



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

15 DICEMBRE 2015

## RASSEGNA STAMPA



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

# quotidianosanità.it

Martedì 15 DICEMBRE 2015

**Nuove assunzioni e rischio clinico. Un altro colpo di scena: arriva emendamento Governo. Entro la fine del 2016 al via concorsi per medici e infermieri. Unità di risk management in ogni ospedale e gli audit saranno "anonimi". Il testo**

*Dopo un tira e molla di 48 ore il Governo ha sciolto finalmente le riserve e i dissidi interni su come affrontare l'emergenza occupazione legata all'entrata in vigore del nuovo orario di lavoro europeo. L'emendamento presentato alla Bilancio prevede sia assunzioni temporanee che concorsi veri e propri da chiudere entro dicembre 2016. Il fabbisogno di personale dovrà essere definito entro marzo. Ma nel testo entra anche l'art. 2 del ddl Gelli. Mentre le altre norme della responsabilità professionale restano fuori. Le risorse dai risparmi nella gestione del rischio clinico ma anche dalla centralizzazione degli acquisti e dal risanamento degli ospedali in deficit. **IL TESTO, LA RELAZIONE TECNICA***

Dopo lo stop arrivato la scorsa domenica e oltre 24 ore di trattative serrate per riuscire a salvaguardare la possibilità per le Regioni di assumere medici e infermieri al fine di tamponare le necessità di personale scaturite dall'entrata in vigore del nuovo orario di lavoro, nella mattinata di ieri è stata raggiunta un'intesa che ha portato questa mattina alla presentazione in commissione Bilancio di un nuovo emendamento del Governo. Il testo riprende in buona parte quello anticipato da Quotidiano Sanità lo scorso giovedì.

**A sorpresa, però, torna nel testo anche un articolo, il 2, del ddl Gelli sulla responsabilità professionale, quello riguardante la gestione del rischio sanitario.** Viene dunque previsto che tutte le strutture attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio (risk management). L'attività di gestione del rischio sanitario verrà coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in Igiene, Epidemiologia e Sanità pubblica o equipollenti ovvero con comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Si prevede anche l'attivazione dei **percorsi di audit** finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con "segnalazione anonima del quasi errore" e "analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari". In tal senso viene spiegato che ai verbali e agli atti conseguenti all'attività di gestione aziendale del rischio clinico, espletata in occasione del verificarsi di un evento avverso, si applica l'articolo 220 delle disposizioni di attuazione del codice di procedura penale. Ossia, qualora nel corso di attività ispettive o di vigilanza dovessero emergere indizi di reato, gli atti necessari per assicurare le fonti di prova e raccogliere quant'altro possa servire per l'applicazione della legge penale, dovranno essere compiuti con l'osservanza delle disposizioni del codice. Come si evince dal dettato normativo, dunque, nell'ipotesi in cui le operazioni di verifica abbiano rilevanza anche ai fini penali, affinché il materiale raccolto sia utilizzabile in tale sede processuale, occorrerebbe che il

personale precedente rispetti tutte le prescrizioni previste dal codice di procedura penale.

**Con i risparmi che si otterranno da questa misura**, oltre che da quelle già contenute nel testo della stabilità (dal comma 289 al comma 311) quali la centralizzazione degli acquisti e i Piani di rientro previsti per le Aziende ospedaliere, le Aziende ospedaliere universitarie, gli Irccs e gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura con deficit di bilancio, si finanzieranno le nuove assunzioni di medici e infermieri.

**Le Regioni che ancora non lo hanno fatto, dovranno adottare i nuovi standard ospedalieri** procedendo alla riduzione della dotazione dei posti letto accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale. Dovranno inoltre predisporre un **piano inerente il fabbisogno di personale**, dando evidenza delle modalità organizzative del personale, in modo da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili. I risultati di questa ricognizione dovranno concludersi entro il 29 febbraio 2016 per poi essere trasmessi al Tavolo di verifica degli adempimenti, al Comitato permanente per l'erogazione dei Lea e al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del decreto sugli standard ospedalieri.

**I sopracitati Tavoli dovranno esaminare i dati forniti loro dalle Regioni entro il 31 marzo 2016.** Se da queste analisi dovessero emergere criticità, **gli enti del Servizio sanitario nazionale potranno indire, entro il 31 dicembre 2016, e concludere, entro il 31 dicembre 2017, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico ed infermieristico.** Potranno essere riservati i posti disponibili, nella misura massima del 50%, al personale medico e infermieristico in servizio all'entrata in vigore della presente legge, che abbia maturato alla data del bando almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi cinque anni con contratti a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile con i medesimi enti.

**Nelle more della predisposizione e della verifica dei piani inerenti il fabbisogno di personale, le Regioni dal 1° gennaio 2016, e fino al 31 luglio 2016,** qualora si evidenziassero criticità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, potranno ricorrere a forme di lavoro flessibile, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia sanitaria, comprese quelle relative al contenimento del costo del personale e in materia di piani di rientro. Se al termine di questo periodo temporale dovessero ancora permanere le predette condizioni di criticità, i contratti di lavoro attivati potranno essere prorogati fino al termine massimo del 31 ottobre 2016.

Questa deroga, al fine di evitare la duplicazione di oneri finanziari, comporterà esclusivamente la prosecuzione dei contratti attualmente in essere e non anche la sottoscrizione di ulteriori contratti di lavoro flessibile. Ad ogni modo, il ricorso a forme di lavoro flessibile e le assunzioni dei concorsi straordinari per il biennio 2016-2017, verranno attuate nel rispetto della cornice finanziaria programmata.

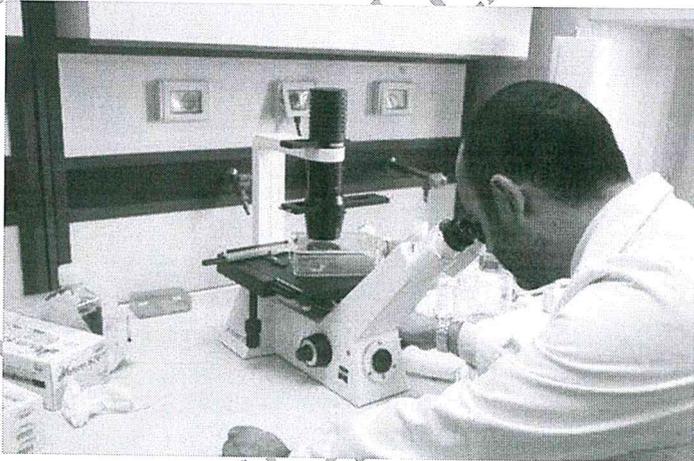
Infine, le procedure di stabilizzazione del personale verranno estese anche all'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto della povertà (Inmp).

**Giovanni Rodriguez**

**NELL'ISOLA OLTRE TREMILA CASI  
368 NUOVE DIAGNOSI OGNI ANNO**

di Carmelo Nicolosi

## TUMORE OVARICO IN SICILIA SCATTA UN PIANO DELLA REGIONE PER I TEST GENETICI



tumori, in Sicilia, sono in incremento. Ogni anno, nell'Isola, si verificano ben 11.000 decessi per cancro, come se ogni 365 giorni sparisse un intero paese. Il tasso di mortalità è superiore al sud, rispetto al centro-nord del Paese. E molto incide la mancanza di cultura nella popolazione verso un nemico insidioso e talora letale. In molti, «snobbano» gli screening.

Diverso è il discorso per il cancro dell'ovaio, oggetto ieri di un focus tra esperti all'assessorato regionale della Salute. Un tumore, non molto frequente, ma che rappresenta la prima causa di mortalità per tumori ginecologici. «Per questo tipo di carcinoma, purtroppo, non c'è la possibilità di uno screening. La sola arma per combatterlo è la diagnosi precoce», spiega il professore Giuseppe Ettore, direttore della Ginecologia e Ostetricia dell'ARNAS Garibaldi-Nesima di Catania.

In Italia, ogni anno, il carcinoma ovarico insorge in quasi 5.000 donne e, di queste, ne uccide due su tre. In Sicilia, ci sono oltre 3.000 donne con diagnosi di tumore ovarico, con una media di 368 nuovi casi all'anno, ossia 11,3 casi ogni 100.000 abitanti.

L'alta mortalità è dovuta al ritardo nella diagnosi. Il tumore ovarico non dà sintomi specifici e, spesso, viene scoperto quando è già in fase avanzata. E gli organi decisori sulla salute dei siciliani, guardano con particolare attenzione al fenomeno. «Sono previsti investimenti notevoli per la prevenzione, a tutto campo. Per il tumore all'ovaio, ad altissima mortalità, siamo pronti a fare scattare un piano straordinario, con il contributo prezioso degli esperti», dice l'assessore regionale della Salute, Baldo Gucciardi. E si lavora perché al più presto la Sic-



lia orientale venga dotata di un Centro di riferimento per la consulenza oncogenetica completa. Attualmente, ne esiste uno solo, a Palermo.

Secondo una recente stima, circa il 10% dei casi di carcinoma ovarico è legato ad un difetto genetico ereditario: la mutazione di due geni (BRCA1 e BRCA2). L'alterazione, trasmessa geneticamente, aumenta il rischio di sviluppare tumori all'ovaio e alla mammella. In questi casi, il cancro dell'ovaio può insorgere anche in età giovane, prima dei 40 anni.

In Sicilia, ad oggi, sono state individuate 130 famiglie con la mutazione BRCA. «È un tumore cattivo del quale si muore. Occorrono centri di riferimento ben organizzati, se si vogliono salvare delle vite umane», sottolinea il professore Paolo Scollo, direttore del Dipartimento Materno-Infantile del Cannizzaro di Catania.

