



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

11 MAGGIO 2017

RASSEGNA STAMPA



L'addetto Stampa
Massimo Bellomo Ugdulena

SANITÀ. L'annuncio di Crocetta di procedere alle indicazioni apre la corsa per le aziende gestite dai commissari. Critiche dall'opposizione

Nuovi manager ai Policlinici, via libera al totonomine

PALERMO

••• Dopo l'annuncio del presidente della Regione, Rosario Crocetta, che il governo procederà alle nomine dei manager della sanità scatta il totonomine. Ma si accende soprattutto il dibattito sulla possibilità che questo possa davvero avvenire. Intanto perché a novembre si vota e ci sarebbe il cosiddetto «semestre bianco», cioè il blocco delle nomine nel periodo precedente alle elezioni. Ma molti sostengono che in realtà le nomine dei manager sono possibili. E il governo regionale sta accertando la situazione del punto di vista legale. Ma soprattutto al centro del dibattito c'è la tanto discussa norma approvata a marzo dall'Ars che blocca le nomine dei manager: la legge di «Proroga dell'esercizio provvisorio 2017» nella parte in cui (articolo 3) prevede di bloccare le nuove nomine di direttori generali in scadenza e dispone eventualmente il ricorso ai commissari straordinari. La norma è stata impugnata dal Consiglio dei ministri per il quale la norma eccede le competenze attribuite alla Regione dallo Statu-

to speciale. Secondo il Cdm la legge prevede i commissariamenti non consentiti dalla normativa statale di riferimento ponendosi in contrasto con alcuni principi costituzionali. Appresa la notizia, il presidente Crocetta ha annunciato che «dopo lo stop della norma sui commissariamenti è ovvio che il governo procederà con le nomine dei manager». L'assessore regionale alla Salute Baldo Gucciardi che aveva già espresso dubbi sulla norma, spiega che «è stato chiesto un parere al Cga» e aggiunge: «Non si capisce cosa possa impedire i commissariamenti». Anche Alice Anselmo, capogruppo del Pd all'Ars, ha commentato: «La decisione del Cdm conferma i dubbi che avevo già avanzato in aula al momento dell'esame della norma». Per Marco Falcone, capogruppo di Forza Italia all'Ars «Crocetta sembra travisare il significato dell'impugnativa promossa dal Cdm. La norma dell'Ars, fino a quando non sarà dichiarata costituzionalmente illegittima dalla Consulta, mantiene infatti la sua piena efficacia. Altra cosa, invece, è se



Fabrizio De Nicola



**PER LA STRUTTURA
UNIVERSITARIA
DI PALERMO RESTA
FAVORITO DE NICOLA**

questa maggioranza deciderà di cambiare la norma stessa».

La docente di Diritto costituzionale all'università di Palermo, Elisa Casasino, spiega: «La legge è in vigore e va applicata. Se il Cdm la impugna, ovviamente dovrà poi decidere la Corte costituzionale se è incostituzionale o meno. Potrebbe pure sospenderla, ma questa è solo un'ipotesi remota. Prima che comunque possa eventualmente arrivare una sentenza di incostituzionalità ci vuole tempo».

Per ogni evenienza, come sempre accade quando si parla di incarichi, scatta comunque il totonomine. Al momento sono commissariati i policlinici di Palermo e Messina e l'Asp di Trapani. Come nuovo direttore generale dell'Asp di Trapani si fa il nome dell'attuale commissario straordinario Giovanni Bavetta. Come nuovo direttore generale del Policlinico di Palermo circolano i nomi dell'attuale commissario Fabrizio De Nicola, di Giovanni Migliore, direttore generale del «Civico», e di Ignazio Tozzo. Ma Tozzo, già dirigente generale dell'as-

essorato regionale alla Sanità, intanto è stato eletto componente della Sezione controllo della Corte dei Conti siciliana. Mentre per il Policlinico di Messina i papabili sarebbero l'attuale commissario Giuseppe Laganga, Gaetano Sirna, direttore generale dell'Asp di Messina, Michele Vullo, direttore generale del Papardo, e Angelo Tanese, direttore generale dell'Asl «Roma 1». Tra i nomi circola anche quello di Salvatore Sammartano, ma l'ex ragioniere generale è stato recentemente nominato presidente del Cda del Fondo pensioni. A fine giugno scadranno poi quasi tutti gli altri mandati: Asp di Agrigento, Messina, Palermo, Ragusa e Siracusa, Civico di Palermo, Garibaldi di Catania, Villa Sofia-Cervello di Palermo, Papardo di Messina e Policlinico di Catania. E a quel di poltrone vacanti ce ne saranno davvero parecchie. Intanto ieri all'Asp di Trapani sono stati nominati sei nuovi primari: due al Sant'Antonio Abate di Trapani, due all'ospedale di Marsala, uno a Castelvetrano e uno al Sert di Trapani. (SMAZ)

SALVATORE FAZIO



LIVESICILIA

FONDATO DA FRANCESCO FORESTA

GIOVEDÌ 11 MAGGIO 2017 - AGGIORNATO ALLE 10:59

PALERMO | CATANIA | TRAPANI | AGRIGENTO | MESSINA | CALTANISSETTA | ENNA | RAGUSA | SIRACUSA

CRONACA | POLITICA | ECONOMIA | CUCINA | FOTO | VIDEO

LIVESICILIA PALERMO

LIVESICILIA CATANIA

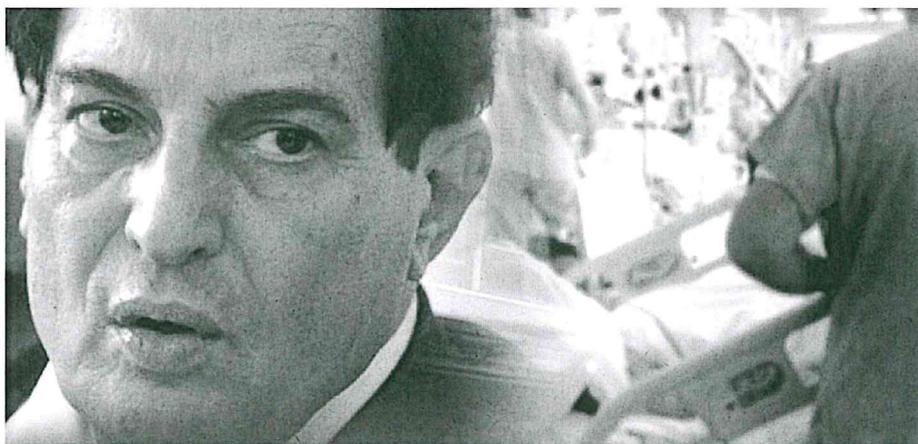
LIVESICILIA SPORT

Cerca nel sito



uò farlo, ma via alle manovre

Sanità, Crocetta: nomino i manager Non può farlo, ma via alle manovre



Impugnato il blocca-nomine, ma legge vigente. L'ironia dell'opposizione. Chiesto parere al Cga.

PALERMO - Per il presidente "è ovvio". Ovvio che la giunta, dopo la decisione del Consiglio dei ministri di impugnare la legge "blocca nomina" nella Sanità varata dall'Ars pochi mesi fa, possa nominare nuovi manager in **Asp e ospedali**. Ma di ovvio non c'è



proprio nulla. Anzi.

Quella di Crocetta, insomma, può somigliare al massimo a un auspicio. A un "vorrei ma non posso". Poco più, al momento. Perché la

norma approvata dall'Ars che estende il cosiddetto "semestre bianco" in cui il governo non può effettuare nuove nomine, è ovviamente ancora in piedi. Ovviamente vigente.

Perché è ovvio che l'impugnativa del Cdm altro non è se non un ricorso di fronte alla Corte costituzionale. Che dovrà poi, a sua volta, decidere se quella legge rispetta o meno i dettami della **Costituzione**. Si vedrà, insomma. Ma al momento, e fino a quando l'**Assemblea regionale siciliana** (la stessa che ha approvato quella norma) non dovesse deciderne la modifica, quel blocco esiste.

E il fatto che non sia per nulla ovvia la possibilità, oggi, del governo di nominare nuovi manager nella Sanità, è confermato dalla stessa giunta. Che lo scorso 3 maggio ha deciso di chiedere un parere al **Consiglio di giustizia amministrativa**. Nella delibera, infatti, viene annotato che Crocetta nel corso della seduta ha dato notizia dell'impugnativa. "Considerato che nel mese di giugno – prosegue la **delibera** – andranno a scadere gli incarichi di numerosi direttori generali delle Aziende sanitarie" e che "occorre procedere alle nomine secondo quanto prevista dalla normativa di vigente", al fine di evitare "liti e contenziosi risulta necessario richiedere un parere al Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione siciliana in ordine alle problematiche connesse all'applicabilità della norma impugnata".

