo necessario del lutto, in attesa di una rinnovata noncuranza. E' calato il silenzio dopo la sinfonia dei pifferai. Chi ricorda ancora? Così, la piccola Nicole è stata inghiottita nella grotta della smemoratezza di tutti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Bracciante ucciso: è giallo VIDEO



Giovanni Lo Porto, il ricordo del quartiere



Il maxi-sequestro ad Agrigento: il video



Nitrati e solfiti sulla carne in decomposizione, il blitz del Nas



Lo yacht del "migranti ricchi" Fermati tre scafisti



Blitz antimafia a Camporeale, gli Inquirenti: Decisiva la collaborazione

» ARCHIVIO

Sponsored by TIM



ULTIMI COMMENTI

28 Apr 09:27

Nino su Sparò ai ladri *Condannato imprenditore*

28 Apr 09:22

BELFAGOR su *"Le strade di Mondello invase dai posteggiatori"*

28 Apr 09:18

Valeria su *Inchiesta sui furbetti del contatore "Ecco chi rubava la luce in città e provincia"*

28 Apr 09:09

Ades53 su *La Finanziaria sbarca all'Ars Baccei: "Abbiamo fatto un miracolo"*

28 Apr 09:09

BELFAGOR su *Movida selvaggia in città penalizza residenti e turismo"*

I Più Letti

I Più Commentati

Oggi

Settimana

Mese

La Finanziaria sbarca all'Ars Baccei: "Abbiamo fatto un miracolo" (16.460)

Inchiesta sui furbetti del contatore "Ecco chi rubava la luce in città e provincia" (6.706)

Allerta al Centro-Sud E in Sicilia... (6.098)

Un massacro per i Comuni se Roma non dà l'ok Pip, precari e parteciate: le novità in Finanziaria (5.190)

Due incidenti paralizzano la città Viale Regione, motociclista ferito (4.476)

"Violentò la fidanzatina" Istruttore condannato (4.283)

Delitto Giarrusso senza colpevoli L'appello: "Riaprire il caso" (4.123)

Scossa di 3.2 La terra trema (3.207)

Carlo che amava il mare (3.142)

Sottufficiale insegue ladri di moto Due giovani in arresto (3.033)

ARTICOLI CORRELATI



Addio Nicole, morta di malasanità Questa Sicilia ha già dimenticato



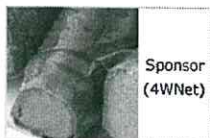
I buchi neri della tragedia di Nicole L'arte facile di morire in Sicilia



Nicole, Crocetta chiude il caso "Borsellino? Dimissioni rientrate"



Garza dimenticata, la mamma presenta esposto per lesioni



È l'antidoto all'obesità. 1 dose stimola il metabolismo. Perderai peso per sempre!



Andrea e Tania, felicità spezzata "Nicole via senza una carezza"



"Nicole, la verità verrà fuori Rispetto per chi lavora"

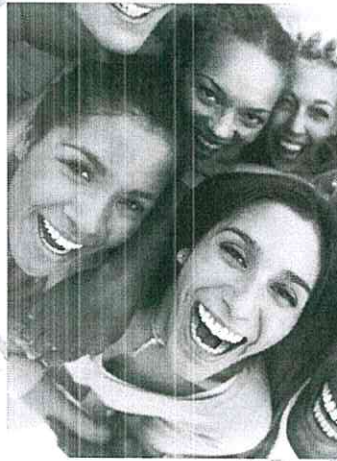


Nicole, la Procura: "Una serie di concause"

SECONDO UN «INDICE» DELL'ONU L'AMERICA SI PIAZZA QUINDICESIMA

di Delia Parrinello

I PAESI PIÙ FELICI SVIZZERA, TRA I MONTI TRIONFA IL SORRISO L'ITALIA AL POSTO N. 50



È la Svizzera il Paese con il più alto tasso di felicità nel mondo, davanti a Islanda e Danimarca, e il dato è legato alla crisi economica in corso, ne tiene conto: e infatti nella graduatoria generale è la Grecia il Paese dove l'indice della felicità ha accusato il più forte calo nel mondo: 1,5 punti in meno (su 10) rispetto al periodo pre-crisi. La classifica arriva da uno studio che per la prima volta fotografa anche l'impatto della crisi economica degli ultimi anni sullo stato psicologico e sulla soddisfazione delle popolazioni più colpite, è l'ultima edizione del World Happiness Report (Rapporto sulla felicità nel mondo) ed è stata realizzata per il Programma di sviluppo sostenibile dell'Onu da John Helliwell della University of British Columbia, Richard Layard della London School of Economics e Jeffrey D. Sachs, direttore dell'Earth Institute della Columbia University.

Una flessione record a livello mondiale, quella della Grecia. E non va molto meglio all'Italia, che nello stesso intervallo di tempo ha perso 0,8 punti di felicità, che rappresenta la terza flessione più grande dopo quelle di Grecia ed Egitto. E va male anche la Spagna (-0,7). L'Italia però mantiene una posizione assoluta discreta (cinquantesima su 158 nazioni censite), così come la Spagna (trentaseiesima), mentre la Grecia precipita alla posizione numero 102 e si ritrova tra lo Swaziland e il Libano. Gran Bretagna è 21esima, Germania, 26esima, e Francia 29esima.

Il rapporto dell'Onu cerca di misurare la felicità dei singoli Paesi attraverso un indice che sintetizza numeri, per esempio il reddito pro capite, l'aspettativa di vita, la percezione di sé, misure riassunte in un apposito sondaggio realizzato da Gallup (Gallup World Poll on perceptions of social support). Ogni Paese viene così classificato in una scala che va da 0 a 10.

La Svizzera, con un punteggio di 7,59, ha così battuto l'Islanda (7,56), la Danimarca, che in passato aveva ottenuto il primo posto (7,52) e la Norvegia. Nella top ten ci sono anche Canada, Finlandia, Paesi Bassi, Svezia, Nuova Zelanda e Australia. Usa in media classifica, restano fuori dai primi dieci posti invece gli Stati Uniti, che si sono piazzati quindicesimi.

Altro dato: l'identikit della felicità non dipende certamente dal clima e infatti molti dei Paesi in cima alla classifica hanno climi rigidi, ma al contrario è legato al clima economico e alla capacità delle istituzioni di governare la società.

E poi la guerra che fa male. Al polo degli infelici,

ci, nelle ultime dieci posizioni della classifica, ci sono otto Paesi dell'Africa subsahariana, più Siria e Afghanistan, due Paesi vittime di anni di guerra.

Secondo lo studio, governi e autorità incapaci sono fattori di disperazione, aumentano il senso di infelicità, «se le istituzioni si rivelano inadeguate di fronte alle sfide poste dalla crisi, l'impatto sulla felicità è ancora maggiore». (DPI)



Un panorama svizzero: è la Confederazione elvetica il Paese a più alto tasso di felicità

L'INTERVISTA. Roberto Rovelli

«Crisi e welfare hanno influito sulla serenità»

«La crisi economica ma soprattutto il venir meno del welfare, dei sostegni statali alle famiglie», è soprattutto questo il senso di infelicità sociale per il professor Roberto Rovelli, docente di Sociologia dei processi culturali al Dipartimento culture e società dell'Università di Palermo. «Una ricerca che mette in evidenza il tentativo di sostituire alle tradizionali misure di benessere, come per esempio il prodotto interno lordo, a nuove e più valide misure della felicità umana. E viene fuori che la crisi economica ha inciso notevolmente in alcuni Paesi come Grecia, Italia, Spagna, ed ha in qualche modo risparmiato quei Paesi che hanno una struttura di welfare più robusta e questo in modo particolare per i paesi del Nord Europa, Norvegia, Finlandia, Svezia che hanno un sistema di sostegni statali più attrezzato».



Il sociologo Roberto Rovelli

●●● E quindi pil e felicità sono intercambiabili? «Solo nel loro trasferimento sulla vita quotidiana, è di tutta evidenza e che la crisi economica in alcuni Paesi è arrivata a intaccare la stessa struttura sociale e in Grecia ha addirittura messo in discussione la coesione sociale. Dai dati viene fuori che la disoccupazione arreca danni psicologici gravissimi, come un lutto o una separazione e che la dimensione personale degli individui è stata toccata in maniera molto forte dalla crisi, il ridimensionamento che in molti Stati si è avuto del welfare ha quindi causato una diminuzione della felicità».

●●● I Paesi dell'Europa meridionale stanno male, compresa l'Italia, mentre i classici dell'egolismo sociale, come la Svizzera, vanno avanti.

«Al di là delle sintesi giornalistiche l'indagine riguarda la libertà percepita di fare scelte significative di vita ed il supporto sociale che gli individui ricevono nei momenti di difficoltà. E da questo punto di vista i dati di tendenza ci dicono che i Paesi dell'Europa meridionale sono in grossa difficoltà ma ci dicono anche che i Paesi più forti dell'Unione come Francia, Germania o la Gran Bretagna non sono in una posizione invidiabile. Nei buoni risultati di Svizzera e Islanda, rispettivamente prima e seconda di questa strana graduatoria delle felicità nel mondo, c'è l'effetto di un certo loro isolamento dalle controversie che affliggono gli altri e che garantisce il mantenimento a livelli accettabili di felicità».

●●● Più felice chi va avanti senza guardarsi intorno?

«La capacità di isolarsi è una salvaguardia, la Svizzera è un esempio, l'Islanda un caso diverso, anche abbastanza disagiata come collocazione geografica, ha avuto gravi episodi di corruzione ma ha saputo risalire la corrente».

●●● Gli stessi ricercatori concludono che governanti inadeguati aumentano la disperazione.

«Più che governanti inadeguati direi che la cosiddetta infelicità dipende dall'aver i governi ridimensionato il welfare, questo ha provocato grave danno, ha colpito le famiglie, meno welfare ha portato anche alla diffusione di disturbi mentali, alla crisi familiare». (DPI)

MEDICINA. L'aumento sarebbe dovuto al calo del vaccino. Ogni anno in Italia colpite mille persone. Il tasso di mortalità può anche arrivare al 70-90% dei casi

Meningite, troppi casi per non destare allarme

Carmelo Nicolosi
PALERMO

●●● Il numero di casi di meningite che si sono verificati in Italia da gennaio ad oggi, non può non preoccupare. La punta del contagio si ha, per ora, in Toscana con 21 casi. E i morti, in quella regione, sono 4. Anche Roma, in questi giorni, ha avuto il suo decesso per meningite. Ciò che fa proprio rabbia è che queste morti potevano essere evitate con la vaccinazione.

L'alto numero di casi, più di quelli attesi, secondo l'Istituto superiore di Sanità (ISS), viene attribuito al calo della profilassi vaccinale. «Per ora - dice Gianni Rezza, direttore del Dipartimento di malattie infettive dell'ISS - non c'è un pericolo concreto, ma se l'andamento di oggi della malattia dovesse continuare il rischio sarebbe elevato».

Va detto, che l'80% delle infezioni da meningococco avviene intorno ai due anni di vita, ma il batterio può colpire a qualsiasi

età. Da qui, l'invito della vicepresidente del «Comitato nazionale contro la meningite», Ivana Silvestro, alla Regione Siciliana di non lasciare scoperti contro il meningococco B i bambini nati negli ultimi anni (oggi il vaccino viene offerto in forma attiva e gratuita a tutti i nati nell'Isola nel 2015).