Nelle portatrici del gene mutato, la percentuale che si ammala di cancro ovarico può arrivare al 44%. Interviene il professore Roberto Bordonaro, direttore Oncologia medica dell'ARNAS Garibaldi-Nesima di Catania. «La malattia è in incremento. Si sviluppa e va crescendo

**L'ALTA MORTALITÀ È DOVUTA  
AL RITARDO NELLA DIAGNOSI  
LA PATOLOGIA NON DÀ SINTOMI  
SPECIFICI ED È DUNQUE INSIDIOSA**

**CARDIOLOGIA.** Allarme sulla prevenzione Cuore, sono troppo costosi gli interventi «salva-vita»

●●● Dal test del dna per prevenire l'infarto alle valvole biologiche che sostituiscono quella aortica o mitralica in caso di gravi patologie, spesso inoperabili: sono gli ultimi progressi della cardiologia, in vari casi veri e propri salva-vita, messi però a rischio dalla mancanza di fondi e dai bilanci sanitari «in rosso» di molte regioni. La denuncia arriva dai cardiologi, che avvertono come tutto ciò che determina una «grave discriminazione» tra pazienti. «Circa 1 milione di italiani - afferma il presidente della Società italiana di cardiologia, Francesco Romeo, in occasione della presentazione del 76° Congresso nazionale della Società - soffrono di valvulopatie ed almeno 300 mila non possono essere sottoposti ad un intervento cardiocirurgico per il rischio troppo elevato. Le nuove procedure sono invece mini-invasive e sicure, ma il problema è che le valvole biologiche disponibili sono la metà di quelle che servirebbero ed hanno un costo sostenuto. Per questo ci si impone un ruolo «etico», ovvero quello di scegliere a quali pazienti impiantarle, e questo è inaccettabile. È un «compito» che noi cardiologi non vogliamo e non dobbiamo avere». I dati sono chiari: «In Italia impiantiamo 40 valvole per milione di abitanti - spiega Romeo - contro le 80 della Francia e le 130 della Germania, passando così in breve tempo dal secondo posto in Europa per numero di impianti al dodicesimo». Questo tipo di valvole, avverte l'esperto, «sono però dei salvavita, e come tali dovrebbero essere inseriti nei Livelli essenziali di assistenza ed essere garantite a tutti i pazienti».

in assenza di sintomi specifici, fenomeno che rende difficile la diagnosi precoce. Il riscontro di una mutazione genica è da considerarsi predittiva, di risposta a farmaci di ultima generazione, e rientra anche in un ampio discorso di prevenzione dei tumori eredo-familiari».

Gli fa eco il professore Hector Soto Parro, direttore dell'Oncologia medica del Policlinico di Catania. «Testare l'assetto genetico in tutte le donne nella cui famiglia ci siano stati casi di cancro all'ovaio è proprio il futuro. Il test predittivo indica il trattamento farmacologico da attuare, cosa che prima non era possibile».

Oggi, si dispone di tecnologie avanzate e sempre più accurate nell'analizzare il DNA estratto dal sangue. «Il test genetico va eseguito quando sussistono criteri di predisposizione ereditaria può essere esteso ai familiari. Importante è il valore predittivo nelle donne con tumore ovarico per ottenere un migliore controllo della malattia mediante nuovi farmaci mirati: gli inibitori di PARP, capaci di agire sui meccanismi di riparazione del DNA», dice il professore Antonio Russo, direttore dell'Oncologia medica del Policlinico di Palermo e dell'unico Centro regionale per la Prevenzione, la diagnosi e la cura dei tumori rari ed eredo-familiari dell'adulto.

Per il dottore Giacomo Scailzo, dirigente del Dipartimento per la pianificazione strategica dell'assessorato, l'applicazione dei test genetici nella pratica clinica va assumendo sempre più rilevanza, in particolare nell'ambito della mammella e dell'ovaio. «Entro il 2016 - annuncia - saranno attuati progetti per il miglioramento dell'assistenza ai soggetti con tumori ereditari ai familiari carrier di mutazione».

La Regione sta lavorando anche all'Istituzione della Rete Tumori Eredo-Familiari «per creare una proficua e permanente collaborazione tra centri oncologici di tutto il territorio regionale». (C.N.)

Tutti gli altri materiali pubblicati nel presente giornale sono espressamente riservate

GIORNALE DI SICILIA  
SABATO 12 DICEMBRE 2015



Sanità all'Ismett

## Raggiunti i 100 trapianti da viventi

●●● Grande traguardo per l'Ismett, l'istituto mediterraneo per trapianti e terapie ad alta specializzazione, che ha raggiunto i cento trapianti di fegato da donatore vivente eseguiti su un paziente adulto. Il centesimo paziente è stata una donna di Catania. A donarle il 60% del fegato, il marito che è stato dimesso dopo appena 10 giorni dall'intervento. Un gesto d'amore che ha permesso alla donna di tornare ad avere una buona qualità della vita. "Ho deciso immediatamente di donarle parte di me - spiega l'uomo - È stata una scelta nata due anni fa, quando è cominciata la sua malattia". La donna era iscritta nelle liste d'attesa già da due anni e per ben due volte, prima del trapianto da vivente, aveva avuto la possibilità di un trapianto da cadavere. Ma alla fine, in entrambi i casi, gli organi non andavano bene. "Per i pazienti affetti da malattie del fegato allo stadio terminale - sottolinea Salvo Gruttadauria, responsabile del programma di trapianto da vivente - il trapianto rappresenta l'unica possibilità per sopravvivere. L'opzione del trapianto da vivente è un'alternativa quando le condizioni del paziente non permettono più di aspettare".

**POLICLINICO.** La pena più alta all'oncologa Laura Di Noto, accusata pure di falso assieme a uno specializzando. Risarcimenti record per le parti civili: un milione al marito

# Morta per una dose di chemio eccessiva

## La scure del giudice su medici e infermieri

● Cinque condanne fra 4 e 7 anni e una sola assoluzione

**Il giudice è andato ben oltre le richieste del pm. I condannati hanno avuto pure la sanzione accessoria dell'interdizione dall'esercizio della professione per una durata pari a quella della pena che è stata loro inflitta.**

**Riccardo Arena  
Sandra Figliuolo**

●●● Il gioco dello scaricabarile non ha avuto altro effetto che quello di far aumentare le pene rispetto alle richieste del pm: per la morte di Valeria Lembo, giovane mamma di 34 anni, uccisa da uno zero in più di cui nessuno si accorse, il giudice Claudia Rosini usò la scure. Cinque condanne comprese fra 4 e 7 anni, una sola assoluzione: quella dello studente Gioacchino Mancuso (difeso dagli avvocati Giovanni Di Benedetto e Francesco Paolo Sanfilippo), che si limitò a ricoprire fedelmente — l'errore cioè non fu suo — la prescrizione killer, quella che uccise la povera Valeria, morta il 29 dicembre 2011, dopo

atroci sofferenze durate più di tre settimane. Suo figlio, quel giorno, aveva otto mesi. La donna, in cura perché affetta dal morbo di Hodgkin, prima di quella serie di assurdi errori, marchiati da pressapochismo e incompetenza, era quasi del tutto guarita.

Il giudice monocratico della terza sezione del tribunale infligge sette anni all'oncologa del Policlinico Laura Di Noto, che avrebbe ritenuto normale che venissero somministrate alla Lembo 90 unità di vinblastina, un potente farmaco chemioterapico, anziché 9: lo zero in più, lo zero che uccide. Sei anni e sei mesi allo specializzando Alberto Bongiovanni, che avrebbe commesso l'errore fatale: una dose superiore di dieci volte rispetto al previsto. Sia l'uno che l'altra avrebbero poi cercato di rimediare, secondo il giudice ex post: e per questo, oltre che per omicidio colposo, sono stati condannati anche per falso. Le richieste del pm Francesco Grassi e Emanuele Ravaglioli erano di 4 anni e 9 mesi per la Di Noto, 4 an-

ni e 10 mesi per lo specializzando. Anche le altre condanne, a parte quella del responsabile dell'unità operativa, Sergio Palmeri (4 anni e 6 mesi: la richiesta era di tre mesi in più), sono state superiori alle proposte del pm: riguardano le infermiere professionali Clotilde Guarnaccia e Elena D'Emma, che hanno avuto 4 anni a testa, contro i 3 indicati dal pm. Risarcimenti record per le parti civili: un milione è stato assegnato al marito, Tiziano Fiordilino; 400 mila euro ciascuno ai genitori della donna, 80 mila euro a una zia, Anna Maria D'Amico, anche lei ammessa come parte civile. I condannati hanno avuto la sanzione accessoria dell'interdizione dall'esercizio della professione per una durata pari a quella della pena che è stata loro inflitta.

Errori «marchiani e grossolani», una situazione «surreale e beffarda, vergognosa»: così l'hanno definita i pm e le parti civili nella ricostruzione dei fatti. Il 7 dicembre 2011 Valeria Lembo, in cura nell'unità di Oncologia



Valeria Lembo morì a 34 anni dopo atroci sofferenze e per un errore grossolano legato a una prescrizione

medica del Policlinico, era andata in reparto per sottoporsi al secondo ciclo di chemioterapia. Il 23 novembre le erano stati somministrati 9 milligrammi di vinblastina. Due settimane dopo erano diventati 90. La dose era talmente potente che la divisione non ce l'aveva e aveva dovuto chiedere un invio straordinario di riserve. Nemmeno questo indusse qualcuno a farsi delle domande.