Il governo quindi ha chiesto al tribunale amministrativa di indicare una strada per le nomine. Una strada "ovvia" però per Crocetta. Come se il governatore conoscesse in anticipo il parere del Cga o si fosse già virtualmente sostituito a esso. Quello che emerge, però, è la fretta, la necessità di questo governo di piazzare, in piena campagna elettorale, nomine di manager che, a differenza dei commissari che potranno essere sostituiti dal nuovo governo, finirebbero per essere blindati per tre anni.

Ma le dichiarazioni del governatore hanno già prodotto reazioni all'interno dell'opposizione. "Il presidente Crocetta – ha detto il capogruppo di Cantiere popolare **Toto Cordaro** - anche oggi ci regala una perla giuridica, forse inconsapevole del fatto che nel nostro sistema legislativo non è previsto il diritto creativo. Afferma, infatti, che lo stop ai commissari da parte del Consiglio dei Ministri conferirebbe, in maniera automatica, al Governo regionale, il potere di nominare in piena campagna elettorale i manager delle aziende sanitarie in Sicilia. In realtà, ciò potrebbe accadere – prosegue Cordaro - solo a seguito di una nuova legge che lo preveda e che è competenza esclusiva del Parlamento regionale. Abituato come è a non rispettare l'Ars e le istituzioni in genere, non solo dimentica che siamo in pieno semestre bianco ma, soprattutto, dimostra di non essere in possesso di quei minimi rudimenti giuridici – conclude - che gli consentirebbero di sapere che l'impugnativa da parte del Governo nazionale non sortisce effetti fino alla pronuncia sul tema in argomento della Corte costituzionale".

Dello stesso tenore il commento del capogruppo di Forza Italia, Marco Falcone:

"Il presidente Crocetta rischia di sbattere nuovamente la faccia, questa volta sulle nomine dei manager della sanità siciliana. Il governatore – spiega - sembra travisare il significato dell'impugnativa promossa dal Consiglio dei Ministri. La norma fatta dall'Assemblea, fino a quando non sarà dichiarata costituzionalmente illegittima dalla Consulta, mantiene infatti la sua piena efficacia nonostante l'impugnativa del Cdm. Altra cosa, invece, è se questa maggioranza deciderà di cambiare la norma stessa, uniformandosi alla detta impugnativa. Purtroppo alle boutade di Crocetta ci siamo abituati. Anche questa volta il presidente l'ha detta grossa, rischiando di rasentare l'ignoranza giuridico legislativa".

share  19    1  0  

Mercoledì 10 Maggio 2017 - 13:48





LIVESICILIA

FONDATO DA FRANCESCO FORESTA MERCOLEDÌ 10 MAGGIO 2017 - AGGIORNATO ALLE 09:54

PALERMO | CATANIA | TRAPANI | AGRIGENTO | MESSINA | CALTANISSETTA | ENNA | RAGUSA | SIRACUSA

CRONACA | POLITICA | ECONOMIA | CUCINA | FOTO | VIDEO

LIVESICILIA PALERMO

LIVESICILIA CATANIA

LIVESICILIA SPORT

Cerca nel sito



Home > Politica > Crocetta: "Stop ai commissari? Nomineremo i manager della sanità"

REGIONE

Crocetta: "Stop ai commissari? Nomineremo i manager della sanità"

share f 0 t G+ in 0 p 0

Articolo letto 2.494 volte

SPONSOR

**Gamma ecologica
GPL e metano**

Fino a 6.000€ di vantaggi
con finanziamento Ecofree
- Tan...

SPONSOR

**Passa a un nuovo
livello di banca con
un colpo da 150**

Diventa cliente Hello bank!
Potrai ricevere in regalo un...



Il governatore: "La finanziaria bis? Non basterebbero cinque anni".

**DIVENTARE
CLIENTE TELEPASS,
SENZA ATTESA.**

PALERMO - "Dopo lo stop in Cdm della norma sui commissariamenti delle aziende sanitarie e ospedaliere è ovvio che il governo procederà con le nomine dei manager". Così il governatore della



Nuova Golf Sport 1.6 TDI



Da €189 al mese TAN 3,99% TAEG 5,20% con allestimento esclusivo R-Line e assetto sportivo

**Verona - Novo
Hotel Rossi**
Miglior Prezzo Garantito

€ 136
Ottimo 8.5

Prenota

ONLINE.

Vai su **telepass.com**

TELEPASS

LA TUA LIBERTÀ DI MOVIMENTO

Sicilia, Rosario Crocetta, conversando con i cronisti a Palazzo dei Normanni. Poi, ironizzando con i cronisti sulla decisione della conferenza dei capigruppo di trasmettere alle commissioni di merito gli emendamenti, oltre 1.200, al collegato, già incardinato all'Ars e la cui discussione sarebbe

dovuta cominciare proprio oggi, ha aggiunto: "Con le migliaia di emendamenti presentati non basterebbero nemmeno i cinque anni della prossima legislatura per approvare il collegato". Crocetta ha inoltre spiegato che il governo non intende presentare un nuovo disegno di legge per aggiustare la riforma sull'acqua pubblica impallinata in alcune sue parti dalla Corte Costituzionale. "Non serve una nuova legge", è il pensiero del presidente della Regione. "La legge c'è - ha affermato l'assessore all'Energia, Vania Contrafatto -. Stiamo definendo la valutazione sulle norme che hanno passato il vaglio della Corte Costituzionale, non è necessario tornare in aula. Basta applicare quelle che ci sono già, escludendo le parti cassate dalla Corte".

share f 0 t G+ in 0 p 0 Martedì 09 Maggio 2017 - 18:17



L'INTERVISTA
Regione, Bianco lancia Grasso
"Il Pd ha solo due strade"

f t G+ in p



IL METEO
Arriva il caldo africano
Previste punte di 35 gradi

f t G+ in p



LA FAVOLA DELLA JOYA
Dybala che faticava in B
Ora sogna la Champions

f t G+ in p



MAFIA - IL RETROSCENA
Il latitante e quel summit nel 2015
"Iddu disse"... e tutti obbedirono

f t G+ in p



PALERMO
Vucciria, viaggio nel degrado
Quei turisti inconsapevoli cronisti

f t G+ in p



AMMINISTRATIVE 2017
Forum con i candidati in redazione
Inviate le vostre domande

f t G+ in p

LIVE SICILIA

Live Sicilia
252.049 "Mi piace"

Mi piace questa Pagina Condividi

Clicca qui e incontra donne single della tua zona
Ideale per single

47.000€ sul suo conto dopo SOLO 2 settimane.
L'incredibile storia di Michele
Operaio diventa ricco

Fino a 6.000€ di vantaggi con finanziamento ecofree
- tan 5,95% taeg 8,27%
Gamma Eco GPL e Metano

Scarpe Velasca, l'eleganza italiana a casa tua senza costi di spedizione
www.velasca.com



LA LETTERA
"Sui disabili show del dolore"



ALLARME IN SICILIA. Federfarma: ministero avvertito. Normalizzazione da luglio

Siero antitetano, scorte limitate

PALERMO

••• Meglio stare attenti in questo periodo ed evitare di ferirsi e tagliarsi magari con ferro arrugginito. Le scorte di immunoglobuline antitetaniche, cioè il siero che viene somministrato proprio in caso di ferite o di morsi di animali, sono praticamente esaurite nelle farmacie e iniziano a scarseggiare anche nelle strutture sanitarie pubbliche. A lanciare l'allarme diversi utenti che dalla provincia di Trapani a quella di Catania hanno consultato a vuoto decine di farmacie per reperire il siero. Il vaccino garantisce una copertura decennale, così nel caso di mancata vaccinazione o di ferita riportata oltre questo tempo è necessario ricorrere alle immunoglobuline. A rischio sono soprattutto le persone che lavorano in agri-

coltura, ma con l'estate e l'uso di scarpe aperte i pericoli aumentano un po' per tutti.