In Italia, la meningite colpisce, ogni anno, circa mille persone. I batteri sono i più diffusi e pericolosi, in particolare il meningococco. In circa il 10% delle persone che contraggono la malattia me-

ningococcica questa risulta letale, anche in presenza di diagnosi e trattamento corretti. In assenza dell'immediata comprensione della malattia e, di conseguenza, di un approccio adeguato, il tasso di mortalità sale al 70-90%. Tra i pazienti che sopravvivono, intorno al 30% riporta conseguenze, talora gravi: deficit neuromotori, sordità, problemi alla vista, con un costo umano, sociale e sanitario altissimo. In Sicilia, c'è un piano vaccinale di tutto rispetto, occorre solo convincere i genitori a

vaccinare i propri figli e non metterli a rischio di contrarre la malattia. Ieri, in occasione della Giornata mondiale contro la meningite, il «Comitato nazionale contro la meningite» ha presentato un sondaggio dal quale emerge che 9 genitori su 10 chiedono maggiori informazioni sulla malattia, i rischi e i sintomi. Un richiama che non sempre trova risposte esaurienti: il 90% dei genitori lamenta che all'atto informativo vengono dedicati pochi minuti e il materiale consultabile nei centri vaccinali è «difficile comprensione». Il consenso informato? È considerato «poco chiaro», con un 10% che lo considera addirittura «terrorizzante».

IN SICILIA UN PIANO DI PROFILASSI EFFICIENTE MA È SCARSA L'INFORMAZIONE

La ricerca. La scoperta dell'Istituto di Harvard diretto da Pandolfi: nel Dna si nascondono frammenti che non producono proteine ma sono la causa dei tumori. E che ora potranno essere disattivati. Nei topi sconfitto il linfoma

“Spegniamo quei geni batteremo il cancro”

ELENA DUSI

ERANO «relitti evolutivi» del nostro Dna. Pezzi di materiale genetico senza più la capacità originaria di produrre proteine. Invece fra i 20mila pseudogeni scovati nel nostro patrimonio ereditario ci sono interruttori che scatenano il cancro. Se ne sono accorti i ricercatori del Cancer Research Institute del Bidmc di Boston, guidato dall'italiano Pier Paolo Pandolfi. Anche in assenza di altre mutazioni del Dna «efficace» (quello che codifica proteine), lo pseudogene Braf scatena un linfoma molto aggressivo. La ricerca, avvenuta sui topi da laboratorio, è stata pubblicata dalla rivista scientifica *Cell* finanziata anche dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc). Prossima tappa: bloc-

GLI ATTORI DEL CANCRO

I GENI INTOTALI NELL'UOMO

20mila

Contengono informazioni per produrre proteine

GLI ONCOGENI

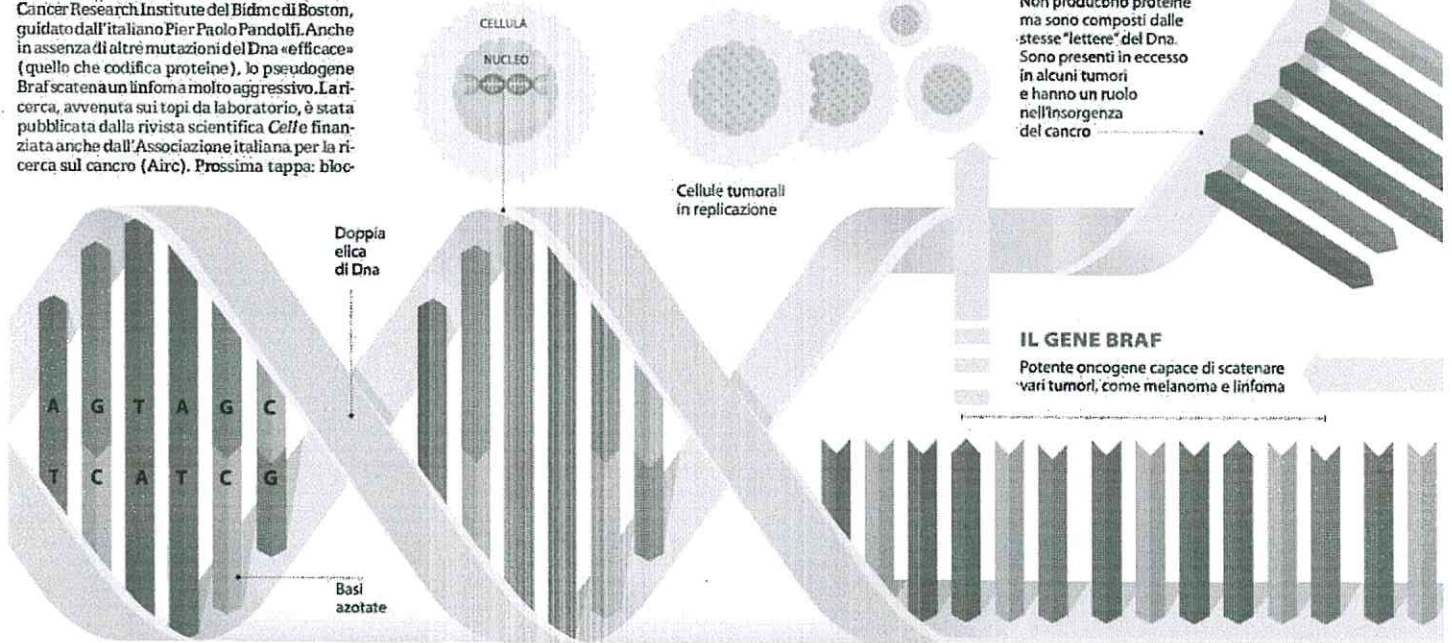
Sono geni che inducono le cellule a proliferare senza misura e provocare un tumore, come il gene Braf

GLI PSEUDOGENI

NELL'UOMO SONO ALL'INCIRCA

20mila

Sono relitti dell'evoluzione. Non producono proteine ma sono composti dalle stesse «lettere» del Dna. Sono presenti in eccesso in alcuni tumori e hanno un ruolo nell'insorgenza del cancro



care lo pseudogene Braf per colpire alla radice la malattia nell'uomo. Nel topo è stato già fatto.

Spiegare come questi frammenti genetici un tempo chiamati «Dna spazzatura» o «materia oscura del Dna» producano effetti devastanti sull'organismo è da tempo oggetto delle ricerche del gruppo di Harvard. «Iniziamo a lavorare sugli pseudogeni sette anni fa — spiega Pandolfi — svelandone per primi, nel 2010, l'importanza nelle cellule in vitro. E oggi diamo la dimostrazione, e in un organismo vivente, che causano il cancro come i «vecchi» geni, quelli che codificano proteine».

Se da un lato la scoperta apre le porte alle cure, dall'altro allarga il campo — già intricatissimo — della ricerca oncologica. «La frazione del genoma che è capace di provocare il cancro — aggiunge il professore — ora si espande enormemente. Nell'uomo gli pseudogeni sono circa 20mila, tanti quanti i geni. A questi vanno aggiunti anche tutte le molecole di Rna (quasi 40mila) che, come gli pseudogeni, sembrano silenti. Si tratta di un vero e proprio universo.

L'abbiamo battezzata la «materia oscura» del genoma perché ancora non sappiamo che fa. Ma, come tutti i misteri, contiene nuove opportunità di conoscenza e di cura».

Se l'evoluzione non si è liberata di questa «spazzatura», era evidente che una funzione dovesse averla. Gli pseudogeni, hanno scoperto i ricercatori di Boston, interferiscono in quel dialogo tra Dna e Rna che traduce l'informazione contenuta nei geni in proteine utili al nostro organismo. Lo pseudogene Braf in particolare amplifica l'espressione del gene Braf, all'origine di vari tumori, melanoma in primis. «Il nostro topo con valori molto alti di pseudogene Braf si ammalava rapidamente e gravemente. Esattamente come se i valori in eccesso riguardassero il gene Braf — spiega Pandolfi — Questo vuol dire che dobbiamo capire cosa fanno i nostri circa 20mila pseudogeni. E rivedere la nostra concezione del cosiddetto «Dna spazzatura», se vogliamo mettere a punto terapie precise e personalizzate per i malati di tumore».

Con la scoperta del ruolo svolto nel cancro da-

gli pseudogeni e dai relativi Rna che sembrano estranei alla produzione di proteine, la partita che i ricercatori si ritrovano a giocare contro la malattia rischia di diventare sempre più complicata. I possibili colpevoli si sono moltiplicati rispetto a quel 26 giugno del 2000 quando il primo sequenziamento del Dna umano venne presentato al pubblico. Il presidente americano Bill Clinton annunciò: «È ora immaginabile che i figli dei nostri figli usino la parola cancro solo per indicare una costellazione in cielo».

Passando dagli animali di laboratorio all'uomo, i ricercatori hanno anche notato che le cellule umane colpite da «linfoma diffuso a grandi cellule B» (riprodotto nei topolini dell'esperimento) mostravano effettivamente un eccesso di pseudogeni Braf rispetto alla norma. Lo stesso potrebbe avvenire in molti altri tipi di cancro dell'uomo. «Per questo stiamo estendendo i nostri studi ad altri tumori e a tanti altri pseudogeni. Crediamo che molti di essi siano coinvolti nella genesi del cancro — aggiunge Pandolfi — Finora ci siamo concentrati soprat-

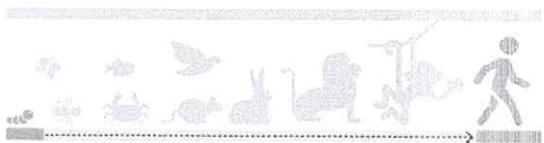
tutto sullo studio dei circa 20mila geni che codificano proteine, trascurando fino a 100mila elementi genetici non codificanti. Ora, con l'attenzione crescente sulla «medicina di precisione» e con la promessa di ottenere terapie personalizzate, abbiamo bisogno di studiare anche la «materia oscura» del Dna. La sfida deve iniziare subito con il sequenziamento del genoma non codificante, operazione che oggi si può fare con poche migliaia di dollari. Ciò che veramente è impegnativo è l'analisi della montagna di dati che si ottiene: terabites di informazione».

La prossima tappa della ricerca di Pandolfi e dei suoi colleghi sarà anche capire il ruolo dello pseudogene Braf in altri organi. «Inizialmente pensavamo che gli animali avrebbero sviluppato il melanoma, dove il gene Braf gioca un ruolo molto importante» spiega il ricercatore italiano. «È il fatto che il topino si ammorta di linfoma in breve tempo non vuol dire che non avrebbe sviluppato altri tumori, se fosse vissuto di più. Stiamo cercando di restringere l'espres-



I MISTERI DEL DNA

PARTE "OSCURA" DEL DNA 98% del Dna umano non produce proteine (Dna "oscuro")



C.ELEGANS

La parte di Dna che produce proteine di questo verme è lunga poco meno di quella umana. La parte oscura è invece di 30 volte più corta

L'UOMO

È l'organismo vivente più complesso. Nel Dna oscuro risiedono le informazioni genetiche che lo rendono il più complesso dalle altre specie

I MICRO-RNA

PRESENTI NELL'UOMO

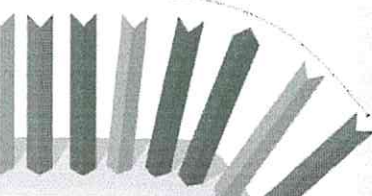
40mila "Materia oscura" del genoma perché ancora non si sa che funzioni svolga. Sono molecole di Rna che non producono proteine, ma regolano l'attività dei geni

Gli pseudogeni possono confondere i microRna, legandosi ad essi e inattivandoli

Eccesso degli pseudogeni Braf rispetto alla norma

LO PSEUDOGENE BRAF

Regola a sua volta al gene Braf, il suo omologo. Può amplificarne l'espressione



sione dello pseudogene a singoli tessuti per dimostrarlo. Oltre a Braf, occorrerà poi estendere la ricerca dei "colpevoli del cancro" ad altri frammenti di Dna. «C'è chi dice — spiega lo scienziato — che ci vogliono in media quattro eventi o mutazioni per trasformare una cellula umana in neoplastica». Uscendo dal campo dei tumori, si potrebbe immaginare un ruolo degli pseudogeni in altre malattie di origine genetica. «Queste scoperte aprono importanti opportunità per la terapia del tumore e di altre malattie. Il trattamento è possibile ora, e non solo futuro», spiega Pandolfi — Consiste nello spegnere lo pseudogene o altri Rna tipo i microRna direttamente con un farmaco, oppure bloccare la cascata di eventi che esso scatena all'interno della cellula. Nello studio di Cell dimostriamo che entrambi gli approcci sono efficaci: il linfoma dei topolini regrediva quando veniva trattato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INFORMAZIONE: PAULA SACCHETTI

FONTE: PRELIEVAZIONI DATI NATURE / CANCER RESEARCH INSTITUTE, BETH ISRAEL DEACONESS MEDICAL CENTER, BOSTON

bo di Iprite, gas tossico, si sprigionò dalla nave uccidendo mille persone in poche ore. Negli americani sopravvissuti fu osservata la quasi scomparsa dei globuli bianchi. Medici americani dettero un derivato dell'iprite in piccole dosi ai malati di linfoma, e i globuli bianchi, moltiplicati dal cancro del sangue, diminuirono.