Il 90 sarebbe stato materialmente scritto da Bongiovanni, poi ricopiato da Mancuso nella prescrizione e aval-

lato dalla Di Noto, nonché da coloro che materialmente iniettarono la vinblastina, le infermiere, per nulla insospettite dal fatto che occorreva fare una flebo e non bastava più un'endovenosa, per infilare nel sangue di Valeria tutto quel farmaco, in quelle dosi trasformato in un potentissimo veleno. Nessuno capi, nessuno seppero, nessuno disse. L'errore venne fuori nel pomeriggio di quella vigilia dell'immacolata di cinque anni fa, quando la Lembo cominciò a stare male. Palmeri cercò un rimedio, ma ormai era tardi: lui, che non era presente in reparto quando fu fatta la flebo, se-

condo i pm non avrebbe «neanche sfogliato la cartella» prima della seduta. «Altrimenti non avrebbe potuto non accorgersi dell'errore». Neanche la direzione generale delle cliniche universitarie sarebbe stata informata: e il 16 dicembre nominò Palmeri (assistito dall'avvocato Michele De Stefani), responsabile del reparto, carica dalla quale successivamente si dimise. Bongiovanni (difeso dall'avvocato Vincenzo Lo Re), ha spiegato di aver corretto l'errore: le precedenti prescrizioni esatte, da 9 unità, ha spiegato, erano sue. (SAR)

**LE REAZIONI.** I genitori: «Da questo brutto sogno non ci risveglieremo mai». Parla anche il marito: «Nostro figlio non sa nulla del processo, un giorno gli spiegherò la verità»

## La madre: «Sentenza giusta, ma niente potrà restituirci Valeria»

●●● Hanno seguito ogni udienza in silenzio e sempre con compostezza e dignità. Spesso hanno scosso la testa di fronte alle giustificazioni degli imputati e altrettanto spesso hanno pianto, pensando a Valeria, morta ad appena 34 anni, mentre era diventata madre da otto mesi e mentre si stava curando per un linfoma al quale sarebbe certamente sopravvissuta. «Questo è un brutto sogno dal quale non ci risveglieremo mai veramente — ha detto ieri, commossa, dopo la sentenza, la madre della vittima, Ro-

sa D'Amico — ora non riesco a spiegare: provo gioia perché le condanne sono state addirittura più severe di quanto richiesto dalla Procura, ma allo stesso tempo dolore... Hanno ammazzato mia figlia e nulla può ridarmela». Ha sempre pensato a quel bambino, suo nipote, che oggi ha cinque anni ed è cresciuto senza la madre: «Chiama me mamma — racconta Rosa D'Amico — e chiede sempre di Valeria, le porta i fiori alla "villa", come dice lui, sa che è in cielo. Una volta voleva costruire un razzo per rag-

giungerla...». Il padre della vittima, Carmelo Lembo, ribadisce che «nostra figlia non torna, ma chi ha sbagliato deve pagare e spero che questa sentenza, severa, regga in tutti i gradi di giudizio. La giustizia deve continuare a funzionare com'è successo oggi». Il punto su cui battono tutti, compreso il marito della vittima, Tiziano Fiordilino, è che il giudice ha applicato anche l'interdizione dalla professione ai medici condannati: «Questo può impedire che succedano le stesse cose in futuro — dice — oggi sono felice

perché in parte è stata fatta giustizia, ma la nostra tragedia rimane la stessa». Il pensiero è ancora una volta per suo figlio: «Mi chiede sempre della mamma e ovviamente non sa nulla del processo. Ogni volta che c'è stata un'udienza, gli abbiamo detto che andavamo dal dentista. Un giorno gli spiegherò la verità».

Il giudice, oltre ad infliggere pene severe, ha anche riconosciuto un risarcimento record alla famiglia di Valeria Lembo. «Questi soldi — spiega ancora il padre della vittima — non

cambiano nulla, non fanno tornare in vita Valeria, ma sono importanti soprattutto per il bambino che, un domani, potrà contare su qualcosa, avere magari un futuro migliore».

Una famiglia modesta quella di Valeria Lembo che sin dal primo momento ha chiesto giustizia per lei. Furono proprio i parenti della giovane a decidere di raccontare al *Giornale di Sicilia* cos'era accaduto. Una storia tanto mostruosa da sembrare ineditabile. Era il 29 dicembre del 2011. La notizia rimbalzò in tutto il Paese. I ge-

nitenti di Valeria, come suo marito e gli altri parenti, non hanno smesso un solo giorno da allora di aspettare la sentenza che è arrivata ieri pomeriggio. «Giustizia è fatta», hanno detto tra le lacrime anche gli zii e i cugini della vittima. «Niente può restituirci Valeria — ha spiegato ieri una delle zie, Anna Maria D'Amico, presente a tutte le udienze con la sorella Rosa — ma adesso abbiamo avuto giustizia, con un giudice che è andato oltre le richieste dei pubblici ministeri, dando il massimo della pena». (SAR) SA. 71.

## Il processo

# Chemio killer, risarcimenti record condannati medici e infermieri

Due milioni di provvisoria ai familiari di Valeria Lembo uccisa a 34 anni

Pene da 4 a 7 anni per i sanitari finiti sotto processo assolto lo studente

**ROMINA MARCECA**

È rimasta in camera di consiglio per quasi due ore. E in aula, la folla di parenti di Valeria Lembo aveva temuto che per i medici e le infermiere che iniettarono nell'ospedale Policlinico la dose killer di chemioterapia alla donna morta a 34 anni per un errore mai contemplato nella letteratura scientifica, si profilasse la decisione di pene più lievi. Invece, il giudice monocratico Claudia Rosini ha inflitto condanne più severe rispetto alle richieste avanzate dalla pubblica accusa rappresentata dai pm Francesco Grassi e Emanuele Ravaglioli. E nell'aula 24 del tribunale nuovo, che per due anni ha ospitato il processo per malasanità, è stato un susseguirsi di lacrime sommesse e abbracci liberatori.

Cinque anni, la pena massima per omicidio colposo, è stata decisa per Laura Di Noto, l'oncologa e specializzanda in patologia clinica, che la mattina del 7 dicembre del 2011 seguì la paziente Valeria Lembo, all'ultima seduta per un tumore di Hodgkin. Al medico sono stati inflitti anche due anni per l'accusa di falso: sarebbe stata lei, insieme



all'estero il giorno della somministrazione fatale, 4 anni per omicidio colposo, due anni e sei mesi per falso e sei anni e sei mesi di interdizione dalla professione. Le infermiere Clotilde Guarnaccia e Elena D'Emma sono state condannate a 4 anni con interdizione dalla professione infermieristica per altrettanti 4 anni. L'unica assoluzione è stata quella dello studente universitario Gioacchino Mancuso «per non

aver commesso il fatto».

Una maxi provvisoria da un milione, immediatamente esecutiva, è stata fissata per Tiziano Fiordilino, marito di Valeria e padre del loro bambino rimasto orfano della mamma a sette mesi. Quattrocentomila euro ciascuno per i genitori della donna, anche questi da liquidare immediatamente, come gli ottantamila euro disposti per la zia materna di Valeria Lem-

bo, Annamaria D'Amico. Per la famiglia della vittima in totale i risarcimenti immediatamente esecutivi toccano la cifra di due milioni. Il giudice ha infine ordinato la trasmissione degli atti alla procura profilando possibili false dichiarazioni da parte degli imputati, oltre a disporre la trasmissione della sentenza al Consiglio dell'ordine di appartenenza degli imputati e la pubblicazione, a spese degli imputati,

sul sito internet del ministero della Giustizia.

La dose di dieci volte superiore era stata preparata durante una catena di errori grossolani. La stessa Valeria Lembo, quella mattina, aveva segnalato alle infermiere che mai le era stato somministrato l'antitumorale in fiala ma in siringa. Non bastò. E quando il fattaccio era già successo la Di Noto e Bongiovanni cercarono di mettere una pezza cancellando lo zero. Palmeri, invece, nascose per nove giorni la verità ai familiari della Lembo dicendo che i malori erano legati a una «gastroenterite».

«Mia figlia ha avuto giustizia - dice Maria Rosa D'Amico, stringe in mano la foto della figlia - e speriamo che questo serva per evitare tragedie simili». Accanto a lei gli avvocati Marco Cammarata e Vincenzo Barreca, e il genero Tiziano Fiordilino che tra le lacrime racconta: «È due anni che racconto a mio figlio che vado dal dentista per giustificare le mie assenze per il processo. Questo capitolo finalmente è chiuso, ma il mio Natale non cambia perché Valeria non c'è».

“Mia figlia ha avuto giustizia, speriamo che tutto questo possa evitare altre tragedie”

allo specializzando Alberto Bongiovanni, a modificare quel 90 milligrammi di vinblastina in 9 nella prescrizione interna. Il giudice ha anche deciso per l'interdizione dalla professione medica per sette anni. Per l'ex primario di Oncologia medica Sergio Palmeri 4 anni e sei mesi per omicidio colposo e altrettanti di interdizione dalla professione. Per lo specializzando Alberto Bongiovanni, che si trovava

# “Trovati fondi per assumere i medici”

Lorenzin: “Risorse per dottori e infermieri da risparmi delle Regioni. La norma poteva saltare”

L'INTERVISTA  
MICHELE BOCCI

**P**rima dentro, poi fuori, poi da ieri pomeriggio di nuovo dentro. La storia della norma che dà il via libera per assumere fino a 6 mila medici e infermieri è stata sofferta. E ieri, dopo una riunione tra i ministri alla Sanità e alle Riforme Beatrice Lorenzin e Maria Elena Boschi e il Mef, è arrivata alla fine. Gli organici degli ospedali verranno rinforzati.

**Ministro Lorenzin, ce l'avevate fatta?**

«Sì, abbiamo cambiato il sistema alla base delle assunzioni, non più legate alla legge sulla responsabilità dei medici e cioè alla riduzione della medicina difensiva. I fondi arriveranno dai risparmi generati da altri provvedimenti entrati in stabilità: su appropriatezza, centrali uniche di acquisto, piani di rientro delle Asl in deficit».

**Temeva un fallimento?**

«Per una notte era tutto saltato. Avevo paura che non si potesse portare nel sistema il personale necessario a rispettare il nuovo orario di lavoro voluto dall'Europa».

**Siete certi che i soldi arriveranno?**

«Certo. Le nuove misure hanno anche sistemi di controllo, per essere certi della loro effettiva applicazione. Le Regioni non devono temere, i soldi arriveranno dai risparmi che sapranno generare. L'importante è che inizino a fare le riforme».

**Quando si potrà assumere?**

«Da subito per rispettare la norma europea, mentre aspettiamo che ci comunichino il fabbisogno di medici e infermieri. Non tutte sono nella stessa situazione. Ad esempio l'Emilia ci ha già detto che ha bisogno di poco personale. Per questo quello dei 6 mila per ora è un dato indicativo. Sin da gennaio si potranno fare contratti a tempo determinato. A giugno si faranno i concorsi per quelli a tempo indeterminato, metà dei posti sarà riservato ai precari».

**Basterà a risolvere i problemi di organico?**

«Questa misura va vista come la parte di un percorso, non è la soluzione di tutti i problemi. La mia idea è arrivare nel 2016 ad una grande operazione come quella della scuola».