A Trapani il dirigente del dipartimento di Prevenzione, Franco Di Gregorio, spiega che «nella nostra provincia ma anche in altre non sono più a disposizione le immunoglobuline antitetaniche. Quindi chi lavora in campagna, o avesse genitori, parenti o amici che ci lavorino, senza essere coperto dal vaccino, ricordi di fare il richiamo per il tetano non appena possibile». Al momento ad essere fornite sono le farmacie pubbliche, «con scorte sufficienti però fino a fine giugno. Le farmacie private risultano, invece, sfornite. Lo strumento più efficace, in ogni caso, rimane quello della profilassi vaccinale». E capita, come racconta un

agricoltore trapanese, di recarsi al pronto soccorso «dove mi hanno consigliato le Immunoglobuline in seguito a una ferita, da prescrivere però a carico del medico curante. Ma in farmacia sono introvabili». Una situazione denunciata anche dal presidente di Federfarma Sicilia, Gioacchino Niccolosi: «C'è una difficoltà nella produzione delle immunoglobuline contro il tetano, abbiamo fatto diverse segnalazioni al ministero». Il problema come detto è nazionale e secondo l'Osservatorio sui diritti del Malato dell'Associazione Codici Sicilia il problema è legato «sia alle poche case farmaceutiche autorizzate a produrre il siero sia alla carenza del sangue da cui si produce». Secondo l'Aifa il problema dovrebbe risolversi da luglio. (RIVE)

Emergenza in Sicilia

Carenza di immunoglobulina. Nelle farmacie dell'Isola le fiale di siero sono quasi esaurite. Negli ospedali il presidio potenzialmente salvavita è destinato, per legge, soltanto ai ricoverati

Guai a ferirsi, mancano le scorte di antitetanica

Per i lavoratori che operano in luoghi a rischio gli esperti consigliano il vaccino e il richiamo ogni 5 anni

AGENZIA DEL FARMACO
Da mesi le tre-quattro aziende che producono l'immunoglobulina contro il tetano hanno ridotto sensibilmente la produzione e, di conseguenza il siero è quasi introvabile in diverse farmacie del territorio. L'Aifa ha diramato una nota nella quale le strutture pubbliche del territorio nazionale che avessero estrema necessità di acquisire l'immunoglobulina contro il tetano, possono rivolgersi ad aziende produttrici straniere. La Sicilia, al momento ha deciso di non intervenire perché ci sono ancora delle scorte, soprattutto negli ospedali.

ANTONIO FIASCONARO

PALERMO. E' severamente vietato ferirsi e farsi male, pena un via vai tra farmacie e ospedali alla ricerca dell'antitetanica. Si potrebbe così parafrasare l'attuale situazione di emergenza che sta interessando tutta l'Isola e non solo.

Come anticipato nell'edizione di ieri della copertina di Catania, infatti, nelle farmacie del territorio etneo - ma il fenomeno è diffuso anche in tutta la Sicilia e da alcuni mesi anche nel resto d'Italia e d'Europa - ci sono ormai poco scorte di immunoglobulina contro il tetano.

Al momento gli esperti preferiscono andare con i piedi di piombo e non vogliono parlare di allarme, anche se il livello del termometro della preoccupazione, sale giorno dopo giorno, provocando anche tanta ansia.

Nelle farmacie territoriali dell'Isola l'immunoglobulina è quasi introvabile, le scorte sono sempre più in esaurimento, mettendo in serio rischio l'incolumità di quanti ne avrebbero, in caso di necessità urgente bisogno.

Insomma, verrebbe da scrivere "cercasi disperatamente antitetanica". Dall'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco) rimbalza la notizia che la carenza di questo prezioso siero salva vita, potrebbe avere le settimane contate. C'è una previsione che indica la ripresa della produzione tra la fine di giugno ed i primi giorni di luglio. Infatti, le tre-quattro aziende multinazionali che producono le fiale antitetaniche, in questi ultimi mesi hanno ridotto sensibilmente la produzione o perché hanno chiuso l'attività, o hanno deciso per esigenze indu-

striali di ridurre il quantitativo, dato che le richieste sarebbe diventate sempre meno non solo in ambito della sanità territoriale ma anche in quella ospedaliera dato che è consigliabile la vaccinazione soprattutto per quelle categorie di lavoratori che operano in ambienti altamente a rischio. Gli esperti ancora una volta consigliano la profilassi: soprattutto chi lavora in campagna o per lavoro tende a procurarsi piccole ferite, deve assolutamente vaccinarsi e fare il richiamo ogni cinque anni. Dall'assessorato della Salute fanno sapere che la situazione è sotto controllo e aggiungono pure che l'Aifa ha diramato una nota nella quale le strutture pubbliche del territorio nazionale che avessero estrema necessità di acquisire l'immunoglobulina contro il tetano, possono rivolgersi ad aziende produttrici straniere. Finora, fanno sapere dalla sede di piazza Ottavio Ziino (sede dell'assessorato) che questo passaggio non si è reso necessario perché le richieste «non sono molte e le scorte quelle che ancora sono disponibili sono reperibili».

La situazione è ben diversa negli ospedali dove le immunoglobuline contro il tetano si trovano ancora negli armadietti dei reparti soprattutto Chirurgie, Rianimazioni, Ortopedie e Trauma Center. Queste scorte non somministrabili, per

legge, a chi giunge nei pronto soccorso per la profilassi che spetta, invece, alle aziende sanitarie del territorio, ma vengono utilizzate esclusivamente solo per i pazienti ricoverati.

«C'è una difficoltà nella produzione delle immunoglobuline contro il tetano - sottolinea Gioacchino Nicolosi, presidente regionale e vicepresidente nazionale di Federfarma - come Federfarma abbiamo fatto più segnalazioni al ministero

L'ASSESSORATO DELLA SALUTE
«Situazione sotto controllo - dicono dall'assessorato della Salute - l'Aifa con una nota diramata a tutte le Regioni ha detto che la penuria di immunoglobuline potrebbe concludersi tra la fine di giugno e i primi di luglio».

della Salute. All'inizio qualche scorta è arrivata nelle farmacie ma ora non ne abbiamo quasi più».

Nei mesi scorsi un appello era stato lanciato dall'avvocato Manfredi Zammataro, presidente dell'Osservatorio sui diritti del malato dell'associazione "Codici Sicilia". «Manca il siero antitetanico. Il fatto purtroppo non è delimitato solo alla città di Catania e alla sua provincia, ma è una problematica estesa a tutto il territorio siciliano e nazio-

nale a causa della insufficiente produzione di siero da parte delle poche case farmaceutiche autorizzate a produrlo e della carenza di materia prima, cioè di sangue umano. La penuria di siero, ha fatto sì che i depositi centralizzati siano quasi del tutto sguarniti, ma quello che maggiormente preoccupa è la relativa carenza anche presso le farmacie ospedaliere che hanno disponibilità solo di esigue scorte non dispensabili a chi giunga in pronto soccorso con ferite o ustioni. In questi casi la normativa prevede la refertazione, la prescrizione su ricetta bianca ospedaliera, la prescrizione del medico curante per la rimborsabilità e l'acquisto in farmacia da parte dell'utente. Ma se le farmacie sono sprovviste non è possibile procedere alla profilassi».



IL PRESIDENTE DI FEDERFARMA
Gioacchino Nicolosi: «C'è una difficoltà nella produzione delle immunoglobuline contro il tetano. Come Federfarma abbiamo fatto più segnalazioni al ministero della Salute».



ASSOCIAZIONE "CODICI SICILIA"
L'avvocato Manfredi Zammataro presidente di "Codici Sicilia": «La penuria di siero, ha fatto sì che i depositi centralizzati siano quasi del tutto sguarniti».



(<http://www.insanitas.it/>)



Partner della sanità nei servizi di lavanolo, sterilizzazione biancheria e sterilizzazione strumentario chirurgico.

(<http://www.si-servizitalia.com/>)



IN SANITAS ► NOTIZIE ► ASP ► Asp di Trapani, arrivano sei nuovi primari e pure undici medici per i Pronto soccorso

ASP ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/CATEGORY/NOTIZIE/ASP/](http://www.insanitas.it/category/notizie/asp/))

Asp di Trapani, arrivano sei nuovi primari e pure undici medici per i Pronto soccorso

10 maggio 2017

L'annuncio del commissario straordinario Giovanni Bavetta: firmate le delibere. Ecco i nomi.

di Redazione (<http://www.insanitas.it/author/redazione/>)



Mi piace 406

Tweet

Condividi 6

TRAPANI. «Ho firmato oggi le delibere di incarico per **sei nuovi primari** in altrettante strutture complesse della nostra azienda. Ho ritenuto di accelerare perché dare certezze nella guida dei reparti è un elemento essenziale per una ottimale conduzione dell'assistenza sanitaria. E perché possano anche essere di guida con la loro professionalità».

Lo ha dichiarato il commissario straordinario dell'Asp di Trapani **Giovanni Bavetta** (nella foto con i nuovi primari) aggiungendo: «Ma dovranno avere l'attenzione all'umanizzazione delle cure ai loro pazienti, perché, come diceva padre Pio, 'se all'ammalato non porti amore, le medicine non serviranno a niente, ma il medico convinto però che loro lo sapranno fare».

Queste le Unità operative complesse con i nuovi direttori:

Nefrologia P.O. S. Antonio Abate Trapani: Vito Barraco

Laboratorio analisi P.O. S. Antonio Abate Trapani: Mariano Lucchese

Ortopedia e traumatologia P.O. Paolo Borsellino Marsala: Vincenzo Favara

Pediatria P.O. Paolo Borsellino Marsala: Peppino Salvatore Clemente

Ortopedia e traumatologia P.O. Vittorio Emanuele Castelvetro: Bartolomeo Lupo

Dipendenze patologiche e Sert ASP Trapani: Guido Faillace

«Ma, in attesa di completare l'iter della nuova pianta organica che scaturisce dalla rete ospedaliera- ha aggiunto Bavetta- abbiamo deciso di ricoprire nel frattempo i posti nell'attuale pianta organica in un settore delicato come quello dell'emergenza urgenza, conferendo **incarichi a tempo determinato a 11 dirigenti i pronto soccorso** degli ospedali della provincia. Questi saranno convocati il 15 maggio utilizzando le graduatorie in vigore. Sono i primi risultati della task abbiamo messo in campo al dipartimento Personale per velocizzare le procedure concorsuali».