Inizia così la storia dei farmaci oncologici che ripercorriamo con Silvio Monfardini, direttore del programma di Oncologia Geriatrica al Palazzo Don Gnocchi di Milano, autore, con Daniela Minerva dell'Espresso, del libro "Il bagnino e i Samurai" che ripercorre la ricerca italiana nel settore. Il 30 maggio riceverà dagli oncologi statunitensi un prestigioso riconoscimento alla carriera. Ecco le tre fasi principali.

EMPERICA — Col derivati dell'iprite il linfoma poi riprende. Ma è la prima volta che il cancro "accusa il colpo". «Vale la pena quindi di investire tempo e danaro per

colpirlo. La strategia è empirica: si cercano derivati o simili dell'iprite meno tossici ma più attivi sul tumore, le sopravvivenze si allungano, gli effetti collaterali pesanti». È la chemioterapia.

RAZIONALE — Negli anni 60 arrivano i primi bersagli, indicati dalla ricerca biologica pura. Sono i meccanismi della moltiplicazione cellulare. Si capisce così che un vecchio veleno vegetale, la colchicina, inceppa il complesso meccanismo di duplicazione della cellula. I suoi derivati allungano ancora le sopravvivenze. «A fine anni 60 dalla ricerca italiana giunge una ulteriore classe di farmaci più potente, gli antibiotici antitumorali, capostipite l'Adriamicina», racconta Monfardini. Chiarito come agiscono gli antibiotici sui batteri, si pensa di usarli contro le cellule cancerose. La ricerca è portata avanti da Farmitalia e dai "samurai" dell'Istituto Tumori di Milano di cui fa parte Monfardini. E ancora il gruppo

Una piattaforma già validata per isolare singole unità

Agire con biomarker adatti

non più anche le sane. E la "terapia a bersaglio" o "targeted therapy". Arriva la guarigione della leucemia promielocitica con il contributo fondamentale di Pier Giorgio Pelicci e Pier Paolo Pandolfi. Ma spesso il tumore fa a tempo a difendersi, generando cellule senza il bersaglio perché hanno altre mutazioni di geni e di pseudogeni che sono il nuovo campo di battaglia. «Un fronte sempre più complicato e che richiede risorse enormi — conclude Monfardini — Più promettente, per ora, mi sembra l'immunoterapia, strategia emergente sempre su base genetica, ma che mira a liberare la capacità del corpo di aggredire il tumore».

IL FUTURO

La svolta

Due i problemi delle terapie bersaglio: 1) colpiti i geni mutati se ne attivano altri. 2) scomparso il tumore le staminali cancerose lo fanno rinascere. Ma ancora Pandolfi e il suo gruppo hanno aperto una strada verso la soluzione di entrambi i problemi, appena pubblicata su Nature Medicine. È l'enzima Pin1, spesso in eccesso nelle cellule tumorali. La sua distruzione arresta diverse catene di geni (fino a 50) che spingono la moltiplicazione sia di cellule che di staminali cancerose. Già bloccato in vitro, Pin1 ora è stato disattivato anche in vivo. La molecola scoperta dopo un intenso screening è Atra: un derivato dell'acido retinoico (parente della vitamina A) già noto. Questo farmaco permise la cura della leucemia promielocitica acuta. Scoperto nel 1987, è considerato il primo "bersaglio" nel cancro. Il suo meccanismo d'azione deriva dalla sua capacità di degradare l'oncogene frutto della fusione errata di due geni. Ora si è capito che Atra cura perché inibisce Pin1 e degradando così l'oncogene di fusione. Come primo passo, oggi, i ricercatori di Harvard hanno usato Atra per curare alcune cellule di tumore del seno umano (in vitro) e del topo (in vivo). Prossimo obiettivo: confermare il sospetto che il famigerato Pin1 è implicato anche in molti altri tipi di tumore.

Advertisement for Microflorana-F. It features a target graphic with the text 'RIEQUILIBRA DEPURA SOSTIENE' and 'Più di un semplice probiotico'. Below the target, it says 'Microflorana®-F Favorisce la corretta flora batterica intestinale e sostiene il sistema immunitario'. The ad lists benefits: 'Riequilibra la flora batterica intestinale (Lattobacilli)', 'Depura l'organismo (Ortica, Tarassaco)', and 'Sostiene il sistema immunitario (Echinacea, Vitamina C)'. It also includes contact information for named.it and a QR code.

R2 Salute

La ricerca.

La scoperta dell'Istituto di Harvard diretto da Pandolfi: nel Dna si nascondono frammenti che non producono proteine ma sono la causa dei tumori. E che ora potranno essere disattivati. Nei topi sconfitto il linfoma

“Spegniamo quei geni batteremo il cancro”

ELENA DUSI

ERANO «relitti evolutivi» del nostro Dna. Pezzi di materiale genetico senza più la capacità originaria di produrre proteine. Invece fra i 20mila pseudogeni scovati nel nostro patrimonio ereditario ci sono interruttori che scatenano il cancro. Se ne sono accorti i ricercatori del Cancer Research Institute del Bidmc di Boston, guidato dall'italiano Pier Paolo Pandolfi. Anche in assenza di altre mutazioni del Dna «efficace» (quello che codifica proteine), lo pseudogene Braf scatena un linfoma molto aggressivo. La ricerca, avvenuta sui topi da laboratorio, è stata pubblicata dalla rivista scientifica Cell e finanziata anche dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc). Prossima tappa: bloccare lo pseudogene Braf per colpire alla radice la malattia nell'uomo. Nel topo è stato già fatto. Spiegare come questi frammenti genetici un tempo chiamati «Dna spazzatura» o «materia oscura del Dna» producano effetti devastanti sull'organismo è da tempo oggetto delle ricerche del gruppo di Harvard. «Iniziammo a lavorare sugli pseudogeni sette anni fa — spiega Pandolfi — svelandone per primi, nel 2010, l'importanza nelle cellule in vitro. E oggi diamo la dimostrazione, e in un organismo vivente, che causano il cancro come i “vecchi” geni, quelli che codificano proteine». Se da un lato la scoperta apre le porte alle cure, dall'altro allarga il campo — già intricatissimo — della ricerca oncologica. «La frazione del genoma che è capace di provocare il cancro — aggiunge il professore — ora si espande enormemente. Nell'uomo gli pseudogeni sono circa 20mila, tanti quanti i geni. A questi vanno aggiunti anche tutte le molecole di Rna (quasi 40mila) che, come gli pseudogeni, sembrano silenti. Si tratta di un vero e proprio universo. L'abbiamo battezzata la «materia oscura» del genoma perché ancora non sappiamo che fa. Ma, come tutti i misteri, contiene nuove opportunità di conoscenza e di cura».

Se l'evoluzione non si è liberata di questa «spazzatura», era evidente che una funzione dovesse averla. Gli pseudogeni, hanno scoperto i ricercatori di Boston, interferiscono in quel dialogo tra Dna e Rna che traduce l'informazione contenuta nei geni in proteine utili al nostro organismo. Lo pseudogene Braf in particolare amplifica l'espressione del gene Braf, all'origine di vari tumori, melanoma in primis. «Il nostro topo con valori molto alti di pseudogene Braf si è ammalato rapidamente e gravemente. Esattamente come se i valori in eccesso riguardassero il gene Braf — spiega Pandolfi — Questo vuol dire che dobbiamo capire cosa fanno i nostri circa 20mila pseudogeni. E rivedere la nostra concezione del cosiddetto “Dna spazzatura”, se vogliamo mettere a punto terapie precise e personalizzate per i malati di tumore».

Con la scoperta del ruolo svolto nel cancro dagli pseudogeni e dai relativi Rna che sembrano estranei alla produzione di proteine, la partita che i ricercatori si ritrovano a giocare contro la malattia rischia di diventare sempre più complicata. I possibili colpevoli si sono moltiplicati rispetto a quel 26 giugno del 2000 quando il primo sequenziamento del Dna umano venne presentato al pubblico. Il presidente americano Bill Clinton annunciò: «È ora

immaginabile che i figli dei nostri figli usino la parola cancro solo per indicare una costellazione in cielo».

Passando dagli animali di laboratorio all'uomo, i ricercatori hanno anche notato che le cellule umane colpite da "linfoma diffuso a grandi cellule B" (riprodotto nei topolini dell'esperimento) mostravano effettivamente un eccesso di pseudogeni Braf rispetto alla norma. Lo stesso potrebbe avvenire in molti altri tipi di cancro dell'uomo. «Per questo stiamo estendendo i nostri studi ad altri tumori e a tanti altri pseudogeni. Crediamo che molti di essi siano coinvolti nella genesi del cancro — aggiunge Pandolfi — Finora ci siamo concentrati soprattutto sullo studio dei circa 20mila geni che codificano proteine, trascurando fino a 100mila elementi genetici non codificanti. Ora, con l'attenzione crescente sulla "medicina di precisione" e con la promessa di ottenere terapie personalizzate, abbiamo bisogno di studiare anche la "materia oscura" del Dna. La sfida deve iniziare subito con il sequenziamento del genoma non codificante, operazione che oggi si può fare con poche migliaia di dollari. Ciò che veramente è impegnativo è l'analisi della montagna di dati che si ottiene: terabites di informazione ».

La prossima tappa della ricerca di Pandolfi e dei suoi colleghi sarà anche capire il ruolo dello pseudogene Braf in altri organi. «Inizialmente pensavamo che gli animali avrebbero sviluppato il melanoma, dove il gene Braf gioca un ruolo molto importante» spiega il ricercatore italiano. «E il fatto che il topino sia morto di linfoma in breve tempo non vuol dire che non avrebbe sviluppato altri tumori, se fosse vissuto di più. Stiamo cercando di restringere l'espressione dello pseudogene a singoli tessuti per dimostrarlo ». Oltre a Braf, occorrerà poi estendere la ricerca dei "colpevoli del cancro" ad altri frammenti di Dna. «C'è chi dice — spiega lo scienziato — che ci vogliano in media quattro eventi o mutazioni per trasformare una cellula umana in neoplastica». Uscendo dal campo dei tumori, si potrebbe immaginare un ruolo degli pseudogeni in altre malattie di origine genetica. «Queste scoperte aprono importanti opportunità per la terapia del tumore e di altre malattie. Il trattamento è possibile ora, e non solo futuribile — spiega Pandolfi — Consiste nello spegnere lo pseudogene o altri Rna tipo i microRna direttamente con un farmaco, oppure bloccare la cascata di eventi che esso scatena all'interno della cellula. Nello studio di Cell dimostriamo che entrambi gli approcci sono efficaci: il linfoma dei topolini regrediva quando veniva trattato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA STORIA.