**Il fondo sanitario è arrivato a 111 miliardi. Bastano?**

«Sono quelli che abbiamo e dobbiamo farceli bastare, puntando su efficienza e lotta allo spreco e con una assunzione di responsabilità collettiva. Per il futuro però dobbiamo dirci quanto siamo disposti a spendere in più per rispondere alle esigenze di una popolazione sempre più anziana e per mantenere il nostro sistema in salute. Possiamo vincere la sfida».

**Quali altre vostre misure sono nella legge di Stabilità?**

«Intanto i nuovi livelli essenziali di assistenza, il nuovo nomenclatore e le centrali uniche di acquisto. Inoltre si vincola parte del fondo per la cura della ludopatia, vietando tra l'altro



Il ministro Beatrice Lorenzin

“

I TEMPI

Da gennaio i primi contratti a tempo, a giugno concorsi per gli indeterminati. La metà dei posti riservata a precari

la pubblicità dei giochi in tv in orario protetto, e sono garantite risorse per i farmaci anti epatite C. Infine si impegnano le Regioni a risolvere le difficoltà delle Asl in deficit».

**Domani i medici scioperano, questi provvedimenti attenueranno la loro rabbia?**

«Rispetto sempre le azioni dei lavoratori. Sono consapevole delle difficoltà che hanno gli operatori sanitari, derivanti da dal blocco e dai mancati rinnovi dei contratti. Abbiamo attraversato anni di duri ma ora sia-

mo in una fase in cui ci riagganciamo alla ripresa».

**Il presidente Aifa Pecorelli è accusato di conflitto di interessi. Da giorni è attesa una sua mossa.**

«Non ho ancora deciso, sono stata impegnata completamente sulla legge di stabilità. Comunque al di là della posizione del singolo, che verrà attentamente valutata, tutta l'agenzia sarà presto oggetto di una grande riforma che è ben più importante di questa decisione».

CEPINO/DOALFERRATA

La Repubblica MARTEDÌ 15 DICEMBRE 2015

## MERCATO IMMOBILIARE

Dal prossimo anno sarà possibile acquistare la prima casa in leasing

## LE CITTÀ

-0,7%

### BOLOGNA

Il ribasso più forte dei prezzi si registra a Bologna

-0,1%

### VENEZIA

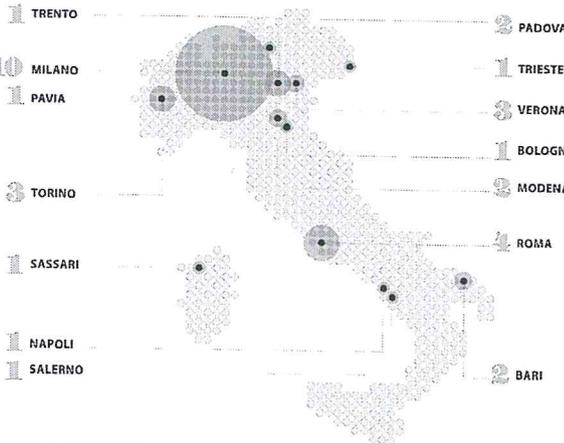
E' la città dove il ribasso dei prezzi è stato minore

**I CENTRI PRINCIPALI**

Gli istituti dove si lavora sul genoma in Italia

NUMERO DI CENTRI PER CITTÀ	IN TOTALE
	<b>33</b>

26 universitari	7 società



- 1 TRENTO
- 2 PADOVA
- 1 TRIESTE
- 3 VERONA
- 1 BOLOGNA
- 3 MODENA
- 4 ROMA
- 1 SASSARI
- 1 NAPOLI
- 1 SALERNO
- 2 BARI

**3 metri**  
E LUNGO IL FILO DI DNA

**LE LETTERE**  
Adenina Timina Citosina Guanina

**3200**  
MILIONI DI LETTERE NEL NOSTRO GENOMA

La lettura del genoma di tanti individui permette di trovare costanti e varianti

ATCGCCGTACGAT  
CATGGATCACCTAG  
TTCATATATCTATGC  
TATACCCGAATCA  
CCCATTACGATCC  
CATGGTATACCAATT  
CATGGATCGGATCA  
ATATATGATGGATC

DOPPIA ELICA DI DNA

**> PUNTO DIVISTA**  
MASSIMO DELLE DONNE\*

**DIO SALVI L'INDUSTRIA A INGLESE**

Il progetto 100.000 genomi varato dal governo inglese nel 2012 prevede il sequenziamento del genoma di pazienti con malattie rare o alcuni tipi comuni di tumore per comprenderne le basi genetiche e sviluppare nuove terapie; integrare la medicina genomica nel Ssn; dare slancio all'industria del Paese. Per questo il Regno Unito ha stanziato circa 300 milioni di sterline per il periodo 2014-2017 e affidato il progetto a una società del ministero della Sanità ad hoc: Genomics England. Il focus non sarà centrato solo sul sequenziamento, ma lavorerà per portare la genomica nella clinica. Londra ha anche capito che l'industria genomica è un'opportunità economica: oggi vale 8 miliardi di sterline ed è in crescita, ma gli inglesi hanno il 10 per cento del mercato, con poche grandi aziende in mani straniere, e numerose piccole ancora incubate in università. Per questo Genomics England ha costituito il Genomics Expert Network for Enterprises di cui fanno parte, accanto a colossi farmaceutici, altre biotech che investono per poter analizzare i 6000 genomi già disponibili e sviluppare nuovi farmaci e metodi diagnostici. Il ritorno di un simile progetto è enorme per i cittadini, ma anche per l'industria nazionale. Genomics England concede l'accesso alle informazioni solo a realtà inglesi. I gruppi stranieri possono essere invitati a partecipare, ma solo come collaboratori di partner inglesi. *\*Professore di Genetica, Università di Verona*

**Medicina di precisione.** Leggere il Dna di ogni malato per scoprire se un farmaco funziona, volta per volta. E disegnare terapie personalizzate: è il nuovo fronte. Che si apre anche nel nostro Paese

# Progetto genoma made in Italy

ELENA CATTANEO\*

**M**OLTI DI NOI ASSUMONO farmaci da cui non trarranno beneficio. Non perché sbagliati ma perché la variazione di qualche lettera nel nostro Dna comporta una diversa risposta ai trattamenti. Negli Stati Uniti solo 1 su 4 dei dieci farmaci più usati sono efficaci per chi li assume. Da tempo si cerca di identificare i pazienti che trarranno beneficio da un trattamento. Lo si fa cercando le varianti (lettere diverse) in specifici tratti del Dna. Una rivoluzione in corso consente in poche ore di leggere tutto il Dna di un individuo e studiarne le varianti. Numerosi Paesi hanno avviato progetti per sequenziare il Dna di migliaia di individui (spesso volontari) appartenenti a una popolazione scelta secondo alcuni parametri. Studiare i genomi di persone sane e di persone che non rispondono a un farmaco permette di identificare quali lettere del Dna comportano la sua maggiore o minore efficacia o tossicità. Conoscere questi dati significa somministrare farmaci con più precisione, ridurre rischi e sprechi e migliorare la prevenzione.

Qualche esempio. Per i pazienti affetti da trombosi venosa profonda esiste un farmaco anticoagulante molto efficace e diffuso, la warfarina. Oggi sappiamo che il 3 per cento di noi richiede una dose molto inferiore (pena il rischio di emorragia) perché ha una A al posto della T nel gene implicato nella degradazione del farmaco. Sappiamo anche che donne con familiarità per tumore al seno o ovaio e portatrici del gene Brca1 o 2 presentano un rischio cumulativo di svilupparlo che aumenta progressivamente con l'età. Per queste donne, l'opportunità di leggere le lettere dei due geni Brca (su suggerimento del medico e con un'indispensabile consulenza genetica) può salvarle da tumori attraverso una modifica dello stile di vita, controlli e un trattamento sanitario mirato. Esistono anche "donne mutate" che non sviluppano tumore. Sequenziando il loro genoma si possono individuare altre varianti, che non sono relative ai geni BRCA1 o 2, ma ad essi asso-

ciate e protettive. Più lettere implicate scopriamo, più varianti conosceremo e più beneficio individuale raggiungeremo. E ancora: Sabrina Giglio, professoressa di Genetica medica dell'Università di Firenze che opera all'Ospedale pediatrico Meyer, mi ha segnalato la storia di Niccolò, un bambino che ama il rugby e ha la stessa malattia di Jonah Lomu, il campione degli All Blacks morto nelle settimane scorse a quarant'anni, vittima della sindrome nefrosica, che ha danneggiato i suoi reni, costringendolo a giocare con un'insufficienza renale dalla quale neppure un trapianto lo ha salvato. Uno studio iniziato in Italia di recente ha rivoluzionato la diagnosi di questa malattia: analizzando il Dna si può ora arrivare alla diagnosi in modo rapido, a basso costo e pressoché senza errore; e si possono anche meglio identificare i pazienti che non risponderanno ad alcuni farmaci. Si tratta di volte di persone che hanno alterazioni genetiche a carico di cellule fondamentali per il mantenimento dell'integrità delle funzioni renali. Per migliorare le loro condizioni di salute è necessario cambiare le medicine che si dimostrano inefficienti, e avere una terapia personalizzata capace di ritardare per quanto possibile la progressione verso l'insufficienza renale. Niccolò quando è arrivato la prima volta al Meyer sembrava destinato ad una immediata dialisi per il suo quadro renale quasi disperato, ma dopo il test e la terapia formulata apposta per lui ha potuto correre con la sua palla ovale. Con molta probabilità aumentare le conoscenze della malattia in base agli studi sul Dna rimanderà di anno in anno la sua insufficienza renale. L'obiettivo è farlo giocare nei campi di rugby a lungo come ha fatto Jonah Lomu. In Italia ci sono le competenze per realizzare questi studi, ma servono organizzazione, fondi e una strategia nazionale. Se ap-

**L'INEFFICACIA**  
I dieci farmaci con il maggiore fatturato negli Usa funzionano, nei migliori dei casi, in 1 paziente su 4, nel peggiore in 1 su 25 oppure in 1 su 50