Si tratta di due medici ad Alcamo, tre a Pantelleria, uno a Trapani, due a Marsala e tre a Mazara del Vallo-Castelvetro.



(<http://www.insanitas.it/>)



Partner della sanità nei servizi di lavanolo, sterilizzazione biancheria e sterilizzazione strumentario chirurgico.

(<http://www.si-servizitalia.com/>)



IN SANITAS ▶ Livello 1 ▶ Ospedale Giglio di Cefalù: cercasi cardiologi, urologi ed oncologi per contratti fino a 36 mesi

OSPEDALI ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/CATEGORY/NOTIZIE/OSPEDALI/](http://www.insanitas.it/category/notizie/ospedali/))

Ospedale Giglio di Cefalù: cercasi cardiologi, urologi ed oncologi per contratti fino a 36 mesi

11 maggio 2017

I bandi della Fondazione sul sito internet aziendale

di Redazione (<http://www.insanitas.it/author/redazione/>)



Mi piace 3 Tweet Condividi 1

PALERMO. Cinque bandi per altrettanti contratti a tempo determinato. Li ha pubblicati il 2 maggio sul proprio sito internet la **Fondazione Giglio di Cefalù**, dai selezioni per titoli e colloquio di medici specialisti in cardiologia, urologia ed oncologia. Le relative graduatorie resteranno valide per 1 anno e la data di scadenza è il 16 maggio 2017.

ECCO LE FIGURE RICHIESTE:

N. 1 Medico specialista in Cardiologia interventistica (emodinamica) per la durata massima fino a 36 mesi, così come previsto dall'art. 19 comma 1 81/2015, con Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro secondo per il personale medico dipendente da case di cura, I.R.C.C.S., Presidi e Centri di Riabilitazione.

N. 1 Medico specialista in Cardiologia per la durata massima fino a 36 mesi.

N. 1 Medico specialista in Cardiologia con Expertise in elettrostimolazione ed Elettrofisiologia interventistica per la durata massima fino a 36 mesi.

N. 1 Medico specialista in Urologia per la durata massima fino a 36 mesi.

Creazione di una graduatoria per contratto a tempo determinato e/o per sostituzione di personale avente diritto alla conservazione del posto **qua specialista in Oncologia.**

Per tutti i dettagli, consultare la relativa sezione del sito internet del Giglio: [clicca qui \(https://www.ospedalegiglio.it/sito/lavora-con-noi/posizioni-aper\)](https://www.ospedalegiglio.it/sito/lavora-con-noi/posizioni-aper)

Nei giorni scorsi **in un altro articolo di Insanitas** (<http://www.insanitas.it/ospedale-giglio-cefalu-al-via-selezione-medico-specialista-chirurgia-generale/>) notizia di un ulteriore bando della Fondazione Giglio, relativo a medici specialisti in chirurgia generale con Expertise in Chirurgia Laparoscopica per l'obesità.

TAG PER QUESTO ARTICOLO:

ASSUNZIONI SANITÀ ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/ASSUNZIONI-SANITA/](http://www.insanitas.it/tag/assunzioni-sanita/)) CARDIOLOGIA ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/CARDIOLOGIA/](http://www.insanitas.it/tag/cardiologia/))
EMODINAMICA ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/EMODINAMICA/](http://www.insanitas.it/tag/emodinamica/)) FONDAZIONE GIGLIO ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/FONDAZIONE-GIGLIO/](http://www.insanitas.it/tag/fondazione-giglio/))
FONDAZIONE GIGLIO CEFALÙ ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/FONDAZIONE-GIGLIO-CEFALU/](http://www.insanitas.it/tag/fondazione-giglio-cefalu/)) ONCOLOGIA ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/ONCOLOGIA/](http://www.insanitas.it/tag/oncologia/))
OSPEDALE GIGLIO ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/OSPEDALE-GIGLIO/](http://www.insanitas.it/tag/ospedale-giglio/)) OSPEDALE GIGLIO CEFALÙ ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/OSPEDALE-GIGLIO-CEFALU/](http://www.insanitas.it/tag/ospedale-giglio-cefalu/))
UROLOGIA ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/UROLOGIA/](http://www.insanitas.it/tag/urologia/)) UROLOGO ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/UROLOGO/](http://www.insanitas.it/tag/urologo/))

Prevenzione. Tre esami del sangue, Tac ed Ecg. Combinati misurano il rischio cardiaco. Ecco la nuova strategia

IL CASO

Non solo il colesterolo

Chi pensa che basti tenere sotto controllo il colesterolo, dovrà ricredersi. Oggi si devono fare i conti anche con le "ceramidi", un'altra classe di lipidi da monitorare. Lo studio è stato presentato due mesi fa a Washington da un team di ricercatori della Mayo clinic di Rochester (Usa) al congresso dell'American College of Cardiology. I risultati avrebbero dimostrato che la misurazione della concentrazione di ceramidi nel sangue può aiutare a identificare gli individui ad alto rischio. Cioè quelli che andrebbero trattati o tenuti sotto stretta sorveglianza. I valori nel sangue delle ceramidi infatti sarebbero in grado di predire meglio del colesterolo Ldl eventi cardiovascolari "maggiori": infarto, ictus e morte in pazienti con e senza evidenza di occlusioni coronariche. Di più. Sarebbero sotto minaccia anche i soggetti con bassi livelli di colesterolo Ldl, ma con alti valori di ceramidi. Lo studio è stato condotto su 499 pazienti approdati alla Mayo Clinic per essere sottoposti a coronarografia per verificare l'eventuale presenza di ostruzioni coronariche. Solo nella metà del gruppo esaminato (46%) è stato riscontrato un restringimento. I ricercatori hanno quindi misurato quattro diversi tipi di ceramidi nel sangue, associandone i valori secondo una scala in 12 punti. I pazienti sono stati poi riuniti in quattro classi di rischio a seconda del livello di ceramidi: basso (0-2), intermedio (3-6), moderato (7-9) e alto (10-12). Jeff Meusen (primo autore dello studio) con la sua équipe ha seguito i pazienti per circa 8 anni. I cardiologi della Mayo stanno utilizzando un nuovo test rilasciato ad agosto 2016.

I 5 TEST SALVACUORE

Ad ognuno di questi 5 test, se anormale, è assegnato un punto. Lo score totale indica il rischio cardiovascolare

PUNTEGGIO TOTALE DEI 5 TEST (2 ESEMPLI)
LUCA 0 PUNTI
ANNA 5 PUNTI

Anna presenta un'irregolarità in ogni esame: è 20 volte più a rischio di sviluppare complicazioni cardiache nei prossimi 10 anni rispetto a Luca

Tomografo

1 TAC SENZA CONTRASTO

Misura i depositi di calcio sulle pareti delle coronarie

LUCA 0 PUNTI
ANNA 1 PUNTI

Durata dell'esame **10-20 MINUTI**

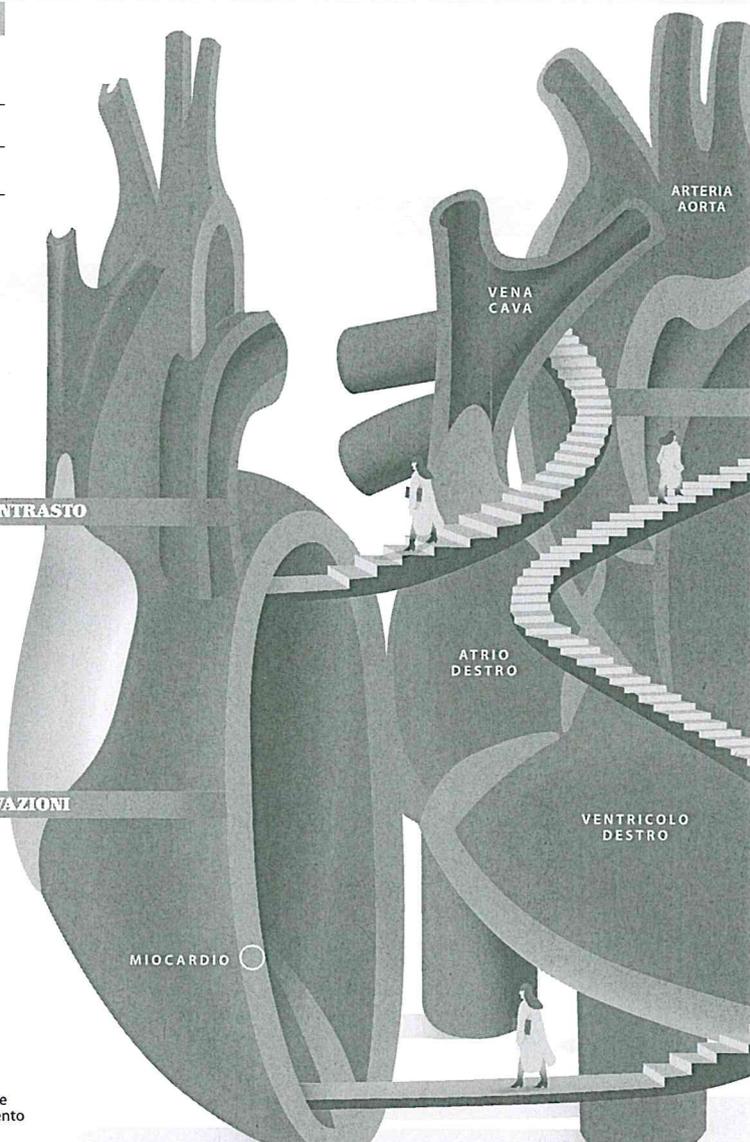
2 ECG A 12 DERIVAZIONI

I dieci elettrodi registrano l'attività elettrica del cuore in 12 punti

LUCA 0 PUNTI
ANNA 1 PUNTI

Il tracciato completo
È in grado di individuare un ispessimento del muscolo cardiaco