Dall'iprite alla terapia a bersaglio la lunga strada per battere il male

ARNALDO D'AMICO

CENTRATA dall'aviazione tedesca, una nave militare Usa esplose nel porto di Bari il 2 dicembre del 1943. Una nube di iprite, gas tossico, si sprigionò dalla nave uccidendo mille persone in poche ore. Negli americani sopravvissuti fu osservata la quasi scomparsa dei globuli bianchi. Medici americani dettero un derivato dell'iprite in piccole dosi ai malati di linfoma, e i globuli bianchi, moltiplicati dal cancro del sangue, diminuirono.

Inizia così la storia dei farmaci oncologici che ripercorriamo con Silvio Monfardini, direttore del programma di Oncologia Geriatrica al Palazzolo-Don Gnocchi di Milano, autore, con Daniela Minerva dell'Espresso, del libro "Il bagnino e i Samurai" che ripercorre la ricerca italiana nel settore. Il 30 maggio riceverà dagli oncologi statunitensi un prestigioso riconoscimento alla carriera. Ecco le tre fasi principali.

EMPIRICA — Coi derivati dell'iprite il linfoma poi riprende. Ma è la prima volta che il cancro "accusa il colpo". «Vale la pena quindi investire tempo e danaro per

sviluppare farmaci anti tumorali — dice Monfardini — Ma si sa ancora troppo poco su come funziona la cellula normale, presupposto per capire cosa si inceppa in quella cancerosa e quindi come colpirla. La strategia è empirica: si cercano derivati o simili dell'iprite meno tossici ma più attivi sul tumore, le sopravvivenze si allungano, gli effetti collaterali pesanti». È la chemioterapia.

RAZIONALE — Negli anni 60 arrivano i primi bersagli, indicati dalla ricerca biologica pura. Sono i meccanismi della moltiplicazione cellulare. Si capisce così che un vecchio veleno vegetale, la colchicina, inceppa il complesso meccanismo di duplicazione della cellula. I suoi derivati allungano ancora le sopravvivenze. «A fine anni 60 dalla ricerca italiana giunge una ulteriore classe di farmaci più potente, gli antibiotici antitumorali, capostipite l'Adriamicina», racconta Monfardini. Chiarito come agiscono gli antibiotici sui batteri, si pensa di usarli contro le cellule cancerose. La ricerca è portata avanti da Farmitalia e dai "samurai" dell'Istituto Tumori di Milano di cui fa parte Monfardini. E ancora il gruppo

guidato da Gianni Bonadonna ottiene le prime guarigioni di alcuni linfomi con ulteriore intuizione strategica formidabile: «I farmaci attaccano il cancro con diversi meccanismi — spiega il professore — usiamoli insieme. E usiamoli anche con la chirurgia, dandoli prima dell'intervento». Le donne operate al seno in cui il cancro non si ripresenta più, si moltiplicano.

GENETICA — «A fine anni 90 si apre la fase ancora in corso» continua Monfardini. Decodificando i geni, si scoprono i mutanti che innescano il cancro, nascono farmaci contro la proteina prodotta dalla mutazione, non più contro i meccanismi vitali della cellula. Si colpisce solo la cellula cancerosa,

Una piattaforma già validata per isolare singole unità

Agire con biomarker adatti

non più anche le sane. E la "terapia a bersaglio" o "targeted therapy". Arriva la guarigione della leucemia promielocitica con il contributo fondamentale di Pier Giorgio Pelicci e Pier Paolo Pandolfi. Mas spesso il tumore fa a tempo a difendersi, generando cellule senza il bersaglio perché hanno altre mutazioni di geni e di pseudogeni che sono il nuovo campo di battaglia. «Un fronte sempre più complicato e che richiede risorse enormi — conclude Monfardini — Più promettente, per ora, mi sembra l'immunoterapia, strategia emergente sempre su base genetica, ma che mira a liberare la capacità del corpo di aggredire il tumore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La sv

Due i pro
terapie bi
colpiti i g
ne attivar
scompar
le stamin
lo fannò r

Prevenzione. Solo 4 su dieci dal medico se accusano sintomi riconducibili a malattia coronarica
La Società di cardiologia promuove una campagna

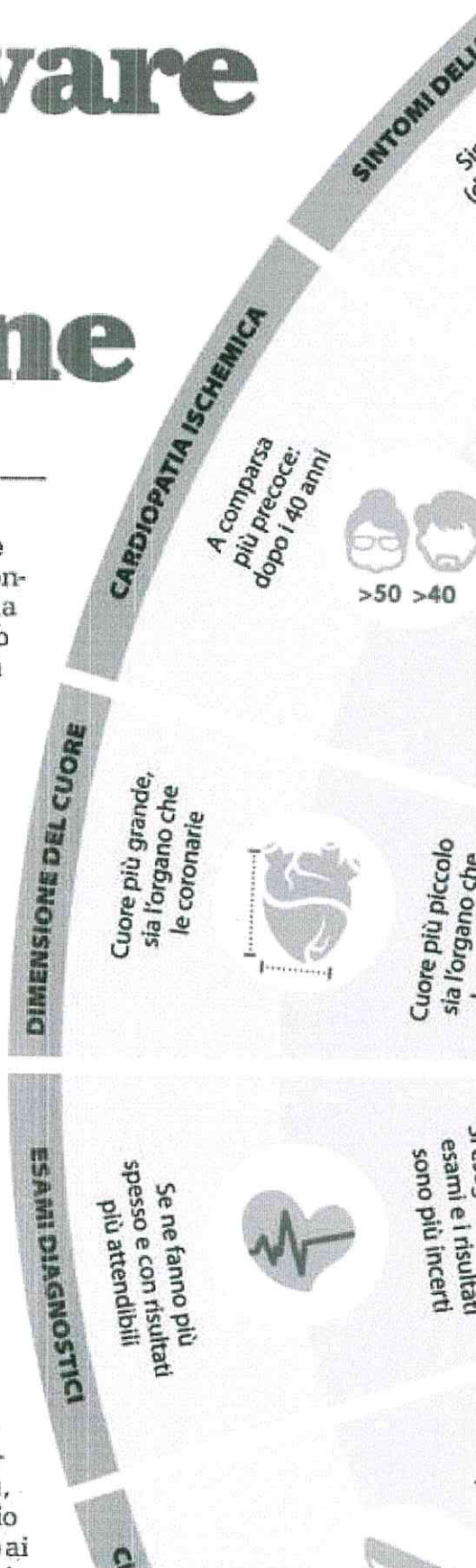
Come salvare il cuore delle donne

MARIAPAOLA SALMI

SAPER riconoscere le differenze di genere può salvare la vita. Una stanchezza profonda, nausea e vomito improvvisi, dolori alla schiena, potrebbero essere il campanello d'allarme di un infarto al femminile. Una donna ogni cinque minuti nel nostro paese muore a seguito di una malattia coronarica. Eppure, mediamente, solo quattro donne su dieci si rivolgono a un medico quando accusano sintomi che potrebbero essere classificati come possibili segni di malattia coronarica.

Il cuore della donna è diverso rispetto a quello dell'uomo non tanto per questioni di volume e funzionalità ma per come la malattia cardiaca si presenta, per i tempi, per come reagisce alle terapie e persino per l'arrivo in ospedale. A differenza dei maschi più consapevoli, le donne sono convinte di morire a causa di un tumore, si prendono scarsa cura del proprio sistema cardiocircolatorio e sottovalutano certi sintomi. Per combattere questa carenza percettiva, è partita la campagna d'informazione "Vivi con il cuore" promossa, tra le altre, dalla Società italiana di cardiologia (Sic), della durata di un anno, che attraverso un portale web (www.viviconilcuore.it) e una app gratuita offre alle donne tante notizie per proteggersi dall'infarto del miocardio.

«Il cuore della donna fino ai cinquanta anni è difeso dagli ormoni estrogeni, dopo la menopausa questo scudo non c'è più e si resta esposte al rischio di infarto con le stesse probabilità degli uomini — dice Anna Sonia Petronio, professore associato di cardiologia, direttore della Sezione dipartimentale del laboratorio di emodinamica dell'AOU pisana — tuttavia rispetto ai

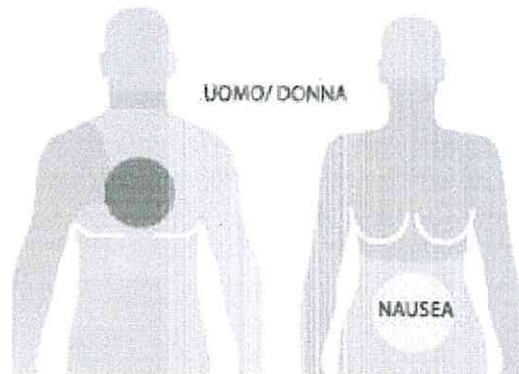


maschi, le donne sono colpite dalla malattia coronarica almenodiecianni più tardi, attorno ai sessant'anni, quindi sono più anziane e fragili sebbene infarti in età più giovane non siano infrequenti; inoltre, le donne muoiono più degli uomini per infarto, perché arrivano tardi alla rivascolarizzazione, perché hanno una facilità alla dissezione coronarica spontanea e per una conformazione delle placche aterosclerotiche che sono strutturate in maniera diversa». L'assenza di consapevolezza, la tendenza naturale a non prendersi cura di sé (una donna su tre sottovaluta i segnali nei giorni precedenti l'infarto) e la atipicità dei sintomi infartuali, aggravano la situazione. Una survey condotta da Eikon Strategic Consulting sulla percezione delle cause di morte da parte delle donne, rivela che il 76% della popolazione femminile, non sa che le malattie cardiovascolari rappresentano la prima cau-

I SINTOMI

Le sedi più tipiche del dolore cardiaco

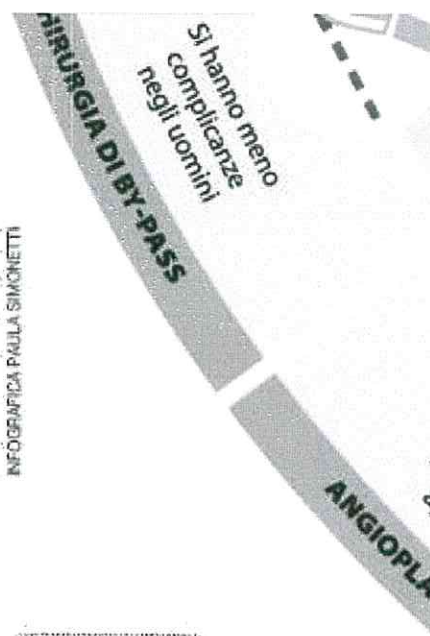
- OPPRESSIVO
- NON TANTO INTENSO
- NON TANTO FREQUENTE



sa di morte nelle donne, solo il 21% sa che il rischio di infarto aumenta molto dopo la menopausa; il 68% delle donne è convinto che la malattia coronarica sia un problema maschile e più di una donna su due ritiene che il rischio infarto sia maggiore per gli uomini; le donne, inoltre, sono convinte che i sintomi siano uguali nei due sessi. «Facciamo un appello a tutte le donne in menopausa — afferma il professor Francesco Romeo, presidente della Sic — perché mantengano un basso rischio per malattie cardiovascolari». Il cosiddetto "profilo di rischio favorevole" senza fumo, senza diabete, con una pressione arteriosa sotto i 120/80 mmHg, un colesterolo inferiore a 200mg/dle e un indice di massa corporea sotto i 25 Kg/m². Purtroppo solo il 7% delle donne rientra in questa categoria protetta. E pensare che perdere 10 Kg di peso riduce il rischio cardiovascolare del 35-50%, riduce di 10 mmHg la pressione arteriosa, abbassa la glicemia, il colesterolo e i trigliceridi. Insomma, salva il cuore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI



ALTRI SINTOMI IN ENTRAMBI I SESSI

- Fatica
- Sudorazione
- Cefalea
- Respiro affannoso

Nelle donne under 50 l'infarto ha sintomi meno intensi

FONTE: RELABORAZIONE DI REPUBBLICA-SALUTE / PROC / SOCIETÀ EUROPEA DI CARDI

L'INQUINAMEN
Così lo sm
del traffico
può modifi
l'attività
cardiaca

Chirurgia. Scritte le linee guida internazionali per il trattamento di questa diffusa patologia. Arrivano le protesi biologiche che si trasformano nel tessuto con cui vengono a contatto. Ogni anno in Italia 200.000 operazioni

Ernia inguinale l'intervento sarà su misura

GIUSEPPE DELBELLO

ERNIA, un protocollo internazionale indica la migliore scelta terapeutica. L'intervento da programmare in rapporto al paziente, la mesh (rete protesica) per ogni singolo caso, il tipo di anestesia per età e soggetto, e il collante che meglio aderisce al tessuto anatomico da trattare. È tutto scritto nelle linee guida, le prime condivise in tutto il mondo dai massimi esperti del settore per la gestione dell'ernia. Dai casi meno complicati ai più complessi, il documento messo a punto durante la prima Conferenza mondiale sulla Chirurgia dell'ernia addominale che si conclude domani a Milano, si identifica nella *tailored surgery*. Significa trattamento operatorio personalizzato, grazie alle tec-

nologie che oggi assicurano massima efficacia e rischi di complicanze meno dell'1%. Non solo. Dal congresso fa capolino un prossimo futuro rappresentato dalla robotica per intervenire in casi selezionati, mentre al nastro di partenza c'è la *chirurgia social*: la condivisione di referti ed esami tra medici su profili riservati di Facebook che servirà a dirimere dubbi clinici in tempo reale.