**ADALIMUMAB**  
Per l'artrite  
FUNZIONA IN 1 SU 4

**ESOMEPRAZOLO**  
Per la pirosi (bruciore di stomaco)  
FUNZIONA IN 1 SU 25

**LA MEDICINA PERSONALIZZATA**  
Farmaci e/o terapie possono essere creati appositamente per ogni necessità

Il genoma sequenziato è presente nella cartella clinica

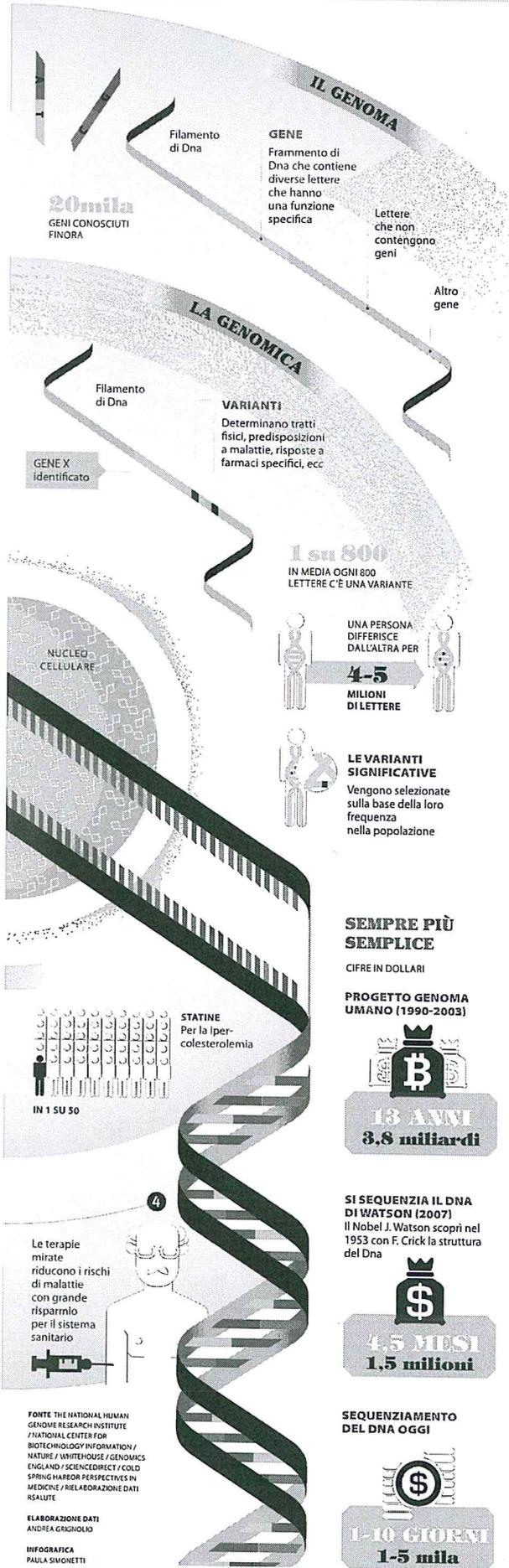
In base al contesto genetico e ambientale del paziente il medico seleziona terapie specifiche

prova- nella legge di Stabilità, il Progetto Genomi Italia si potrà avviare solo con la garanzia della vigilanza e della guida del ministero della Salute e dei suoi organi istituzionali. Il Governo mette a disposizione 15 milioni in tre anni. Con lungimiranza e partecipazione sociale, Enpam, l'Ente Nazionale Previdenza Medici, è disposto a erogarne almeno altri 15. Si immagina un domani il Ministero possa aprire la porta ad altri enti e filantropi. Si dovranno poi selezionare i pazienti da sequenziare e i centri che interpreteranno e conserveranno i dati, resi anonimi, disponibili solo a rigide condizioni. Se il Parlamento, come credo, approverà nella Legge di Stabilità il Progetto Genomi-Italia, bisognerà renderlo innovativo anche nella regolamentazione dei bandi. Le erogazioni di soldi pubblici tramite "phone calls" (invece che "public calls") o "ad personam" e senza competizione tra le idee sono pratiche inaccettabili. Chi le propone o ne trae vantaggio fa un danno al

Paese. Per il bando è dunque previsto un comitato di esperti, terzi, indipendenti e competenti, ispirato a "politiche basate sulle prove d'efficacia": con controlli e valutazioni in itinere si erogheranno fondi solo a risultati dimostrati. Con i buoni auspici, tra qualche anno il nostro Ssn, terzo al mondo per efficienza, potrà ragionevolmente scalare qualche posizione. *\*Docente all'Università Statale di Milano Senatrice a vita*

\*RIPRODUZIONE RISERVATA

PER SAPERNE DI PIÙ  
www.genomicsengland.co.uk  
www.whitehouse.gov



FRONTE THE NATIONAL HUMAN GENOME RESEARCH INSTITUTE / NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION / NATURE / WHITEHOUSE / GENOMICS ENGLAND / SCIENCE DIRECT / COLD SPRING HARBOR PERSPECTIVES IN MEDICINE / IRIELABORAZIONE DATI RISALITE

ELABORAZIONE DATI ANDREA GRIGNOLIO INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

# Diritti. Informazioni sanitarie squademate dai test, ma non per questo pubbliche. Le regole per proteggerci

## Giù le mani dalla mia scheda c'è scritto il futuro

ANDREA GRIGNOLIO\*

**D**ISPORRE DELLE informazioni contenute nei genomi è un vantaggio enorme sul piano delle decisioni mediche. È un'opportunità per decidere quali patologie studiare e pazienti (coorti) sequenziare, per stabilire lo standard di qualità dei dati, nonché strutture e programmi per creare librerie e archiviare enormi quantità di informazioni. Ma vi sono anche questioni etiche. Oggi, aderendo a un consenso informato, il paziente o il volontario può donare il proprio genoma alla scienza ed essere certo che i propri dati siano tutelati, quindi resi anonimi. Questo per evitare discriminazioni nell'assicurazione sanitaria, il lavoro, l'istruzione o i prestiti. Nel 2008 il Congresso Usa vietò, con il Genetic Discrimination Act, l'uso

di quali farmaci sono per noi efficaci o deleteri. Queste numerose tutele però celano anche un'incomprensione, nota come "eccezionalismo genetico", secondo cui i dati genetici necessitano di un'iperprotezione. Si tratta di una credenza scientificamente errata. Non è corretto pensare che i geni determinino il nostro futuro perché sono causa di malattie e non si possono modificare. È l'interazione tra geni e stili di vita che produce le malattie. Il futuro non è scritto nei geni: grazie alla conoscenza del genoma possiamo parzialmente correggerlo.

Un altro problema dibattuto è il sequenziamento del genoma dei neonati, cioè la possibilità per i genitori di decidere se lasciare i loro figli senza le informazioni sul genoma fino alla maggiore età o di accedere a questi dati. Se l'eccezionalismo genetico è sbagliato, non ci sono motivi etici validi per non usare queste informazioni di rilevanza clinica allo scopo di garantire una salute migliore al proprio figlio.

\*docente di Storia della medicina, Sapienza Università di Roma



IN TV E SUL WEB  
Elena Cattaneo racconta dal Senato il Progetto che leggerà i genomi italiani. E perché ci serve

### NEL MONDO

- Principali progetti genoma
- 1990-2003 Progetto Genoma Prima "lettura" del genoma umano
- 2005 Personal Genome Canada In 10 anni 915 milioni investiti
- 2008 The 1000 genomes Project Rappresenta lo standard di riferimento attuale per capire le varianti
- 2013 Genomics England L'obiettivo è sequenziare in 4 anni 100mila genomi di pazienti inglesi. Investimento: 300 milioni di sterline
- 2013 Estonian Program for Personal Medicine Biobanca con dati di 500mila persone
- 2014 Giappone Investimento di 57 milioni di dollari in medicina genomica. E di altri 15 milioni per la creazione di una biobanca di 200mila pazienti
- 2015 Baby Seq National Institutes of Health - USA Primo programma al mondo di screening genomico dei neonati. Investimento: 6 milioni di dollari
- 2015 Australia Versione locale del Genomics England con 400 milioni di dollari australiani investiti
- 2015 Precision Medicine Initiative Progetto di pianificazione del sequenziamento del genoma di un milione di volontari. Investimento 215 milioni di dollari

**SEMPRE PIÙ SEMPLICE**  
CIFRE IN DOLLARI

**PROGETTO GENOMA UMANO (1990-2003)**  
13 ANNI  
3,8 miliardi

**51 SEQUENZA IL DNA DI WATSON (2007)**  
Il Nobel J. Watson scoprì nel 1953 con F. Crick la struttura del Dna  
4,5 MESI  
1,5 milioni

**SEQUENZIAMENTO DEL DNA OGGI**  
1-10 GIORNI  
1-5 mila



I BENEFICI



**LONGEVITÀ**  
Il controllo ritmico del respiro favorisce lo stato di salute generale



**ARMONIA**  
Attraverso la respirazione si impara a regolare i flussi di energia



**ANTISTRESS**  
Il controllo del respiro consente di governare il proprio sistema nervoso



**OSSIGENAZIONE**  
I modelli ritmici di respiro permettono uno scambio efficiente di ossigeno



**RILASAMENTO**  
Le tecniche dello yoga aiutano a contrastare i disturbi del sonno

QI GONG

Dalla Cina con vigore

Non molto diverso dallo Yoga è il percorso proposto dal Qi Gong, la ginnastica medica cinese che fa parte della famiglia del Tai Chi Chuan. Propone semplici esercizi per potenziare la funzionalità respiratoria: la cui efficacia è confermata da studi che ne mostrano l'utilità anche nella riabilitazione polmonare. «Il Qi gong è composto da brevi sequenze di esercizi che lavorano simultaneamente su respiro, movimento e concentrazione», spiega Lucio Sotte, medico ed esperto di medicina tradizionale cinese. In genere si pratica una serie di Qi Gong per tonificare i vari organi, e poi si lavora specificamente sull'organo che si vuole rafforzare. «Alla base di ogni Qi Gong c'è comunque un allenamento per i polmoni», spiega Sotte.

Si comincia lavorando sulla respirazione naturale, spontanea per poi sviluppare due tipi di respirazioni diverse. Quella addominale, in cui inspirando si spinge sul diaframma gonfiando la pancia senza allargare la cassa toracica. E la respirazione controaddominale, in cui in aggiunta durante l'inspirazione si contraggono i muscoli addominali e del perineo.