6 elettrodi nel torace
4 elettrodi negli arti



Metti il cuore al sicuro in cinque mosse

GIUSEPPE DEL BELLO

BASTA COL CUORE MATTO e imprevedibile. Dal semplice prelievo di sangue all'elettrocardiogramma, alla Tac, da oggi sarà possibile tenerlo a bada. Con sole cinque mosse. L'innovativa strategia di prevenzione cardiovascolare è frutto di due ricerche condotte negli Usa e serve a confermare la validità di 5 test diagnostici combinati. A ognuno di essi viene assegnato un punto, per cui il punteggio più alto è 5. E più elevato è lo score finale, maggiore sarà il rischio di essere colpiti da una patologia cardiovascolare. Si parte dal tradizionale elettrocardiogramma, quell'Ecg cui venivano sottoposti anche i nostri nonni e che deve essere effettuato a 12 derivazioni. Che significa ottenere un tracciato completo in grado di rilevare la presenza di un'ipertrofia ventricolare, cioè l'ispessimento del muscolo cardiaco.

In successione, il paziente viene sottoposto a una "limited Tc scan", una normale Tac cardiaca senza mezzo di contrasto e a bassa emissione di radiazioni che evidenzia la presenza e la quantità di calcio sulle pareti delle

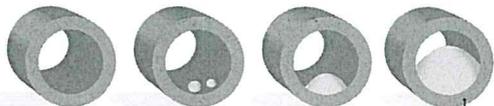
coronarie (calcium score), e infine a tre esami del sangue. Il primo, quello per la ricerca della Proteina Cad alta sensibilità che rivela, a seconda del valore, se c'è o meno un'inflammatione. È un indice generico, non specifico del cuore, ma non ne esclude il coinvolgimento. Poi, sempre sul campione di sangue prelevato, si effettua la ricerca dell'ormone NT-proBNP, test importante perché svela una sofferenza (oppure stress) ventricolare anche in assenza di sintomi. Per gli specialisti si tratta di un biomarcatore a cui ci si affida sempre più spesso soprattutto per valutare se sintomi dubbi siano dovuti a scompenso cardiaco. In questo studio, invece, si è andati a scovare l'ormone NT-proBNP nei soggetti sani e, quindi, senza alcun sintomo, proprio per scoprire una eventuale sofferenza latente del cuore.

Il terzo esame è rappresentato dalla Troponina T. Appartiene a una famiglia di proteine che interagiscono

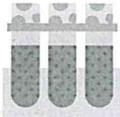


no durante la contrazione del muscolo cardiaco: da circa 15 anni sono utilizzate in tutti i pazienti con sintomi sospetti per infarto acuto per valutare se c'è stata o meno una necrosi. In questo caso, se presente nei soggetti sani con valore elevato diventa spia di un danno cardiaco. Il test è così sensibile da rivelarci se c'è stata una necrosi anche di una microscopica parte di cuore. La cinquina diagnostica darà più garanzie di prevedere le malattie cardiache rispetto alla strategia standard che si basa su pressione sanguigna, colesterolo, diabete e fumo. «Questa serie di test è risultata molto attendibile per identificare il cosiddetto rischio "inaspettato" nei soggetti che hanno pochi fattori tradizionali di pericolo - osserva James de Lemos, direttore del Cardiovascular Fellowship Program allo UT Southwe-

ATEROSCLEROSI Deposito graduale di grassi sulle pareti delle arterie



TRE ESAMI DEL SANGUE
 Eseguiti con un solo prelievo



La proteina C talvolta svela il danno in un'arteria

PROTEINA C REATTIVA US*

*US ultrasensibile

Questa proteina rivela la presenza di infiammazione nell'organismo, è un indice generico, non specifico del cuore

LUCA 0 PUNTI
 ANNA 1 PUNTI



Cuore normale

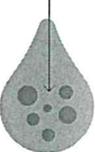
Cuore con parete da stress (ispessita)



ORMONE NT-PROBNP

Questo ormone svela una sofferenza ventricolare anche in assenza di sintomi

LUCA 0 PUNTI
 ANNA 1 PUNTI



Sofferenza cardiaca

TROPONINA T US

La troponina T ultrasensibile, anche se solo lievemente aumentata, è la spia di un danno cardiaco

LUCA 0 PUNTI
 ANNA 1 PUNTI



NECROSI DOPO L'INFARTO



Necrosi (morte di tessuto cardiaco)

FONTE: PIELASORAZIONE DATI
 RISULTATI / OMS / ISS
 INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

Hi-tech. Fotografa il muscolo in ogni dettaglio. E riduce i pericoli per il paziente. Arriva una supermacchina
È Force fa la diagnosi col turbo

L'ULTIMO modello l'hanno definito turbo. Ma parliamo di Tac e non di auto. In Italia se ne contano tre. A Roma, Milano e Napoli. «Si chiama "Force" ed è a doppia sorgente di terza generazione. Velocissima, riduce quasi a zero i rischi per il paziente», premette Filippo Cademartini, professore di radiologia a Montreal e all'Erasmus medical center University di Rotterdam.

Può spiegarci come? «Ragioniamo in millisievert, l'unità di misura delle radiazioni potenzialmente dannose. Fino a 7-8 anni fa si lavorava con macchine da 10-15 millisievert. E l'esame erogava una dose di raggi pari a 700 lastre del torace». Ela Tac di oggi, invece? «Tecnicamente è inferiore a un millisievert ed espone a radiazioni equivalenti a meno di 20 radiografie». Lei parlava anche della veloci-

tà, in che senso? «Mi riferisco al tempo rapidissimo di acquisizione delle immagini. Per "fotografare" il cuore in ogni dettaglio, la "Force" impiega meno di un secondo. E una velocità simile si traduce in una dose bassissima di radiazioni. È un abbattimento eccezionale dei due parametri a tutela futura del paziente».

Tutela da quale rischio? «Non è mai stato dimostrato né esiste una prova diretta, ma potenzialmente c'è quello che una Tac toracica possa favorire lo sviluppo di un tumore».

Manca il nesso causa-effetto «Parliamo di numeri infinitesimali. La potenziale incidenza del tumore causato dall'esame è insignificante. Ed è difficilissimo da dimostrare nella pratica clinica per dosi così basse. Ma il rischio, pur se potenziale, va sempre valutato e oggi le tecnologie ci confortano in tal senso».

Resta il problema del mezzo di contrasto e delle sue reazioni «Ecco, questa è un'altra prerogativa. Con la Tac Force se ne inietta una quantità ridotta che però permette di "vedere" le coronarie in ogni particolare. Ovviamente, anche in questo caso, si registra un rischio ridotto, soprattutto per i pazienti affetti da insufficienza renale. E poi c'è un altro vantaggio».

A cosa si riferisce? «Alla maggior precisione delle immagini anche in pazienti con frequenza cardiaca elevata. Con le tecnologie utilizzate finora bisognava ridurla con i farmaci». Come interferisce la frequenza sull'esito dell'esame?

Agisce in meno di un secondo. Con minime radiazioni

«Il veloce movimento del cuore si ripercuote sulla qualità delle immagini. E questo può rendere difficile l'interpretazione dei particolari».

A chi va prescritta la Tac con mezzo di contrasto e di ultima generazione?

«Quando c'è un dolore toracico da definire e che può essere la spia di evento cardiaco».

E se l'esame è negativo? «Se non si rilevano stenosi (restringimenti, ndr) coronariche significative, il paziente non deve fare altro. Solo tenere sotto controllo colesterolo, pressione, fumo e sedentarietà».

(g. d. b.)