L'ernia è la prima patologia che conduce in sala operatoria: ogni anno nel mondo finiscono sotto i ferri 7 milioni di pazienti, di cui 200 mila solo in Italia. Per lo più a causa di ernia inguinale che, nel nostro Paese, riguarda 150 mila persone, mentre le stime indicano due milioni di adulti, in prevalenza maschi (otto volte più delle donne), che prima o dopo saranno colpiti dalla patologia. Vari tipi, sintomi simili. Che, an-

che sfumati o non sempre presenti, vanno dalla tumefazione più o meno evidente al dolore localizzato, alla sensazione di peso. In sintesi l'ernia, caratterizzata dalla fuoriuscita di un viscere dalla sua sede anatomica naturale, può coinvolgere diverse aree dell'addome (inguinale, femorale, mediana) e riconoscere anche patogenesi differenti. Da uno sforzo improvviso, alla lassità muscolare e fino all'esito di un progressivo intervento chirurgico. Cosa significa *tailored surgery*, lo spiega Giampiero Campanelli, direttore di Chirurgia generale e *day surgery* dell'Istituto clinico Sant'Ambrogio di Milano e presidente della Conferenza, premettendo che si può scegliere l'approccio «in laparoscopia o a cielo aperto, e il tipo di riparazione più idonea». In questo settore lo specialista si riferisce alle novità tecnologiche come le «protesi biologiche intelligenti, in grado di trasformarsi nel tessuto con cui vengono in contatto. Si tratta di lamine ottenute da tessuti animali che dopo l'impianto vengono pian piano sostituite e colonizzate dalle cellule del paziente, così da sparire completamente dopo aver esercitato il loro effetto di contenimento. Oggi vengono impiegate in casi complessi, ad esempio se ci sono infezioni o potenziali infezioni, ma sono utili anche in donne con piccole ernie ombelicali dopo la maternità e pliche cutanee addominali ampie, oppure nei bambini». Ma le mesh, cioè le reti in commercio sono anche realizzate in materiali sintetici non assorbibili o che lo sono solo parzialmente, che garantiscono ottimi risultati e un basso rischio di recidiva, mentre le cosiddette protesi dinamiche assecondano la muscolatura della parete addominale, ottenendo un risultato naturale. «Per decidere al meglio tra la grande varietà di reti», aggiunge Campanelli, «bisogna tenere conto dell'età del paziente, del suo stile di vita e della sua corporatura». Tra le più recenti, la *selfgripping* (acido polilattico) che, senza colla, aderisce autonomamente al piano anatomico, mentre l'ultima appena sbarcata sul mercato che si autoincolla grazie alla sua superficie composta di una sostanza derivata dallo zucchero. Il *working progress* investe anche le suture, con fili che si adattano al tipo di protesi, completamen-

VINCERE LA NAUSEA SENZA MEDICINALI?

OGGI SI PUÒ!

SENZA FARMACI
In farmacia

CONTRO LA NAUSEA SENZA MEDICINALI
Aggravamento di nausea e vomito in gravidanza, dopo interventi chirurgici, chemioterapia, radioterapia, disturbi del sistema circolatorio, disturbi del sistema nervoso centrale.

BRACCIALI ANTI NAUSEA

adulti

senza farmaci

BRACCIALI ANTI NAUSEA

senza farmaci

unicazione

Impresso.com

Se la nausea rovina i vostri viaggi...

I bracciali **P6 Nausea Control® Sea-Band®** sono una valida alternativa ai medicinali per **prevenire e combattere la nausea da movimento**.

Pratici e semplici da utilizzare, **agiscono rapidamente e senza effetti collaterali**. La loro azione dura tutto il viaggio.

P6 Nausea Control® Sea-Band® utilizza il principio dell'**agopuntura** secondo la medicina tradizionale cinese.

L'efficacia di **P6 Nausea Control® Sea-Band®** è stata dimostrata da **numerosi test clinici**.

Utili anche contro la **nausea da gravidanza**.

Lavabili, in tessuto anallergico, sono **riutilizzabili oltre 50 volte**.

È un **dispositivo medico CE**. Leggere attentamente le istruzioni d'uso. Aut. Min. Sal. 11-10-2011.

VIAGGIATE SERENI CON P6 NAUSEA CONTROL® SEA-BAND®

tel. 031.525522 - www.p6nauseacontrol.com - info@p6nauseacontrol.com

te o parzialmente assorbibili, cioè capaci di dissolversi del tutto o di fondersi in parte nella parete addominale. E non mancano le tecniche suture-less, ernioplastiche effettuate senza applicazione di punti. È merito delle particolari colle biologiche che, rivela il chirurgo, «sostituiscono l'ago e il filo. In questo modo i pazienti potranno tornare alle consuete attività entro breve tempo, mentre da subito cammineranno, con i fastidi legati alla tensione che spariranno nel giro di una settimana. E dopo 15 giorni potranno riprendere a fare sport. Ma è fondamentale arrivare all'intervento prima che compaiano complicanze. Ed è inutile perdere tempo con busti o cinti, basta rivolgersi a un bravo chirurgo per risolvere l'ernia nel modo migliore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I consigli. Una complicanza post-operatoria che si manifesta in circa il 15% degli interventi. Problemi e rimedi

Dopo un'incisione rischio laparocele ecco i sintomi per riconoscerlo

NONtrattata, fatalmente evolve. Con il rischio di ritrovarsi un'ernia strozzata. La conferma arriva da vari studi clinici. Avvertono che le ernie di grosse dimensioni, che si manifestano con dolore e non sono riducibili, possono andare incontro dal momento della diagnosi a strangolamento in circa il 2,5 per cento dei casi nell'arco di sei mesi. Un rischio che, permette il professor Francesco Corcione, direttore di Chirurgia generale e robotica all'azienda Monaldi di Napoli e presidente della Società italiana di Chirurgia, «aumenta col passare del tempo, raddoppiandosi a distanza di due anni. Ancor più alto è il rischio di complicanze gravi (30%) per le ernie femorali».

Qual è la complicanza più temibile?

«È quella legata alla compressione del tratto di intestino che, fuoriuscendo dalla breccia inguinale, può rimanere incarcerato o strozzato dallo stesso foro. Un'ernia incarcerata è caratterizzata da gonfiore non più riducibile e quando si arriva allo strozzamento, l'afflusso di sangue all'intestino viene compromesso».

Che cosa si fa in questo caso?

«Lo strangolamento dei vasi è un'evenienza rara (circa il 4 per cento) ma oltre a causare fortissimi dolori e vomito può portare a necrosi e perforazione, con infiammazione di tutta la cavità addominale (peritonite). Se ciò accade è necessario operare immediatamente. Gli altri tipi di ernia (epigastrica, ombelicale, crurale) hanno modalità identiche di formazione di quella in-

guinale e possono evolvere nelle stesse complicanze».

Il laparocele è conseguenza di un precedente intervento?

«Sì, è una complicanza postoperatoria che si manifesta in circa il 9-19 per cento di tutte le incisioni. In chirurgia laparoscopica può verificarsi il laparocele nel 2-5 per cento dei casi nella sede di inserzione dei trocar (le sonde, ndr). In genere è asintomatico, se si esclude la tumefazione non dolente che si apprezza prevalentemente in posizione eretta. I sintomi che invece devono allarmare sono il dolore e la tumefazione non riducibile in cavità addominale con le classiche manovre digitali. Ovviamente, oltre al vomito e al blocco delle funzioni intestinali».

Anche in questo caso si deve intervenire in urgenza?

«È necessario farlo per ridurre al minimo il ricorso alla laparotomia per peritonite evolutiva. Nella maggior parte delle situazioni l'intervento urgente permette di verificare lo stato dell'intestino, reintegrando e riparando il canale inguinale».

Come si effettua la "riparazione"?

«Con una sutura diretta oppure, se c'è una importante contaminazione, si è costretti a praticare una resezione intestinale. Nei casi più favorevoli si procede con l'apposizione di una rete per ridurre eventuali recidive, sempre possibili».

(g. del bello)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Pet therapy. Al via a Firenze un progetto di riabilitazione per pazienti psichiatrici tra i 20 e i 55 anni
 «La presenza degli animali può facilitare la comunicazione»

E il dottor dog indossò il camice bianco

LUCA ZAMBELLI

Dici pet therapy, e subito pensi a un cucciolo di cane che scodinzola festoso, ti si strofina contro e ti suscita tenerezza, voglia di giocare, desiderio di accudimento. Ma a smuovere questi sentimenti può essere anche una carpa che si lascia accarezzare in un laghetto, un asino che si fa abbracciare in mezzo a un prato, un maialino d'India che chiede di essere nutrito. Lo sanno bene gli operatori dell'Accademia Cinofila Fiorentina, che assieme ai cani ospitano, nel verde accogliente di un bio-parco in riva all'Arno, gatti, asini, cavalli, conigli, tartarughe, uccelli, pesci, piccoli roditori, maiali, polli, anatre. E che in questi giorni — in collaborazione con psichiatri e educatori dei servizi di salute mentale dell'azienda sanitaria fiorentina, diretti da Sandro Domenichetti — hanno dato vita a un progetto di riabilitazione di pazienti psichiatrici, proprio attraverso il coinvolgimento degli animali. Protagonisti, 15 uomini ed donne, tra i 20 e i 55 anni, che frequentano i centri diurni della Asl, selezionati in base alla loro storia personale.

«Grazie al contatto con gli animali, i pazienti acquisiscono una maggiore dimestichezza sul piano corporeo, una maggior sicurezza — spiega Luca Paoletti, operatore professionale che segue molte altre attività di tipo riabilitativo con l'arte, la musica, il teatro — Noi lavoriamo sulle difficoltà e sulle fobie. In molti casi il contatto con l'animale provoca un rovesciamento del nostro immaginario. C'è chi ha una sensazione di pericolo rispetto agli uccelli; allora entrare in una voliera, osservarli da vicino, arrivare a toccarli, procura un effetto di conoscenza tranquillizzante. Lo stesso avviene con i piccoli roditori: stabilire un momento di familiarità con questi animali, che di solito suscitano inquietudine, è rassicurante».