«L'allenamento, oltre a massaggiare gli organi interni», spiega Sotte - aumenta l'afflusso di sangue ai polmoni e il ricambio di aria. In condizioni normali la capacità respiratoria dei nostri polmoni è di circa sei litri di aria, ma noi ne scambiamo circa mezzo litro, un dodicesimo della capacità complessiva. Questo tipo di respirazione ci permette di migliorare la nostra capacità polmonare».

**Medicine alternative.** Lo Yoga aiuta come la riabilitazione tradizionale. E arrivano nuove terapie. Perché recuperare il fiato sana enfisema e asma, oltre che malattie posturali ed emotive, stress e contratture. Ecco come allenarsi

# Impariamo a curarci col respiro

PAOLA EMILIA CICERONE

**R**ESPIRIAMO, SENZA pensarci. Ma proviamo a soffermarci, ad acquisire consapevolezza. È meglio, comunque; e diventa però fondamentale quando ci

manca l'aria, per colpa di una patologia respiratoria, o semplicemente perché siamo stressati e contratti. È allora che scopriamo quanto è difficile respirare bene e quanto diventa vitale l'allenamento. E guardiamo alle medicine che arrivano dall'oriente, allo Yoga o al Qi Gong. Per cui il respiro è ener-

gia e ritmo, la base stessa della salute. E che hanno l'esperienza per allenarlo, per metterci in condizione di contenere il disagio creato dalle malattie. La conferma più recente arriva da una ricerca realizzata dall'All India Institute of Medical Science di Nuova Delhi, secondo cui la pratica dello Yoga è in grado di potenziare la funzionalità respiratoria come le tradizionali tecniche di riabilitazione. I ricercatori indiani hanno messo a confronto due gruppi di pazienti con disturbi respiratori, uno dei quali ha praticato Yoga per tre mesi mentre all'altro è stata proposta una tradizionale riabilitazione polmonare, ottenendo risultati analoghi in termini di qualità della vita, ma anche di parametri fisiologici.

«Yoga e medicina ayurvedica hanno radici comuni che affondano nella tradizione indiana: per cui il respiro, il prana è alla base della vita», spiega Antonio Morandi, direttore della scuola di medicina ayurvedica Ayurvedic Point di Milano. Tanto che gli esercizi per potenziare il respiro - il Pranayama - devono essere seguiti da un esperto per evitare squilibri. «Ma anche da soli», spiega Morandi - possiamo provare a respirare consapevolmente, e in modo lento e regolare, per vedere come la respirazione può avere un effetto calmante. E ogni tanto accentuare l'espansione, espellendo più aria di quanta ne immettiamo nei polmoni, per eliminare parte delle tossine che ristagnano nell'organismo».

La necessità di guardare a Oriente c'è perché nella nostra tradizione medica non c'è quest'attenzione al respiro. Come spiega Silvia Biferale, terapeuta del respiro e autrice di un libro sull'argomento: «Soprattutto non considera abbastanza l'importanza di non avere blocchi respiratori, che sono invece abbastanza diffusi per diverse cause: posturali, emotive o legate a vere e proprie patologie». Formata sulle tecniche tradizionali di riabilitazione, Biferale si è avvicinata al metodo di Ilse Middendorf, una tecnica diffusa in Nord Europa che ripropone alcuni elementi della tradizione orientale. Trasformando gli esercizi sul respiro in un lavoro di conoscenza e percezione del corpo. «Non esiste il respiro giusto», spiega la terapeuta - esiste il nostro respiro, quello che possiamo fare noi: imparando ad ascoltarci, a lavorare sulle tensioni del corpo cercando di capire se il nostro respiro riesce a seguire le emozioni e a reggere uno sforzo».

E se questo non accade, è tempo per impararlo. Magari con lo Yoga, che permette di prendere contatto con la propria capacità di respirare e con i ritmi fisiologici. «Imparando a riscoprire la respirazione diaframmatica, e liberando il corpo dalle corazzate che lo costringono», spiega Carmen Tosto, insegnante Yoga dell'Ayurvedic Point.

IL PRANAYAMA

È il quarto stadio dello Yoga, significa il controllo ritmico del respiro

Prana

- fiato
- respiro
- vita
- energia
- forza

ayama

- lunghezza
- controllo
- espansione

**Blistex Sicura anche delle tue Mani!**

**Blistex Sicura delle tue Labbra!**

**Pomata Trattamento Labbra**

Altro che burro di cacao! Se le tue labbra sono seche, screpolate, arrossate, prenditene cura! Blistex Pomata Trattamento Labbra, grazie alla sua formula esclusiva, ridrata efficacemente e garantisce una immediata azione lenitiva e riparatrice.

SPF 10

IN FARMACIA LA SOLUZIONE PER OGNI PROBLEMA DELLE LABBRA

I prodotti della linea Blistex sono distribuiti da CONSULEAM s.r.l. - tel. 031 525522 - fax 031 525484 - Email: info.consuleam sas.com - www.blistex.it



LE QUATTRO TIPLOGIE ECCO COME ESEGUIRLE

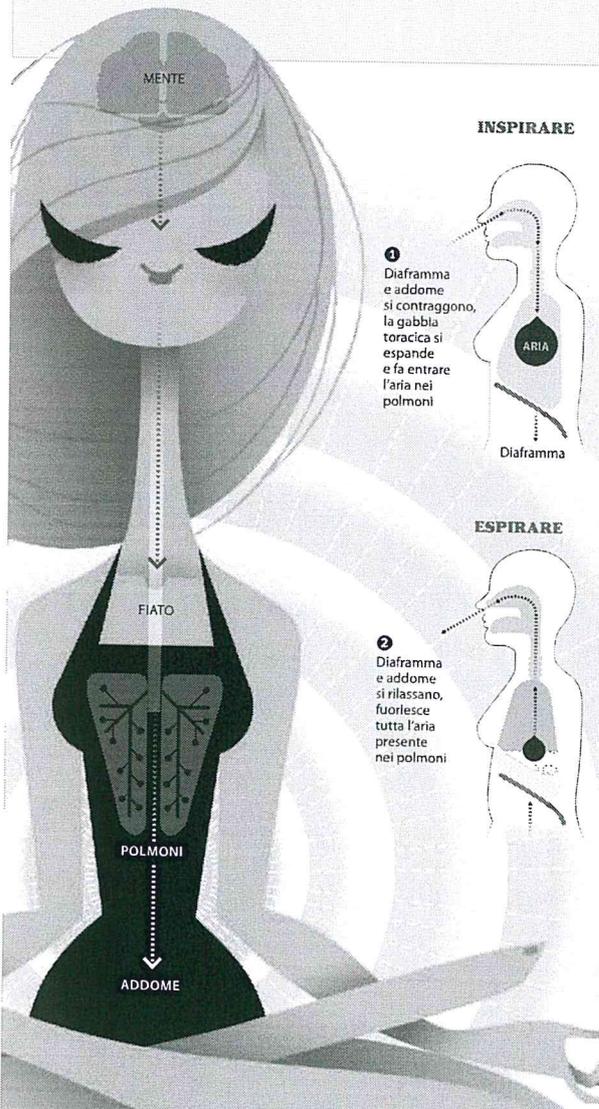
**ADDOMINALE**  
Ascoltare il proprio respiro: inspirando la pancia si espande, espirando si contrae. Svuotare completamente i polmoni con una leggera contrazione addominale

Made in Germany

I terapeuti guardano a Oriente perché nella nostra tradizione medica non si dà importanza al respiro, né lo si pensa come aiuto a trattare diverse patologie. In Germania, però, Ilse Middendorf ha messo a punto una metodologia, molto diffusa in Nord Europa, che insegna ad ascoltare e governare il respiro alla ricerca della consapevolezza che conduce al controllo del corpo

FONTE: SEQUENZIE/RIABILITAZIONE RSAL/LE

PER SAPERNE DI PIÙ  
La terapia del respiro, Astrobio  
nccih.nih.gov/health/ayurveda



**INSPIRARE**

1 Diaframma e addome si contraggono, la gabbia toracica si espande e fa entrare l'aria nei polmoni

Aria

Diaframma

**ESPIRARE**

2 Diaframma e addome si rilassano, fuoriesce tutta l'aria presente nei polmoni

**Bpco.** Colpisce oltre il 5 per cento degli over 40. E i farmaci servono solo ad alleviare i sintomi. Con qualche novità

## Quel male oscuro che blocca i polmoni

**E** LA DISPNEA, la mancanza di respiro, il sintomo chiave che identifica la BPCO - broncopneumopatia cronica ostruttiva - una delle patologie respiratorie più diffuse e invalidanti. Che coinvolge bronchi e polmoni, provocando una riduzione persistente del flusso aereo con infiammazione cronica (bronchite) e in alcuni casi progressiva distruzione degli alveoli polmonari (enfisema). Per chi ne soffre - il 5/10 per cento degli italiani che ha superato i 40 anni - la malattia ha un forte impatto psicologico ed emotivo, legato alle difficoltà di respirare e a limitazioni di movimento che diventano progressivamente invalidanti, rendendo difficile anche camminare o piegarsi.

La causa più importante per lo sviluppo della Bpco è senza dubbio il fumo di sigaretta, anche se ad aggravare la malattia contribuiscono l'inquinamento atmosferico e l'esposizione lavorativa a polveri o gas. Come pure la forzata immobilità e il sovrappeso che tendono a sommarsi con la malattia, generando una spirale negativa che apre la porta a sindrome metabolica e patologie cardiovascolari.