CONFESSIONE TELEPIATTA

Senza Farmaci

P6 NAUSEA CONTROL
 INTEGRATORE ALIMENTARE

Goditi il paesaggio...

senza il mal di viaggio!

Contro Nausea, Vomito e Disturbi Digestivi.

GOCCE per BAMBINI

Integratore alimentare a base di Zenzero, Vitamine del gruppo B, e L-Alanina.

CARAMELLE per ADULTI

Integratore alimentare 24 caramelle allo Zenzero contro la nausea.

IN FARMACIA Distribuito da: Consu team S.r.l. Via Pasquale Paoli, 1 - 22100 Como
 info@p6nauseacontrol.com • www.p6nauseacontrol.com

stern Medical center di Dallas (Usa) - mi riferisco a persone che ignorano di essere sotto minaccia e che quindi sarebbero escluse dai programmi di prevenzione».

I ricercatori hanno utilizzato i dati di due studi di grandi dimensioni. Il Dallas Heart Study ha tenuto in osservazione un gruppo di 2202 individui sani per 16 anni, e, pubblicato sulla rivista *Circulation*, è stato in parte finanziato dalla Nasa per sviluppare strategie per predire patologie cardiache negli astronauti. L'altro studio, il Mesa (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis) è stato condotto su 6621 persone da diverse istituzioni: Columbia University, Johns Hopkins, Northwestern University, Ucla, University of Minnesota, Twin Cities Wake Forest University. A conclusione delle ricerche condotte per anni, si arriva a un dato certo: quanto più è alto lo score rilevato, tanto maggiore è il rischio di andare incontro a un evento cardiovascolare. Non solo a infarto nel miocardio o a ictus, ma anche a scompenso cardiaco (indebolimento o irrigidimento del cuore che provoca tra l'altro dispnea, piedi gonfi e stanchezza) e fibrillazione atriale (un'aritmia caratterizzata da un battito cardiaco caotico, del tutto irregola-

re). Già, perché, dicono i ricercatori, uno degli obiettivi principali dello studio è ampliare il campo di applicazione della prevenzione.

Il cardiologo italiano Federico Gentile è uno dei 14 componenti della task force che redige le linee guida per le malattie cardiache dell'American college of Cardiology e dell'American Heart Association (Acc/Aha), le due più importanti società scientifiche americane.

Osserva che la capacità (sensibilità) dell'Ecg «non è alta per l'identificazione dell'ipertrofia ventricolare sinistra», mentre riconosce allo «score del calcio con Tc senza contrasto» il ruolo di «più potente predittore dei 5 test». Tanto che quest'ultimo, conclude lo specialista, «in individui asintomatici e senza diagnosi di nota malattia cardiaca, se associato all'altro dell'American College, l'Ascvd (Malattia cardiovascolare aterosclerotica) in uso da anni, potrebbe essere molto utile per la predizione del rischio cardiovascolare globale. In questo modo il medico di famiglia potrà stimolare i suoi assistiti con score alto a seguire uno stile di vita corretto e una terapia di prevenzione».

CONFESSIONE TELEPIATTA

Tumori. È Brca. Si pensava colpisse solo seno e ovaio. Oggi si scopre invece che riguarda anche prostata e pancreas. E non è solo ereditario

Quant'è diffuso il gene mutato di Angelina

AGNESE CODIGNOLA

L TUMORE DEL seno cambia fisionomia, grazie a una ricerca che mette a soqquadro parecchie delle certezze date per acquisite; e punta tutto sulle firme genetiche. Perché la percentuale dei tumori che contiene una mutazione analoga a quella che ha convinto Angelina Jolie a ricorrere alla mastectomia e all'asportazione dell'ovaio a scopo preventivo, quella dei geni Brca, riguarderebbe una malata su cinque. E questo potrebbe essere il punto di svolta per la terapia: contro quella mutazione ci sono già oggi farmaci che stanno regalando grandi soddisfazioni nell'ovaio, e che sono in studio anche per la mammella: i cosiddetti anti Parp. Non solo: in campo c'è una nuova tecnica che ha già permesso di capire quanto ampio sia il ruolo di Brca nella cancerogenesi di diverse neoplasie, oltre a quelle,

Un farmaco è efficace contro questa anomalia del Dna. Vanno estesi gli studi

già note, di seno e ovaio. Nello studio, pubblicato su *Nature Medicine*, è emerso infatti che gli errori nei geni della famiglia Brca sono molto più diffusi di quanto si pensasse. Uno degli autori è il campano Sandro Morganello che lavora al Wellcome Trust Genome Campus di Cambridge, in Gran Bretagna, e ha messo a punto l'algoritmo innovatore che interpreta le cosiddette firme. «Le firme mutazionali - spiega il ricercatore - sono gruppi di mutazioni che possiamo associare a situazioni specifiche. Si pensi a una casa esposta agli agenti atmosferici: il so sbiadisce il colore, il vento rovina il tetto, la pioggia infiltra le finestre. Lo stesso avviene nel Dna: cause diverse provocano mutazioni peculiari, riconoscibili. Quindi, così come in una casa con il tetto danneggiato ma il colore integro è più fragile il tetto, e va riparato prima del resto, un insieme di piccole alterazioni ci dice che un certo Dna ha un'elevata probabilità (o meno) di mutare proprio in Brca. Il nostro test fornisce quindi un dato probabilistico, ma molto accurato». Fino a oggi, chiarisce infatti Morganello, si cercava la mutazione del singolo gene Brca. Un

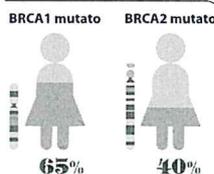
PREVALENZA

41% donne che hanno una storia di cancro



Il 5-7% è ereditario

RISCHI DI AMMALARSI



Un quarto di questi casi dipende dalla mutazione di uno dei geni BRCA

DONNE MALATE (casi in Italia ogni 100.000)



metodo costoso, lento e impreciso.

Del resto, che qualcosa non tornasse nella visione tradizionale delle mutazioni Brca lo si era già intuito vedendo che nell'ovaio, le forme mutate arrivano al 20-25%, e non sono solo quelle ereditarie (fino al 5% del totale); questo significa che ci sono molti tumori che, pur sviluppandosi in persone che non hanno alcuna storia familiare di tumori al seno o all'ovaio, hanno ugualmente Brca mutato. Insomma, il ruolo di Brca nella cancerogenesi è molto più complesso di quanto si pensasse. Tanto che studi preliminari ne stanno dimostrando il coinvolgimento in un tumore alla prostata su dieci e, in base a quanto osservato dal gruppo dello stesso Morganello,

Tumori della mammella

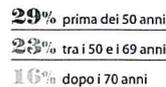
INCIDENZA

Nuove diagnosi (nel 2015)



MORTALITÀ

È la prima causa di morte per tumore nelle donne
12.004 DECESSI



La mammografia va eseguita con cadenza biennale dopo i 50 anni

Il 29% di tutti i tumori diagnosticati nelle donne

SCREENING

In caso di BRCA* mutato mammografia da 25 anni o 10 anni prima dell'età in cui la parente più giovane si è ammalata

*BRCA 1 e 2 (Breast Related Cancer Antigens). La mutazione di questi due geni, la cosiddetta mutazione "Angelina Jolie", aumenta il rischio di ammalarsi

SOPRAVVIVENZA

La sopravvivenza a 5 anni è in costante aumento



FORNTE: AICM INFOGRAFICA ANALISA VARLOTTA

anche nelle neoplasie del pancreas: non si tratta cioè di una specificità della mammella o dell'ovaio, ma di una condizione che probabilmente è presente almeno in una certa quota di tutti i tumori. «Questa è la domanda cui vogliamo dare risposta, a cominciare dai tumori del rene e del colon, sui quali ci stiamo concentrando ora», commenta Morganello. In teoria l'approccio delle firme è applicabile a qualunque tipo di cancro. «Noi - aggiunge lo studioso - abbiamo reso disponibili tutte le informazioni necessarie per applicare l'algoritmo, affinché tutta la comunità scientifica ci aiuti a verificare il maggior numero possibile di forme tumorali».

Anche i clinici devono fare la loro parte, e

ciò verificare se i farmaci anti Parp quali l'olaparib, disponibile anche in Italia, oggi indicati per il carcinoma ovarico, funzionano anche nel caso di quello mammario Brca positivo. Se così fosse, molte pazienti che oggi non rispondono alle terapie classiche potrebbero presto avere a disposizione una nuova famiglia di farmaci molto efficaci, come si è visto nell'ovaio, dove la sopravvivenza, nelle forme avanzate positive per Brca, è passata da poche settimane a 1-2 anni a seconda di alcune caratteristiche genetiche e cliniche. E le prime conferme ci sono già anche per i tumori mammari che non rispondono alle terapie mirate oggi presenti sul mercato.