Ogni mercoledì, nel bio-parco dell'Accademia Cinofila Fiorentina, i 15 pazienti dei centri diurni hanno modo di conoscere la fisiologia, l'anatomia e il comportamento delle varie specie animali, avvicinandoli, potendoli toccare, giocando e interagendo con loro, e poi verbalizzando ed elaboran-

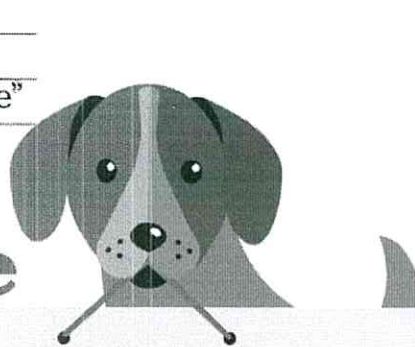
dola la loro esperienza. Ciascun incontro è dedicato a un diverso animale, come racconta Giovanna Carlini, psicoterapeuta e veterinaria dell'Accademia Cinofila: «La prima parte avviene nell'aula didattica. Di ciascun animale illustriamo anatomia, fisiologia, comportamento. Poi ci spostiamo fuori, per la parte pratica, il rapporto con l'animale. E qui entrano in gioco la comunicazione, l'affettività, l'accudimento, la possibilità di identificarsi e proiettarsi sull'animale, la capacità di verbalizzare quello che l'animale dà».

Ogni animale ha caratteristiche «terapeutiche» diverse: «Il cane è l'animale che più di tutti ti richiede la relazione — continua Carlini — Gli animali di grandi dimen-

sioni presentano l'aspetto posturale ma anche quello della fiducia: appoggiarsi sulla schiena di un asino a occhi chiusi e con le gambe ciondoloni coinvolge l'equilibrio, ma anche la fiducia nell'animale. Ancora, con i cavalli è importante l'aspetto dell'accudimento: strigliarli, fare le trecchine alla criniera, curare gli zoccoli». «Tutti i pazienti erano molto motivati e preparati — raccontano gli operatori dopo il primo incontro — Ognuno ha parlato della propria esperienza con gli animali e dei problemi che potevano esserci. Tutti hanno dimostrato grande competenza e passione per gli animali. Si è creato un ottimo clima affettivo e il gruppo si è coeso facilmente».

A mettere a punto la pet therapy, terapia

dolce basata sull'interazione uomo-animale, fu, negli anni '60, uno psichiatra infantile, Boris Levinson. Ora, si preferisce parlare di Terapia assistita con gli animali. «Il nostro progetto — chiariscono gli operatori fiorentini — mira a riabilitare il paziente psichiatrico, creando uno spazio sicuro, protetto, stimolante e confortevole, all'interno del quale lavorare sui legami oggettuali. La presenza degli animali in questo spazio può facilitare la comunicazione dei pazienti con gli altri e favorire l'empatia verso il mondo esterno. L'animale, infatti, diventa anche un oggetto transizionale su cui proiettare le proprie paure ed emozioni e da cui acquisire sicurezza e autostima».



GLI ANIMALI COINVOLTI

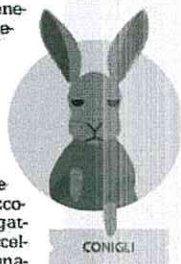
Il cane è quello più utilizzato negli interventi di "Pet Therapy". Altri animali coinvolti sono:



GATTI



CAVALLI



CONIGLI



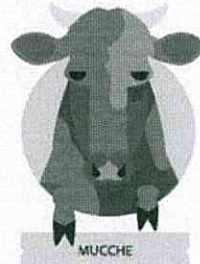
MAIALI



PECORE



PULCINI



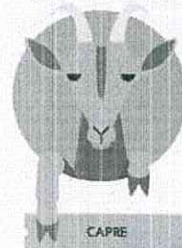
MUCCHE



CANI



ASINI



CAPRE



UCHE / PAPERE



HAMSTERS

SOURCE: RIELABORAZIONE DATI ISALUTE / ANIMALI TERAPEUTI, MANUALE INTRODUTTIVO AL MONDO DELLA PET THERAPY, F. CINULLI, CAROCCO EDITORE

SEIPRODIZIONE/ABBONATA

**PER
SAPER
NE
DIPIÙ**

In ospedale

Gli animali sono presenza consueta in molti ospedali toscani. Il Meyer di Firenze è stato il primo pediatrico a introdurre la pet therapy, già nel 2002, e da due anni viene inserita nella cartella clinica. I cani entrano anche negli ospedali per adulti. «Attraverso il rapporto di gioco che si instaura — dice Stefano Castagnoli, responsabile del Servizio psichiatrico dell'ospedale Santa Maria Annunziata a Ponte a Niccheri, Firenze — la pet therapy migliora la possibilità degli utenti di entrare in contatto con una realtà che può essere amica e non minacciosa, e produce un piccolo circuito virtuoso, che favorisce il processo di cura». Già da tempo in molti hospice (strutture destinate ai malati terminali) gli animali d'affezione possono entrare e stare con i loro padroni. E in tutti gli ospedali toscani i pazienti, in condizioni di fragilità fisica ed emotiva, possono ricevere il proprio animale da compagnia in base a precise linee guida. E il rapporto affettivo con il proprio animale è di grande conforto.

(l. z.)

Sanità24

Stampa

Chiudi

27 Apr 2015

Infermieri precari, il Nursind promuove un esposto

Andrea Bottega (Segretario nazionale Nursind)

L'emanazione del Dpcm e la sua pubblicazione in Gazzetta ufficiale non risolve il problema del precariato. Limiti economici e temporali stabiliti nella norma non permettono di affrontare un fenomeno che anche a livello europeo ci vede condannati sotto il profilo del diritto comunitario e sottoposti a procedura di infrazione.

Coerentemente con quanto sempre affermato nelle sedi istituzionali, il Nursind punta a tutelare gli infermieri precari attraverso ricorsi a livello individuale e promuovendo un esposto/diffida come sindacato che mira a responsabilizzare il governo e i ministeri competenti (per le cui inadempienze potrebbero rispondere direttamente). Tale esposto può essere ripreso e inviato anche da singoli o gruppi di lavoratori precari apponendo le firme in calce.

La formalizzazione di tale atto è stata trasmessa anche al presidente della Commissione Europea al fine di una sua valutazione (per la posizione presso la corte di giustizia europea e la determinazione delle infrazioni) sulla condotta del governo in merito alla questione del precariato pubblico.

Pensiamo che in ambiti come questi di tutela del diritto del lavoro si debba far sentire la voce dei lavoratori attraverso le sue rappresentanze che questo governo spesso tenta di escludere nei momenti di condivisione e formazione delle leggi che li riguardano.

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

Sanità24

Stampa

Chiudi

27 Apr 2015

Anaaio giovani: medici nella giungla del precariato, una proposta di contratto individuale

Pierino Di Silverio (direttivo nazionale Anaaio Giovani)

Lo strumento delle collaborazioni coordinate e continuative è stato in passato utilizzato sia per le minori garanzie offerte al lavoratore, in tema di ferie, infortunio e malattia, sia per il più favorevole regime contributivo e assicurativo.

Contesto normativo

Il precariato è stato introdotto in Italia con la legge 196/1997, il Pacchetto Treu, che ha legalizzato le agenzie interinali con l'obiettivo di favorire l'occupazione, che all'epoca si intendeva principalmente a tempo indeterminato. Un primo intervento normativo si è avuto con la legge 30/2003 (la legge Biagi), volta a eliminare l'uso distorto dei Co.Co.Co., mediante la fissazione di precisi criteri, cui ha fatto seguito l'emanazione del Dlgs 10 settembre 2003 n. 273 (articoli 61-69), che sostituì la figura contrattuale del Co.Co.Co. con quella del Co.Co.Pro., prevedendo altresì la confluenza delle situazioni contrattuali di collaborazione continuativa in atto in collaborazioni a progetto.

La differenza sostanziale fra le due ipotesi va collegata alla considerazione che attraverso la formula in vigore prima del 2003 si instaurava un rapporto di lavoro senza limiti di tempo. La legge Biagi, infatti, riconduceva le medesime collaborazioni in uno o più progetti specifici e differenziava il contratto a progetto rispetto ai rapporti di lavoro meramente occasionali (non superiori a 30 giorni di lavoro con lo stesso committente con compenso inferiore a euro 5.000,00).

La disciplina attuale prevede per il rapporto una "durata" collegata con l'espletamento di uno o più progetti produttivi specifici o di un programma di lavoro o fase di esso. Non più, dunque, una generica continuatività, ma una riconducibilità a un preciso momento collaborativo definito anche nel tempo oltre che nelle sue individuate fasi e realizzazioni.

Inoltre, con la legge 296/2006, si è attribuita al Co.Co.Pro. la disciplina riguardante l'erogazione dell'indennità di malattia a carico dell'Inps che il decreto legislativo 276/2003 limitava ai soli casi di degenza ospedaliera.

Con la circolare Inps n. 78/07, la quale richiama l'articolo 1, commi 1202-1210 della legge 296/2006 (finanziaria per il 2007, varata dal governo Prodi), ai datori di lavoro è stata concessa la possibilità di trasformare i rapporti di collaborazione coordinata e continuativa (Co.Co.Co.), anche nella modalità a progetto (Co.Co.Pro.), in rapporti di lavoro subordinato, mediante sottoscrizione, da parte dei "lavoratori interessati", di atti di conciliazione individuali «conformi alla disciplina prevista dagli articoli 410 e 411 del codice di procedura civile».

Ma la cosiddetta stabilizzazione, intesa come assunzione a tempo pieno e indeterminato, risulta attuabile soltanto sulla carta poiché sono state disseminate molte restrizioni normative nel corso della finanziaria per il 2007, le quali effettivamente, autorizzano una sola eventualità: la trasformazione dei suddetti rapporti in contratti di lavoro subordinato a tempo determinato della durata massima di 24 mesi.

Il datore di lavoro, versando alla gestione separata dell'Inps «a titolo di contributo straordinario integrativo finalizzato al miglioramento del trattamento previdenziale», una somma «pari alla metà della quota di contribuzione a carico dei committenti per i periodi di vigenza dei contratti di collaborazione coordinata e continuativa anche a progetto, per ciascun lavoratore interessato alla trasformazione del rapporto di lavoro» (articolo 1, comma 1205, della legge 296/2006), avrà la certezza dell'estinzione dei reati commessi per il mancato versamento di contributi, di imposte sui redditi ecc., «compresi quelli relativi agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali e in materia di sgravi degli oneri sociali» (circolare Inps n. 78/07, paragrafo 5) e verrà posto il divieto a «ogni accertamento di natura fiscale e contributiva» per i precedenti «periodi di lavoro prestato dai lavoratori interessati dalle trasformazioni». Quindi, il lavoratore non vedrà riconosciuti i propri periodi contributivi pregressi.

La circolare del ministero del Welfare 8 gennaio 2004 esclude l'eventualità di utilizzare come punto di riferimento per la retribuzione del lavoratore Co.Co.Pro, i salari dei lavoratori subordinati cioè basati sulla contrattazione collettiva per i lavoratori subordinati. L'unico criterio indicato dalla legge è quello dei rimborsi corrisposti per analoghe prestazioni di lavoro autonomo nel luogo di esecuzione del rapporto.