Nonostante la diffusione, la diagnosi della Bpco resta problematica, rendendo difficile individuare la malattia ai primi stadi: «In genere i pazienti arrivano dal dottore quando già manca il respiro», osserva Francesco Blasi, ordinario di malattie respiratorie dell'Università di Milano. I sintomi hanno comunque un ruolo fondamentale nella definizione della diagnosi, insieme ai fattori di rischio associati a esami come la spirometria: «Che però - aggiunge Blasi - non sempre viene eseguita, e che comunque si limita

a verificare l'ostruzione, senza identificarne la causa. Un elemento che potrebbe essere chiarito da un esame come il test di diffusione polmonare (Dlco)». Il problema principale è però quello della scarsa adesione dei pazienti alle terapie inalatorie, basate su broncodilatatori a breve o lunga durata di azione, associati a volte a corticosteroidi con funzione antiinfiammatoria. Anche per questo stanno nascendo nuove formulazioni di broncodilatatori che agiscono su meccanismi diversi, destinate a pazienti che hanno bisogno di più farmaci, e corrono maggior rischio di non seguire correttamente la terapia. Come la nuova composta di un antimuscarinico (umeclidinio), più attivo nelle alte vie aeree e un beta-agonista (vilanterolo) specifico per le vie aeree

**Cause principali sono il fumo l'inquinamento e l'esposizione a gas, polveri e sostanze tossiche**

profonde. Obiettivo del farmaco - sottoposto a piano terapeutico, il che significa che la prima prescrizione deve essere fatta da uno specialista - migliorare la capacità respiratoria del paziente, permettendogli di riprendere un minimo di attività fisica.

Senza dimenticare che a qualunque terapia deve essere associata una riduzione dei fattori di rischio, a cominciare dalla rinuncia al fumo.

(p. e. c.)



### Dai bronchi al cervello

Un farmaco antiasma potrebbe contribuire a sconfiggere la demenza. Emerge da uno studio pubblicato su *Nature Communications*:

il montelukast è un principio attivo che blocca i recettori responsabili dei processi infiammatori che scatenano l'attacco di asma. E sembra in grado anche di ridurre l'infiammazione cerebrale, riattivando la formazione di neuroni e migliorando le capacità di apprendimento e memorizzazione

Per ora si tratta di uno studio sui ratti, che nasce da una collaborazione con vari gruppi di ricerca tra cui l'Università Statale di Milano. Sono stati proprio i ricercatori milanesi a identificare il recettore GPR 17, sul quale eserciterebbe la propria azione il farmaco modulandone l'infuenza sulla formazione di nuovi neuroni. A breve dovrebbe partire uno studio clinico per valutarne l'efficacia in umani affetti da malattie neurodegenerative: il montelukast è in commercio come generico; e le dosi testate sugli animali sono analoghe a quelle già utilizzate per la terapia dell'asma, senza effetti collaterali pesanti. (p.e.c.)



**TORACICA**  
Inspirare espandendo l'addome e osservando il torace che si apre. Espirare con una leggera compressione del torace, svuotando i polmoni e contraendo gli addominali

**CLAVICOLARE**  
Inspirare aprendo addome e torace. Far salire l'aria fino alla zona clavicolare. Svuotare in modo completo i polmoni, rilassando le spalle e contraendo torace e addome

**YOGICA COMPLETA**  
In questo tipo di respirazione serve concentrarsi nel percorso dell'aria che con l'inspirazione sale dall'ombelico fino alla gola e con l'inspirazione scende in senso contrario

INFORGRAFICA PAULA SIMONETTI

L'esercizio base «si articola in tre fasi: la respirazione bassa o diaframmatica, centrale o toracica, alta o clavicolare». Un cambiamento radicale per noi occidentali abituati a esercitare solo la respirazione clavicolare, quella del «pancia in dentro, petto in fuori»: «Imparare a rilassare i muscoli della schiena - conclude la maestra - e gonfiare la pancia per riacquistare la mobilità del diaframma è importante, per la salute». La tradizione yogica ci ricorda che un respiro instabile va di pari passo con una mente instabile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Larimucil® TOSSE

Per piccole e grandi tossi.

- PROTEGGE E IDRATA LA MUCOSA CALMANDO LA TOSSE SECCA E GRASSA
- RIMUOVE IL MUCO IN ECCESSO



Sciroppo Adulto, in Licenza e nel Farmacolo Spaziale bustine monodose - Stracipo Bambino

SENZA GLUTINE E SENZA ALCOL,  
SENZA CONSERVANTI E COLORANTI DI SINTESI  
GUSTO GRADEVOLLE

Dalla ricerca Bios Line nasce Larimucil Tosse, una linea di prodotti contro la tosse secca e grassa a base di **Arabinogalattani del Liche**. Grazie alla sinergia vegetale degli **estratti di Piantaggine, Altea e Lichene islandico** con l'azione emolliente del **Miele**, protegge la mucosa calmando l'irritazione ed agevola la rimozione del muco in eccesso.

**BIOS LINE**

DISPOSITIVI MEDICI CE  
Distrabili

In Erboristeria, Farmacia e Parafarmacia

biosline.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Sanità24

14 dic  
2015

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

LAVORO E PROFESSIONE

## Medici, s'infiamma la protesta. «Lotta dura» anche a gennaio con 48 ore di sciopero



[Le motivazioni dello sciopero generale](#)



[La locandina del sit in convocato al San Camillo](#)



[Le sigle sindacali che aderiscono all'astensione](#)

S'infiamma la protesta dei medici che confermano lo sciopero generale di 24 ore per mercoledì prossimo e rilanciano la mobilitazione annunciando un sit in davanti al San Camillo di Roma e, soprattutto, altri due giorni di astensione a gennaio. «Scioperiamo per ottenere un servizio sanitario nazionale e pubblico migliore - hanno detto i sindacati nel corso di una conferenza stampa - per avere più diritti e meno disuguaglianze, ma anche per difendere la



dignità del lavoro e per il futuro dei giovani medici. Ma soprattutto protestiamo contro i tagli delle prestazioni erogate ai cittadini e contro l'indifferenza del governo ai problemi della sanità».

Sempre il 16 dicembre, i medici hanno organizzato anche un sit in davanti all'ospedale romano San Camillo. L'appuntamento è alle 11.

### **Fimmg: lotta dura anche a gennaio**

«La lotta dura senza paura - ha detto Giacomo Milillo, segretario nazionale della Fimmg - adesso tocca a noi. Tutti i sindacati uniti, infatti, si fanno carico di questa protesta. C'è il rischio che il cittadino domani si accorga che il Servizio sanitario nazionale non esista più, perché di fatto è stato diluito e sottratto alla funzione di tutela della salute. E questo non è solo un timore: quotidianamente, infatti, assistiamo a convegni fatti dai player assicurativi nazionali che guardano già con grande appetito solo alla spesa privata. Credo che il rischio, allora, sia quello che si stiano attrezzando per l'erogazione diretta delle prestazioni anche sostitutive del Ssn».

La battaglia hanno quindi fatto sapere i medici nel corso della conferenza stampa, ripartirà a gennaio. «Non si potrà ripetere un giorno di sciopero - hanno detto - ma bisognerà rilanciare con due: questo è un messaggio molto chiaro che si dà al governo. I medici non sono in mobilitazione per raccogliere qualche `bocconcino` o `biscottino` da un Patto di stabilità che non affronta in modo sistematico il problema: la nostra è una denuncia forte che facciamo per l'inadempienza del governo e delle Regioni. Vogliamo veramente, inoltre, che questo messaggio raggiunga i cittadini».

I camici bianchi, dunque, progettano una continuazione della protesta, con modalità diverse dallo sciopero, anche nei mesi successivi. «Non molleremo- hanno ribadito- finché il governo, non un ministero, non accetterà di incontrare le organizzazioni sindacali per fare una sorta di patto e progetto condiviso con la professione. I medici professionisti, dipendenti convenzionati e anche i liberi professionisti, che pur non scioperando, aderiranno alla nostra azione di lotta».

### **Le ragioni dello sciopero secondo FnomCeo**

Le ragioni dello sciopero sono state più volte chiaramente spiegate dalla presidente FnomCeo Roberta Chersevani. «Già agli Stati generali del 21 ottobre - ha spiegato - definimmo i "no" e i "sì" che sono alla base della nostra azione: no al sottofinanziamento che porta allo smantellamento del Ssn ed al razionamento dei servizi al cittadino. No alla Professione governata per decreti ed a protocolli di Stato suggeriti

da chi è lontano dalla relazione quotidiana con le persone. No agli obblighi amministrativi che tolgono tempo alla relazione di cura. No ad una formazione che non si confronta con i bisogni di salute. No ad una politica ostile al medico e poco attenta alla sicurezza delle cure. Sì ad una professione libera di curare in un Ssn che offra equità e pari opportunità di accesso. Sì ad una formazione finalizzata ai bisogni di cura e a una coerenza tra accesso allo studio, al lavoro e al ricambio generazionale. Sì ad una informatizzazione che offra anche occasioni di conoscenza dei bisogni di salute. Sì alla verifica, tra pari, dei comportamenti professionali ed alla meritocrazia. Sì ai medici con e per le persone. Esiste ancora la discrepanza tra i laureati in Medicina e i posti disponibili nelle specializzazioni, con 23 mila giovani medici che non riescono ad entrare nella specializzazione. La nostra mobilitazione -ha concluso Chersevani- la facciamo per noi, ma anche per i nostri assistiti, per i cittadini».

### **Anaao: ci aspettiamo un'alta adesione**

«Ci aspettiamo un'alta adesione allo sciopero, considerando che questa volta aderiscono anche i medici di famiglia - ha affermato dal canto suo il segretario nazionale dell'Anaao-Assomed, Costantino Troise -. La situazione è arrivata a un punto di non ritorno: siamo gli unici a tenere in piedi la bandiera della sanità pubblica minacciata da tagli sempre più consistenti. Le condizioni negli ospedali stanno andando a picco, l'età media dei medici è sempre più elevata (intorno ai 55 anni) e non si vede un incremento di un euro da 7 anni. Il Governo sottrae risorse e la rabbia tende ad aumentare - prosegue Troise -. Il 16 scendiamo in piazza ma abbiamo deciso un pacchetto di altre 48 ore di sciopero a gennaio. Se qualcuno vuole fare orecchie da mercante, è avvertito».