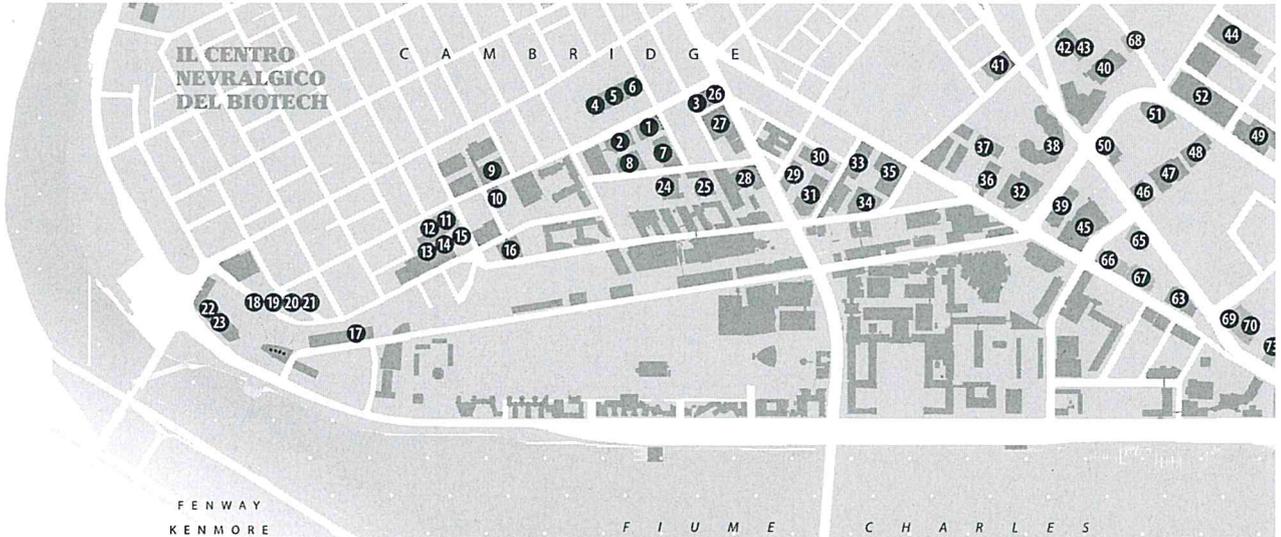
LE DATE

In piazza per le donne

In Italia le diagnosi di tumore al seno sono circa 65.000 all'anno, e quelle di tumori ginecologici 15.000, ma la sopravvivenza a cinque anni, negli ultimi due decenni, è arrivata all'85,5% per i primi, e a oltre il 70% per i secondi. Questo progresso è stato possibile anche grazie ai 70 milioni spesi dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) per finanziare oltre 660 studi specifici condotti da 5.000 ricercatori, sostenuti soprattutto da fondi raccolti nella Giornata dell'azalea, che da sempre coincide con quella della festa della mamma. Quest'anno l'appuntamento, in 3.600 piazze, è per il 14 maggio. Le piante di azalea, che saranno in vendita al prezzo minimo di 15 euro, saranno distribuite insieme a una guida sulla cura che spiega gli elementi da valutare per scegliere a quale struttura rivolgersi, con un occhio di riguardo alle *breast unit*, centri multidisciplinari focalizzati sulla terapia e l'assistenza alle pazienti con tumore al seno. Info: sul sito oppure al numero 840 001 001, attivo dal 26 aprile 24 ore su 24.

B.E.M.S.® 2017
Best Evidences in Multiple Sclerosis
Milano, 10-11 maggio

TEVA
www.tevaitalia.it



IL CASO

A tempo di record

Anche a Boston i tempi delle sperimentazioni, e delle autorità regolatorie che devono approvare (o rifiutare) l'ingresso dei nuovi farmaci sul mercato, possono essere lunghi. Un processo - spiega Gigi Hirsch, direttrice esecutiva del Center for Biomedical Innovation del Mit - che potrebbe essere più scorrevole se ci fosse più collaborazione tra gli attori: accademia, istituzioni, aziende farmaceutiche, associazioni di pazienti. Per facilitare il confronto Hirsch ha implementato il programma NewDigs, un think tank che ha l'obiettivo di riunire intorno a un tavolo i diversi stakeholders - comprese le due agenzie regolatorie americana ed europea, Fda ed Ema - e progettare simulazioni per individuare i punti critici nel lungo percorso che comincia dal laboratorio e finisce in farmacia. «Lavoriamo sull'innovazione di processo, sperimentando soluzioni alternative al classico iter di approvazione dei nuovi medicinali - spiega Hirsch - con l'obiettivo di velocizzare la filiera e portare benefici ai pazienti nel più breve tempo possibile». Ma con la medicina personalizzata le cose stanno cambiando. «Perché non pensare, continua la ricercatrice, a un sì condizionato solo per una popolazione di pazienti, in attesa di un'approvazione generalizzata? E come aiutare le aziende a rispondere meglio alle sollecitazioni degli enti di controllo? Ridurre i tempi di questi processi, conclude Hirsch, potrebbe aiutare non solo a velocizzare i tempi, ma a ridurre i prezzi dei farmaci. (e. m.)

Ricerca. Il Mit, Harvard. Grandi ospedali e piccole imprese. E praticamente tutte le aziende farmaceutiche. Nel raggio di un chilometro si concentra il meglio della scienza mondiale. E si progettano i farmaci che cambieranno la medicina. Eccoli

Boston: quel miglio dove nasce il futuro

ELISA MANACORDA

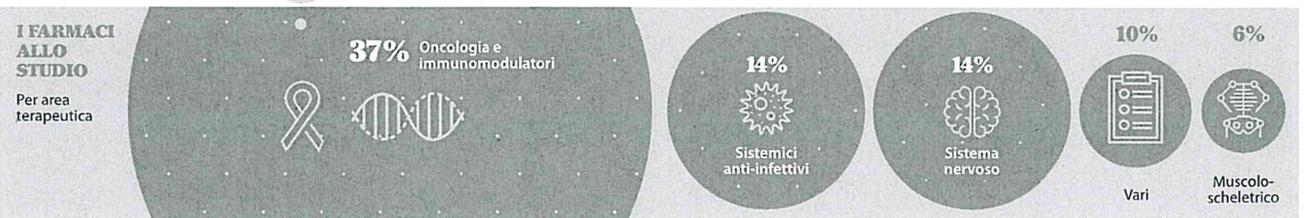
È UNO di quei luoghi destinati a fare la storia della scienza. Qui, nel 1876, arrivò la prima telefonata di Alexander Bell agli uffici di Thomas Watson. Sempre qui, nel 1955, il chimico John Clark Sheenan sintetizzò la penicillina. E nel 1969 gli ingegneri del Massachusetts Institute of Technology svilupparono il computer che avrebbe guidato l'Apollo 11. Qui nel 2001 fu pubblicata la prima bozza del Progetto Genoma Umano che sarebbe diventata la bandiera del Broad Institute, centro di ricerca nato dalla collaborazione tra Mit e università di Harvard. Siamo a Kendall Square, centro nevralgico del più grande hub statunitense delle biotech, sulle sponde del fiume Charles che separa Boston da Cambridge, co-

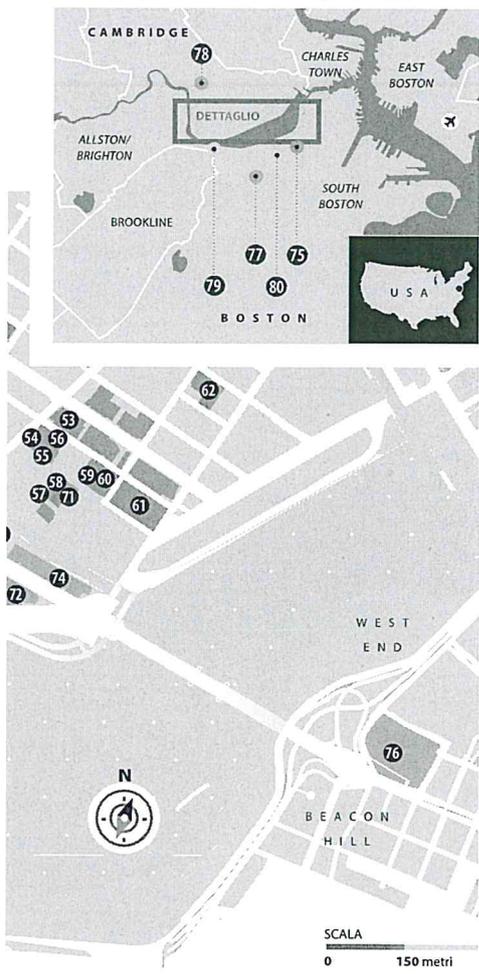
sta est degli Stati Uniti. Un'area dove una singolare concentrazione di cervelli (Harvard e Mit, ma anche Tufts e Northwestern University), centri di cura come il Mass General Hospital o il Dana Farber Cancer Center, start up e disponibilità finanziaria fa da catalizzatore per un'esplosione continua di idee, progetti, ricerche, iniziative che ridisegnano la medicina futura. Su questa piazza o poco lontano hanno stabilito il loro quartier generale colossi come Novartis, Amgen, Biogen, Sanofi Genzyme, Pfizer: multinazionali del farmaco che fanno da collante in un ecosistema di ricerca, innovazione e sviluppo. Qui, ammette Laurence Reid, tra i fondatori di Warp Drive Bio, piccola biotech che si occupa di nuovi antibiotici, è tutto vicino. «Nel raggio di poco più di un chilometro c'è il meglio cui si possa aspirare: i più famosi ricercatori del mondo