Infine la Corte di giustizia europea sul precariato pubblico (cause riunite C-22/13, C-61/13, C-62/13, C-63/13 e causa C-418/13) con una chiara e limpida sentenza, che fugava ogni dubbio, sancisce la totale incompatibilità della normativa italiana in tema di contratti a termine nella Pa con la direttiva 70/1999 dell'Unione europea. Al punto 72 della sentenza, secondo la Corte «occorre ricordare che la clausola 5, punto 1, dell'accordo quadro mira ad attuare uno degli obiettivi perseguiti dallo stesso, vale a dire limitare il ricorso a una successione di contratti o rapporti di lavoro a tempo determinato, considerato come una potenziale fonte di abuso in danno dei lavoratori, prevedendo un certo numero di disposizioni di tutela minima tese a evitare la precarizzazione della situazione dei lavoratori dipendenti (si vedano, in particolare, sentenze Adeneler e a., C 212/04, EU:C:2006:443, punto 63; Küçük, C 586/10, EU:C:2012:39, punto 25, nonché Fiamingo e a., EU:C:2014:2044, punto 54)»; al punto 73 la Corte afferma che «come risulta dal secondo comma del preambolo dell'accordo quadro, così come dai punti 6 e 8 delle considerazioni generali di detto accordo quadro, infatti, il beneficio della stabilità dell'impiego è inteso come un elemento portante della tutela dei lavoratori, mentre soltanto in alcune circostanze i contratti di lavoro a tempo determinato sono atti a rispondere alle esigenze sia dei datori di lavoro sia dei lavoratori (sentenze Adeneler e a., EU:C:2006:443, punto 62, nonché Fiamingo e a., EU:C:2014:2044, punto 55)».

La Corte di cassazione, con la sentenza n. 26951 del 2 dicembre 2013, cancella le sue due precedenti sentenze 392/2012 e 10127/2012, riconoscendo ai precari, ai sensi dell'articolo 36 del Dlgs 165/2001, il diritto al risarcimento del danno per illegittimità e abuso dei contratti a termine.

La sentenza n. 26951 è stata emanata a pochi giorni dalla conclusione della procedura di infrazione aperta dalla Commissione europea nei confronti dell'Italia per utilizzo abusivo del personale precario, inizialmente intrapresa solo per il personale non docente della scuola, poi nel 2012 estesa anche al personale docente e il 26 agosto 2013, in seguito a numerosissime denunce, estesa a tutto il pubblico impiego.

Questa sentenza della Suprema corte anticipa di qualche mese la sentenza della Corte di giustizia

europea sul medesimo tema.

La legge 92/2012 (legge Monti-Fornero) interviene nuovamente sull'istituto, in un'ottica di razionalizzazione complessiva delle tipologie contrattuali esistenti e di contrasto all'utilizzo improprio degli strumenti di flessibilità del mondo del lavoro.

Con particolare riferimento al contratto a progetto, il Governo persegue l'obiettivo «... di evitarne utilizzi impropri in sostituzione di contratti di lavoro subordinato», prevedendo «... disincentivi tanto normativi, quanto contributivi volti alla riduzione di quei fenomeni di dumping sociale, incentrato sull'abbattimento del costo del lavoro».

Al di fuori dell'ambito applicativo della norma rimangono invece, ancora una volta, fattispecie di collaborazione (anch'esse coordinate e continuative) che non presentano significativi rischi di non rispetto della normativa inderogabile del diritto del lavoro.

La legge 296/2006 all'articolo 61, comma I, richiede che il progetto «... non può comportare lo svolgimento di compiti esecutivi o ripetitivi, che possono essere individuati dai contratti collettivi stipulati dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale».

La circolare 29/2012 precisa ulteriormente che: «... i compiti meramente esecutivi sono quelli caratterizzati dalla mera attuazione di quanto impartito dal committente, senza alcun margine di autonomia, anche operativa, da parte del collaboratore».

I compiti meramente ripetitivi, invece, attengono a quelle «attività elementari, tali da non richiedere, per loro stessa natura, nonché per il contenuto delle mansioni nelle quali si articolano, specifiche indicazioni di carattere operativo fornite dal committente».

La stessa circolare 29/2012, chiarisce «... che l'individuazione di uno specifico progetto costituisce elemento essenziale di validità del rapporto, la cui mancanza determina la costituzione di un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato» e precisa che l'identità deve riguardare le modalità operative con cui vengono svolte le mansioni, non le attività stesse (orario di lavoro, sottoposizione al potere direttivo del datore di lavoro, assenza di autonomia nello svolgimento delle prestazioni).

Il medico italiano è sempre più precario

In 10 anni, nel nostro Paese, il numero dei camici bianchi con contratti di lavoro a termine è quasi raddoppiato: da 3.700 a 6.000. Quasi il 50 per cento in più. Una percentuale, tra l'altro, che per quanto riguarda le donne medico è stata ampiamente raggiunta: se nel 2001 i camici rosa precari erano 1.700, alla fine del 2009 se ne contavano già 3.400. È quanto emerge dalle tabelle della Ragioneria dello Stato sul personale del Servizio sanitario nazionale con rapporto di lavoro flessibile.

L'indagine - una fotografia sulla forza lavoro che si occupa del bene più prezioso: la salute dei cittadini - mette a confronto due prospetti del Conto annuale, quello del 2001 e quello del 2009.

Il paragone tra le due tabelle non lascia spazio a dubbi: dal 2001 al 2009 l'esercito dei camici bianchi a tempo determinato - ma vale anche per gli infermieri e fisioterapisti - è aumentato e di molto. Nel 2001 si contavano 3.527 medici (1.718 donne); 168 veterinari (62 donne); 1 odontoiatra.

Alla fine del 2009, quindi dopo 10 anni, i numeri sono decisamente diversi. Per le stesse categorie professionali oggi abbiamo: 5.889 medici (3.373 donne). Il 6,20% dei medici con meno di 40 anni si può definire disoccupato o, meglio, "gettonista": il suo contratto di lavoro è atipico e con soluzione di continuità tra un impiego e l'altro. Il contratto atipico è quasi consuetudine nelle fasce d'età tra i 25 e i 33 anni, sia per il settore pubblico sia privato, mentre per una stabilizzazione bisogna aspettare di avere tra 33 e 40 anni (fonte Fnomceo).

La spesa sanitaria per il personale

Lo screening iniziato nel mese di giugno 2013 e concluso nel mese di ottobre 2013 dalle commissioni della Camera, Bilancio e affari sociali ha dimostrato che la spesa per il personale è pari al 40% del totale; quella per beni e servizi è il 21%, le prestazioni erogate da privati accreditati circa il 23%, la spesa farmaceutica convenzionata e ospedaliera circa il 16 per cento.

La dinamica della spesa per il personale - spiega il rapporto - presenta una significativa riduzione, dal 5,4% annuo osservato in media del periodo 2000-2006 all'1,4% nel 2006-2010 fino a risultare negativa nel biennio 2010-2012 (-2,1%). Quindi una spesa per il personale superiore agli altri capitoli notata dai nostri governanti fa pensare a possibili politiche di limitazione di questa spesa, ovvero riduzione numero dei lavoratori... e task shifting.

Fino a qualche anno fa, la legge si occupava di regolare soprattutto il lavoro dipendente, quello di chi viene assunto senza una data di scadenza.

Oggi il clima sembra essere mutato: le aziende, per essere competitive, cercano la flessibilità, cioè vogliono poter cambiare con la velocità con cui cambia il mercato. Per farlo, devono ridurre i costi, tra i quali la spesa per il personale è una delle più rilevanti.

A incidere non sono tanto gli stipendi (che, anzi, sono tra i più bassi d'Europa), quanto gli oneri fiscali e previdenziali. Questi, con la finanziaria del 2007, sono aumentati del 5% anche per le collaborazioni occasionali.

Nonostante questo, per il datore di lavoro i contratti atipici restano i più vantaggiosi, perché hanno meno oneri. Così, spesso, per chi cerca un impiego, diventano una strada obbligata.

Cerchiamo prima di tutto di analizzare le diverse forme di lavoro presenti oggi in Sanità.

Per legge (Dl 276/2003), Co.Co.Co. e Collaborazione occasionale

La differenza tra il compenso lordo e il netto varia a seconda del tipo di contratto. Da uno all'altro, infatti, cambia l'ammontare delle imposte e dei contributi che, a seconda dei casi, sono ripartite tra il collaboratore e il datore di lavoro o del tutto a carico del lavoratore. Di anno in anno, le spese stanno diventando più onerose. Le riassume la tabella in alto, tenendo conto delle variazioni che sono state introdotte nell'ultima Finanziaria.

Nonostante la finanziaria 2007 abbia introdotto nuove regole, alcune delle quali vanno incontro a esigenze basilari dei lavoratori. Dal 1° gennaio 2007 per gli iscritti alla gestione separata (e non ad altre forme di previdenza), l'aliquota contributiva passa dal 18,20 al 23 per cento. Per chi è coperto da altre forme di previdenza o è già titolare di pensione, invece, l'aliquota aumenta dal 10-15% (a seconda dei casi) al 16 per cento.

L'indennità di malattia

Un tempo non era prevista. Dal 1° gennaio di quest'anno, invece, ai collaboratori iscritti alla gestione separata spetterà un'indennità giornaliera di malattia a carico dell'Inps, per un massimo di 20 giorni nell'arco di un anno.

Congedo parentale

Anche questa è una novità (prima non era previsto, se non in casi particolari): per nascite, adozioni e affidamenti si ha diritto a un trattamento economico per un periodo di tre mesi entro il primo anno di vita del bambino, di importo pari al 30 per cento del reddito.

Le diverse tipologie di lavoro atipico e precario presenti oggi in Italia, non aiutano certo a sopire una problematica cogente che tocca non solo i medici, privi di qualsivoglia forma di tutela e di prospettiva professionale, ma anche i pazienti colpiti nella continuità assistenziale e terapeutica, nonché le aziende che, nonostante il presunto vantaggio economico derivante dall'utilizzo spasmodico di tali forme di assunzione, non riescono comunque a sopperire alle evidenti carenze organiche, non potendo inserire i lavoratori atipici nelle piante organiche aziendali.

Lavoro autonomo occasionale

Si considera tale qualsiasi attività di lavoro autonomo esercitata in modo sporadico (es. un medico che scrive occasionalmente un articolo su una rivista scientifica). Il decreto legislativo 276/2003 li ha definiti: la durata complessiva non deve essere superiore a 30 giorni nel corso dell'anno solare, nei confronti dello stesso committente; il compenso percepito nel medesimo anno solare non deve superare i 5.000 euro (in caso contrario si applicano le disposizioni previste per il contratto a progetto).

Una proposta di contratto individuale di lavoro

Riferimenti normativi

(Articolo 13 CCNL 8.6.2000 I biennio economico, articolo 10 CCNL 3.11.2005, articolo 24 CCNL 3.11.2005)

1. L'assunzione dei dirigenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ha come presupposto l'espletamento delle procedure concorsuali e selettive previste dai DD.PP.RR. 483 e 484 del 1997.
2. L'assunzione dei dirigenti con rapporto di lavoro a tempo determinato ha come presupposto l'espletamento delle procedure selettive richiamate dall'art. 16 (pag. 130) del CCNL del 5 dicembre 1996 (Assunzioni a tempo determinato) 46 nonché quelle individuate dall'art. 15 septies del d.lgs. 502/1992.
3. L'assunzione, con la quale si costituisce il rapporto di lavoro dei dirigenti, avviene mediante la stipulazione del contratto individuale.
4. Il contratto individuale, che è regolato da disposizioni di legge, normative comunitarie e dal presente contratto, richiede la forma scritta. In esso sono comunque indicati:
 - a) tipologia del rapporto di lavoro (a tempo indeterminato o determinato);
 - b) data di inizio del rapporto di lavoro e data finale nei contratti a tempo determinato;
 - c) area e disciplina di appartenenza;
 - d) incarico conferito e relativa tipologia tra quelle indicate nell'art. 27 (pag. 38) CCNL 8.6.2000 I biennio economico (Tipologie di incarico), obiettivi generali da conseguire, durata dell'incarico stesso che è sempre a termine, modalità di effettuazione delle verifiche, valutazioni e soggetti deputati alle stesse;
 - e) il trattamento economico complessivo corrispondente al rapporto di lavoro ed incarico conferito, costituito dalle:
 - voci del trattamento fondamentale di cui all'art. 33 comma 1, lett. A) (pag.143) CCNL 3.11.2005 (Struttura della retribuzione);
 - voci del trattamento economico accessorio di cui all'art. 33 comma 1, lett. B) CCNL 3.11.2005 (Struttura della retribuzione) ove spettanti;
 - f) indennità di esclusività del rapporto nella misura spettante;
 - g) periodo di prova ove previsto;
 - h) sede di destinazione;

In considerazione del 'job acts' DECRETO-LEGGE 20 marzo 2014, n. 34 " Disposizioni urgenti per favorire il rilancio dell'occupazione e per la semplificazione degli adempimenti a carico delle imprese". (14G00046) (GU n.66 del 20-3-2014) , dal quale sembra al momento esclusa la sanità, traiamo spunti di grande interesse che potrebbero essere utilizzati al fine di eliminare le forme di lavoro atipiche della sanità.