### **Con lo sciopero rinviate almeno 40/50.000 prestazioni radiologiche**

Per Stefano Canitano, vicesegretario nazionale dei medici radiologi Snr, a margine della conferenza stampa intersindacale di oggi all'Enpam, «sul piano delle prestazioni non eseguite vista l'enorme quantità di prestazioni erogate giornalmente, credo che saranno rinviate almeno 40-50 mila prestazioni radiologiche. D'altronde siamo il paese al mondo che produce la maggiore quantità di prestazioni pro capite, circa 100 milioni all'anno. E ciononostante con gli organici ridotti invece di rimettere in campo un riadeguamento del personale si trovano escamotage per la radiologia a basso costo con la telerefertazione, una specie di mostro normativo che non produce

altro che crollo della qualità delle prestazioni sanitarie. Siamo disposti a parlare di tutto, ma non a danneggiare i pazienti per stare dietro a risparmi ed esigenze di cassa. Il decreto sulla appropriatezza ha dei difetti ma un buon impianto, serve fare meno prestazioni e di migliore qualità e non sempre più prestazioni ad un costo più basso, inutili e di cattiva qualità. Gli strumenti e la tecnologia devono servire a migliorare la qualità e non a peggiorarla».

### **Si astengono anche gli specialisti interni aderenti al Sumai**

La giornata di sciopero del Sumai Assoprof comporterà la mancata visita a circa 190mila pazienti e il taglio di non meno 500mila prestazioni specialistiche, fatte salve le urgenze comunque sempre garantite. I circa 16mila specialisti territoriali convenzionati interni annunciano, infatti, la compatta adesione alla giornata di sciopero generale unitaria indetta da tutte le sigle sindacali di categoria, proclamata per il 16 dicembre. Oltre che negli ambulatori territoriali delle Asl, delle isole e delle Comunità Montane e nelle sedi disagiate, l'astensione al lavoro degli specialisti territoriali convenzionati interni comporterà anche il taglio di numerose prestazioni socio-sanitarie che vedono proprio gli specialisti territoriali in primo piano per questa tipologia essenziale di attività dedicata all'assistenza dei soggetti fragili ed anziani e soprattutto a quelle a valenza sociale dei consultori, dei centri di salute mentale, della disabilità, della tutela ai minori senza dimenticare l'assistenza specialistica degli istituti penitenziari, tutte attività queste, eseguite solo dal Ssn, in quanto considerate poco remunerative per il privato.

### **Smi: presto una «protesta telematica»**

«Stiamo pensando ad una `protesta telematica` - ha detto Pina Onotri, segretaria nazionale Smi (Sindacato medici italiani) - il che significa interrompere tutto l'invio di flussi tra noi e il ministero delle Finanze e tra noi e l'Inps. I burocrati ministeriali e il Governo stesso, infatti, pare che tengano di più all'invio dei certificati on line e all'invio delle ricette telematiche per monitorare in tempo reale i nostri tetti di spesa, piuttosto che realmente le cure alle persone». Insomma, i medici di famiglia «chiedono la possibilità di lavorare. Noi in questi anni, in pratica, stiamo infatti assistendo ad un impoverimento del Servizio sanitario nazionale, a un taglio dei servizi e a un demansionamento di tutta la categoria, che è impegnata in compiti burocratici e carichi di lavoro insostenibili piuttosto che alla cura delle persone. In sintesi chiediamo il diritto alla cura e un diritto a curare e siamo contrari alla

privatizzazione del sistema pubblico».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

## CORRELATI

### SENTENZE

20 Giugno 2014

**XXIII Congresso Anaa, Troise: «La sfida è per tutti: cittadini, istituzioni, partiti. Noi faremo la nostra parte»**

---

### IMPRESE E MERCATO

17 Giugno 2014

**Assogenerici, convegno nazionale: equivalenti e biosimilari, un bilancio positivo che fa bene al Ssn**

---

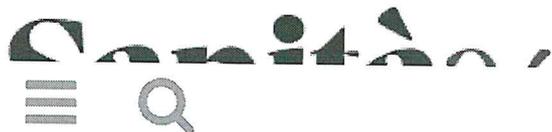
### EUROPA E MONDO

20 Giugno 2014

**Assemblea Oms: salute globale sempre più iniqua**

---

[Privacy policy](#) | [Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie](#)

**14** dic  
2015

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

DAL GOVERNO

## Stabilità/ Governo riformula emendamento assunzioni. Rientrato allarme?

«Si sta riformulando l'emendamento che riguarda le assunzioni, per garantire la possibilità che per l'inizio dell'anno le Regioni possano avviare la campagna di assunzioni», ha affermato Federico Gelli, deputato del Pd e relatore del Ddl sulla responsabilità professionale del personale sanitario. Potrebbe dunque rientrare l'allarme sull'assunzione di 6.000 tra medici e infermieri del Servizio sanitario nazionale (Ssn), a rischio dopo il passo indietro delle ultime ore con lo stop dell'emendamento alla legge di stabilità con le norme sulla responsabilità professionale dei medici. L'idea dell'Esecutivo era di anticipare i fondi per queste assunzioni, necessarie dopo le nuove normative sull'orario di lavoro dei medici, con i risparmi che si stimava di ottenere con le norme a valenza economica del Ddl sul rischio clinico inserite nella legge di stabilità. Ma lo stop dell'emendamento sul rischio clinico ha vanificato questa strada. Ora il Governo è intenzionato a «mantenere sostanzialmente il principio di pianificare con le Regioni, entro febbraio, il fabbisogno del personale rispetto alla copertura dei servizi H24 che necessitano della presenza garantita di medici e infermieri



alla luce del recepimento della direttiva Ue sull'orario di lavoro. Entro una data che verrà stabilita nell'emendamento a cui si lavora in queste ore, le Regioni avranno poi la possibilità di bandire concorsi con il principio del 50% nuove assunzioni e 50% stabilizzazione di precari. Questi bandi dovrebbero essere pubblicati entro fine dell'anno - sottolinea il deputato - Per coprire il range temporale tra l'inizio dell'anno e l'ingresso in servizio dei nuovi assunti a tempo indeterminato, bisognerà coprire questi mesi dando l'autorizzazione alle Regioni di assumere a tempo determinato il personale necessario».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

## CORRELATI

### SENTENZE

15 Aprile 2015

**Cassazione: giro di vite sulle indennità per i medici del Ssn**

---

### DAL GOVERNO

23 Aprile 2015

**Dpcm precari: ecco il testo in Gazzetta. Lorenzin: si apre una nuova fase**

---

### LAVORO E PROFESSIONE

27 Aprile 2015

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

---

[Privacy policy](#) | [Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie](#)

# quotidianosanità.it

Martedì 15 DICEMBRE 2015

## I medici italiani sono i più vecchi della Ue. 1 su 2 ha più di 55 anni

***I dati sono contenuti nell'ultimo focus di Eurostat sulla professione nella Ue. In totale in tutto il continente lavorano 1,7 mln di camici bianchi. Più della metà è impiegato negli ospedali. Il nostro Paese quello con i professionisti più anziani e al secondo posto (dopo la Germania) per numero di medici con 235mila. IL FOCUS***

Nel 2013, sono stati circa 1,7 milioni di medici che praticano nell'UE-28. Il più alto numero complessivo di camici bianchi è stato registrato nel più grande degli Stati membri dell'UE: Germania (327.000), seguita a distanza da Italia (235 mila), Francia (203.000), Spagna (178.000) e Regno Unito (anche 178 mila). Insieme, questi cinque Stati membri rappresentano i due terzi (67%) del numero totale di medici praticanti nella UE, un numero più elevato della loro quota del 63% della popolazione dell'UE. Questi alcuni numeri contenuti in un focus curato da Eurostat sulla professione medica in Europa.

### **La Grecia il paese con il maggior numero di medici in rapporto alla popolazione**

Sulla base di un confronto in relazione al numero della popolazione, la Grecia ha registrato il maggior numero di medici tra gli Stati membri dell'UE, 627 per 100.000 abitanti nel 2013. Un dato notevolmente più elevato rispetto a qualsiasi altro Stato Ue, come la Lituania (428) e Portogallo (426;) aveva i prossimi più alti rapporti di medici praticanti di abitanti ed eravamo gli unici altri Stati membri a registrare più di 425 praticanti medici ogni 100.000 abitanti. L'Italia è al settimo posto con quasi 400 medici ogni 100 mila abitanti. Al contrario, ci sono stati che hanno meno di 265 praticanti medici ogni 100.000 abitanti e sono Romania, Slovenia e la Polonia, dove è stato registrato il più basso rapporto (224 medici ogni 100.000 abitanti).

### **L'Italia ha il più alto numero di medici over 55 anni**

C'è stato un rapido invecchiamento della forza lavoro sanitaria nell'UE come la generazione del baby-boom iniziato a raggiungere l'età pensionabile. Ciò si riflette nella proporzione del numero totale di medici che sono stati compiuto 55 anni, che è passato dal 24% nel 2003 al 36% nel 2013. L'Italia è prima in classifica con il 49% dei camici bianchi over 55. La quota dei medici 55 anni rispetto al numero totale di medici è stata nel range di 40-45% in Ungheria, Germania, Belgio, Lettonia, Estonia e la Francia.. Per contro, l'importanza relativa di questo gruppo di età era meno di un sesto a Malta (15%) e nel Regno Unito (13%).

### **In Italia il 60% dei medici è di sesso maschile**

Una ulteriore analisi che dimostra che ci sono notevoli differenze tra gli Stati membri dell'Unione europea per quanto riguarda la quota di medici rappresentato da ciascuno dei due sessi. Nel 2013, sono state registrate le maggiori quote femminili (60% o più del numero totale dei medici) negli Stati membri baltici, la Romania, la Slovenia e la Croazia, con un picco in Estonia e Lettonia, dove le donne rappresentavano quasi i tre quarti del totale dei medici. Per contro, la percentuale più alta di medici di sesso maschile (68%) è stato registrata in Lussemburgo; relativamente elevate quote per gli uomini si sono registrate anche a Malta (63%), il Belgio (62%), Italia (60%), la Grecia e l'Irlanda (entrambi 59%).

### **Negli ospedali è impiegato più di metà del numero totale dei medici nella UE**

I medici impiegati in ospedali rappresentavano l'82% del numero totale di medici in Francia e 74% in Danimarca (dati 2012). Al contrario, i medici impiegati in ospedali hanno rappresentato circa un quarto

del totale dei medici a Cipro (29%) e in Belgio (25%; dati 2012); altrove la quota variava dal 40% al 66%. Nel 2013, il più alto numero assoluto di medici impiegati negli ospedali è stato registrato in Germania (174.000), davanti alla Francia (167 mila) Italia (128 mila) e la Spagna (102.000).

**Luciano Fassari**