Campo di applicazione

Tale proposta dovrebbe essere applicata ai medici precari atipici che lavorano ad oggi con contratti di collaborazione a progetto, o altre forme di lavoro precario subordinato e parasubordinato.

Principi generali

Retribuzione e sue definizioni

(Art. 26 CCNL 10.2.2004)

1. La retribuzione corrisposta mensilmente, salvo quelle voci del trattamento economico accessorio per la quali la contrattazione integrativa può prevedere diverse modalità temporali di erogazione.

2. Sono definite le seguenti nozioni di retribuzione:

a) retribuzione mensile, costituita dal valore economico tabellare mensile per la qualifica dirigenziale

b) retribuzione base mensile, costituita dal valore della retribuzione mensile (CCNL 2008/2009)

c) retribuzione individuale mensile, costituita da:

- retribuzione base mensile di cui alla lett. b);

- indennità di specificità medica;

sarebbero escluse le indennità di posizione, l'indennità di esclusività di rapporto.

Sarebbe altresì inclusa l'indennità di anzianità di servizio, non intesa come conguaglio economico, bensì, in ottemperanza al jobs act, come punteggio da maturare ai fini della conferma al termine del rapporto di lavoro.

Il termine dei rapporti di lavoro così strutturati sarebbe di 36 mesi, con valutazione annuale da parte del Consiglio dei sanitari, al termine dei quali il lavoratore viene stabilizzato, o licenziato in base agli obiettivi raggiunti.

d) retribuzione globale di fatto annuale, costituita dall'importo della retribuzione individuale mensile per 12 mensilità di cui alla lett. c), alla quale si aggiunge il rateo della tredicesima mensilità per le voci che sono corrisposte anche a tale titolo,

3. La retribuzione giornaliera si ottiene dividendo le corrispondenti retribuzioni mensili di cui al comma 2 per 26.

4. La retribuzione oraria si ottiene dividendo le corrispondenti retribuzioni mensili di cui al comma 2 per 156.

5. Le clausole contrattuali indicano di volta in volta a quale base retributiva debba farsi riferimento per calcolare la retribuzione giornaliera ed oraria.

Orario di lavoro

L'orario settimanale di lavoro complessivo per i dirigenti medici viene confermato in 38 ore settimanali, delle quali 34 costituiscono il monte da dedicare alle attività assistenziali e allo svolgimento delle attività gestionali, e quattro ore sono destinate ad attività non assistenziali quali l'aggiornamento professionale, l'ECM, la partecipazione ad attività didattiche, la ricerca finalizzata, aggiornamento facoltativo, etc.. La riserva di 4 ore destinata ad attività non assistenziale o cumulata in ragione d'anno si somma agli 8 giorni previsti dall'art. 23, comma 1. Le ore destinate all'attività non assistenziali vanno considerate quale presenza effettiva in servizio e certificate mediante presentazione di idonea documentazione. Ove dette ore per qualunque ragione non venissero utilizzate entro l'anno di riferimento non sono recuperabili nell'anno successivo. Sono stabilite in misura annua pari a gg. 34 o 36 (30 o 32 per anzianità inferiore ad anni 5) a seconda dell'articolazione dell'orario e comprendono i 4 gg. di festività sopresse. Non sono fruibili ad ore. Devono essere fruite nel corso di ciascun anno solare, almeno gg. 15 a richiesta del dipendente devono essere fruite nel periodo estivo. le eventuali ferie residue, non fruite per indifferibili esigenze di servizio o per motivi personali nel corso dell'anno di riferimento, previa autorizzazione dovranno essere fruite nel primo semestre dell'anno successivo. I giorni di festività sopresse devono essere utilizzati nell'anno di riferimento.

Per la maternità sarebbe valide le disposizioni di cui al CCNL 2008/2009 della dirigenza medica.

Attività concorsuali

Nell'ambito dell'espletamento di bandi concorsuali, attribuzione di uno specifico punteggio (il

20% del punteggio complessivo) nella valutazione titoli al servizio prestato presso l'ente banditore del personale con contratti di lavoro flessibile;

-valutazione dell'opportunità di trasformazione dei contratti atipici in contratti a tempo determinato nell'ambito della cornice normativa proposta dal jobs act, cornice di possibile riferimento normativo sebbene non estesa al servizio pubblico.

In definitiva, con tale proposta di contratto, le Aziende riuscirebbero a far fronte ai piani di rientro e all'impedimento di aumento di spesa, senza tuttavia contravvenire alle esigenze normative che impongono la salvaguardia dei LEA.

Il lavoratore, dal suo canto, vedrebbe finalmente salvaguardati i diritti minimi di ogni lavoratore.

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

Sanità24

Stampa

Chiudi

27 Apr 2015

Riforma Madia domani al voto del Senato - Prove di «mobilità» per 41mila dirigenti

Gianni Trovati

Una gara pubblica ogni tre anni - oppure ogni sei per i più "fortunati" - per ottenere gli incarichi, valutazioni basate su requisiti, parametri standard e obiettivi e mobilità più semplice fra le diverse amministrazioni e fra la Pa e il mondo privato. Suona così la descrizione della vita futura del dirigente pubblico, prospettata dalla delega sulla riforma della Pubblica amministrazione che dopo una navigazione parlamentare non proprio fulminea arriva domani al primo voto decisivo nell'Aula del Senato.

Per rispettare il calendario governativo, che prevederebbe approvazione finale e primi decreti attuativi entro l'estate, bisognerà accelerare parecchio, perché anche la Camera vorrà ovviamente dire la sua e una terza lettura a Palazzo Madama è quasi scontata. In ogni caso, il testo che uscirà in settimana dal Senato indica in modo preciso la direzione che governo e Parlamento vogliono far imboccare alla riforma della Pubblica amministrazione, a partire dal tema più delicato dal punto di vista politico: le nuove regole per 41.500 dirigenti pubblici italiani.

Gli obiettivi. Le parole d'ordine evocano «mobilità» e «merito», come accade per ogni riforma della Pubblica amministrazione che si rispetti. Sta di fatto, però, che i tentativi portati avanti finora, compresi quelli più "aggressivi" previsti dalla riforma Brunetta, non sono andati a segno. Al punto che il riassunto più efficace dei «nodi irrisolti» della dirigenza pubblica si legge nell'ultimo rapporto della Corte dei conti sul coordinamento della finanza pubblica: «Un idoneo sistema di valutazione della capacità manageriale, presupposto per la corresponsione della retribuzione di risultato, non è mai entrato a regime», scrivono i magistrati contabili, e nessun passo avanti è stato fatto nella ricerca dell'equilibrio fra «le esigenze di flessibilità organizzativa» e «l'effettiva autonomia gestionale dei dirigenti nei confronti degli organi politici». Tradotto, significa che i dirigenti, pur avendo pagato dazio per il congelamento di contratti e retribuzioni individuali, hanno continuato a ricevere i vecchi "premi" generalizzati a prescindere dai risultati raggiunti, e che il rapporto con la politica è tutt'altro che risolto.

Il ruolo unico. Proprio su questi due temi interviene il capitolo più discusso della riforma, quello che passa sotto l'etichetta di «ruolo unico» della dirigenza pubblica. Sul piano operativo, in realtà i «ruoli unici» sono tre, dedicati rispettivamente ai dirigenti statali, regionali e degli enti locali, ma nelle intenzioni della riforma le tre strade saranno disciplinate da regole identiche e dovranno avere molti incroci per permettere il passaggio da un settore all'altro. L'obiettivo, sul quale lo stesso ministro della Pa e della semplificazione, Marianna Madia, ha insistito più di una volta, è quello di creare il «dirigente della Repubblica», abbattendo le barriere che trasformano in compartimenti stagni i vari settori dell'amministrazione.

La valutazione periodica. Come ci si riesce? Il cardine del sistema pensato dal governo, e

confermato nella sostanza dall'esame in commissione Affari costituzionali al Senato, è l'incarico triennale da ottenere con "gara" pubblica. Il nuovo sistema, se arriverà al traguardo, com'è ovvio interesserà per primi i 41.500 dirigenti di Stato, Regioni, sanità (non i medici) e degli enti locali, che transiteranno nei rispettivi ruoli unici e porteranno a scadenza gli incarichi annuali, ma poi entreranno nel sistema triennale assieme ai nuovi dirigenti reclutati con concorsi annuali. Con l'obiettivo, indicato espressamente dalla delega, di «graduale riduzione del numero dei dirigenti», nei settori in cui sarà necessario. In pratica, per ogni futuro incarico di vertice andranno predefiniti i requisiti, e su questa base l'amministrazione lancerà una selezione pubblica: ogni candidato dovrà mettere sul piatto il proprio curriculum, una commissione nazionale (una per ciascuno dei tre ruoli) lo valuterà e proporrà una preselezione di candidati fra i quali l'amministrazione individuerà il prescelto. Se l'incarico dirigenziale è di livello inferiore, la commissione dovrà invece valutare ex post la «congruità» della scelta. In tutti i casi, una marcia in più nella valutazione dovrà essere garantita a chi ha in curriculum esperienze in più settori, compreso il privato. Il posto così ottenuto durerà tre anni, e potrà essere rinnovato una volta sola prima di doversi risottoporre alla selezione pubblica.

Il rischio «parcheggio». Ad allarmare di più i diretti interessati è il parcheggio, necessariamente temporaneo, per chi rimarrà a secco di incarichi. In questi casi, i dirigenti sarebbero collocati «in disponibilità», mantenendo il trattamento economico fondamentale e la parte fissa della vecchia retribuzione, ma questa condizione non potrà durare in eterno e dopo «un determinato periodo» porterà alla decadenza dal ruolo unico. A decidere dopo quanti anni scatterà la tagliola saranno i decreti attuativi, ma è ovvio che sul tema si scaldano i dibattiti più accesi.

I nuovi ingressi. Analoga la struttura che dovrebbe guidare i nuovi ingressi fra i dirigenti. La porta principale sarà aperta dal corso-concorso, deciso ogni anno sulla base del «fabbisogno minimo annuale del sistema amministrativo», che porterà i vincitori a un posto di funzionario per quattro anni, con obbligo di formazione, al termine dei quali si entrerà nel ruolo unico. In alternativa è previsto il concorso "puro", anch'esso annuale, per ambire a un contratto a tempo determinato triennale, da stabilizzare dopo un esame di conferma (con «eventuale» dirottamento alla qualifica di funzionario per chi non supera quest'ultima prova). Tutto il sistema, come è evidente, poggia sull'obiettivo di censire (e premiare) i dirigenti più "mobili" ed "efficaci", mentre fuori dai denti il timore dei diretti interessati è di finire sotto l'arbitrio della politica, se la flessibilità e il ritmo triennale delle verifiche le darà la possibilità di scegliere chi destinare al parcheggio posto a fianco dell'uscita dal sistema. Molto dipenderà dai decreti attuativi e, soprattutto, dalla volontà di mettere in piedi un sistema di valutazione davvero indipendente.

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