accademico, agguerrite start up di biotecnologie, società di venture capital, i migliori clinici dei principali centri di cura per portare avanti i trial sui pazienti, i giganti dell'industria del farmaco per stipulare accordi commerciali con le piccole biotech, gestire i rapporti con le autorità regolatorie e far arrivare i nuovi farmaci sul mercato, in un circolo virtuoso che si autoalimenta». È questo incontro tra competenze e spirito imprenditoriale che fa dell'area Boston-Cambridge il principale polo biomedico nordamericano, prima dell'area di San Francisco e secondo nel mondo solo a Tokio e Singapore. Come dimostra la storia di Jonathan Seidman, professore di genetica cardiovascolare alla Harvard Medical School, e di Christine Seidman, che insegna medicina e genetica nello stesso centro di ricerca. Entrambi interessati alle cardiomiopatie familiari, in particolare alcune rare forme di insufficienza cardiaca a base genetica provocate da un difet-

to nella contrazione dei sarcomeri, le fibre che compongono il tessuto muscolare striato e fanno "battere" il cuore. Dopo anni di studi, i due identificano un nuovo approccio terapeutico per la cardiomiopatia dilatativa, rara condizione per la quale non esiste cura. Nel 2012, grazie ad un fondo di investimento, danno vita alla biotech MyoKardia, cominciano a sperimentare sui topi una sostanza, MYK-491, in grado di modulare il potere contrattile del muscolo cardiaco. Oggi hanno cominciato, in collaborazione con Sanofi, i trial di fase 1 su volontari sani per testarne la sicurezza. «Abbiamo sviluppato la parte clinica, ma quando si entra in quella clinica sono necessarie strutture e competenze fuori dalla nostra portata. E accordi con le aziende farmaceutiche», spiega Jon Seidman. In un luogo dove la distanza è un asset cruciale, la ricerca biomedica fa passi da gigante, attraversando il confine tra ri-

1491 farmaci
In sviluppo per oltre 370 indicazioni terapeutiche

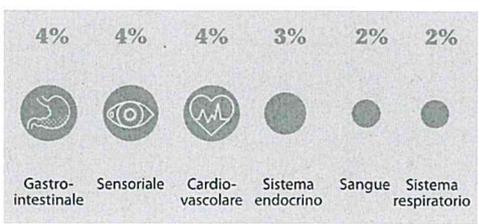




97mila
euro all'anno
il salario medio di
un lavoratore biotech

cerca accademica e impresa. Come ha fatto George King, direttore di ricerca al Joslin Diabetes Center. I suoi studi sulla nefropatia in pazienti con diabete di tipo 1 hanno identificato una proteina che protegge i reni dall'iperglicemia. I dati delle sperimentazioni su animali sono promettenti. E il prossimo anno partiranno i trial su volontari umani. Al Mit Ron Weiss, direttore del centro di biologia sintetica, cerca investitori per il suo progetto di organoidi tridimensionali prodotti in vitro e destinati al trapianto. Poco più in là, al Broad Institute, il direttore del programma di oncologia Jesse Boehm racconta la collaborazione con il vicino Dana Farber Cancer Center per il MBC Project, dedicato alle donne con cancro al seno metastatico: raccogliere i dati di oltre 3000 pazienti. Per fortuna a due passi c'è Google, pronta a investire nei Big Data.

519 milioni
I finanziamenti del National Institutes of Health per 981 progetti



LEGENDA
Massachusetts Institute of Technology

- MIT**
- AZIENDE FARMACEUTICHE O BIOTECH**
- 1 Agios
 - 2 Aveo Pharmaceuticals
 - 3 GlaxoSmithKline
 - 4 Takeda Pharmaceuticals
 - 5 GlaxoSmithKline
 - 6 Novartis Institutes for Biomedical Research
 - 7 Takeda Pharmaceuticals
 - 8 Partners Healthcare
 - 9 Acceleron
 - 10 Nucleus Scientific
 - 11 CRISPR Therapeutics
 - 12 Seres Therapeutics
 - 13 AbbVie
 - 14 RSN Therapeutics
 - 15 Synlogic
 - 16 Aileron
 - 17 Epizyme
 - 18 Syros
 - 19 Bio-Rad
 - 20 Rubius
 - 21 Scholar Rock
 - 22 Sanofi
 - 23 Boston Biomedical
 - 24 Takeda Pharmaceuticals
 - 25 Ariad
 - 26 Novartis Institutes for Biomedical Research
 - 27 Takeda Pharmaceuticals
 - 28 Novartis Institutes for Biomedical Research
 - 29
 - 30
 - 31
 - 32
 - 33 Labcentral
 - 34 Pfizer
 - 35
 - 36 H3 Biomedicine
 - 37 Ragon Institute
 - 38 Draper Laboratory
 - 39 Whitehead Institute
 - 40 Amgen
 - 41 AstraZeneca Neuroscience
 - 42 Cambridge BioLabs
 - 43 Abcam
 - 44 Broad Institute
 - 45 H3 Biomedicine
 - 46 Biogen
 - 47
 - 48
 - 49
 - 50
 - 51
 - 52 Ironwood
 - 53 Editas medicine
 - 54 MassInnovation Labs
 - 55 Momenta Pharmaceuticals
 - 56 Alnylam
 - 57 Sanofi Genzyme
 - 58 Lilly Cambridge Innovation Center
 - 59 Ipsen
 - 60 Baxalta
 - 61 Sarepta
 - 62 Bluebird Bio
 - 63 J&J Innovation
 - 64 TEVA pharmaceuticals

- VENTURE CAPITAL**
- 65 Google
 - 66
 - 67
 - 68 Redstar Ventures
 - 69 Highland Capital
 - 70 Charles River Ventures
 - 71 MPM Capital
 - 72 Flagship Ventures
 - 73 Clarus Ventures
 - 74 Fprime Capital
 - 75 Third Rock Ventures

- OSPEDALI**
- 76 Massachusetts General Hospital
 - 77 Dana Faber Institute

- ACCADÉMIA**
- 78 Harvard University
 - 79 Boston University
 - 80 Northeastern University
- FRONTE MASSACHUSETTS BIOTECHNOLOGY COUNCIL

START UP

La grande corsa ai miracoli Crispr

LA MARATONA, a Boston, gira tutto intorno alla città. Tocca Cambridge, appena al di là del Charles River, passa a nord da Woburn, gira ad est a Waltham, e giù a sud attraverso Brookline. Ma non è la corsa disputata ogni anno ad aprile, che richiama maratoneti da tutto il mondo, bensì quella allo sviluppo dei farmaci del futuro. Si corre nei campi più disparati: dall'oncologia alle malattie rare, dalla neurologia all'influenza. Una corsa cui partecipano le innumerevoli startup disseminate nell'area di Boston, che con il loro numero di dipendenti - da qualche dozzina fino a poche centinaia - quasi impallidiscono di fronte alle migliaia dei vicini giganti di Big Pharma.

Eppure, è proprio in queste piccole aziende che spesso finiscono i finanziamenti e i cervelli che prima approdavano alle grandi industrie farmaceutiche. Cervelli giovani e svegli, interessati ai temi più caldi della ricerca medica: la parola chiave, in questo caso, è Crispr, la tecnologia che permette di modificare il Dna in maniera relativamente sem-

plice e che ha già catalizzato la nascita di diverse startup, anche se mancano ancora prove certe che la tecnologia possa funzionare negli esseri umani, malgrado l'aspra battaglia in corso per il brevetto della tecnologia.

Ecco allora la Exonics Therapeutics, che ha da poco ricevuto dalla CureDuchenne Venture - il ramo investimenti della non-profit CureDuchenne - 5 milioni di dollari per finanziare le proprie ricerche su una terapia genica contro malattie neuromuscolari, come è appunto la malattia di Duchenne. La speranza è che, grazie a Crispr, sia possibile correggere il difetto genetico alla base della malattia e ripristinare la produzione di distrofina, la proteina che manca nei bambini colpiti dalla Duchenne. Non lontano, la Editas Medicine si prepara a presentare al congresso americano sulle terapie geniche di Washington i risultati preclinici dell'utilizzo di Crispr per modificare le cellule staminali emato-

poietiche contro alcune malattie genetiche del sangue, mentre la neonata Tango Therapeutics punterà su Crispr per identificare nuovi target farmaceutici nella lotta ai tumori. A caccia di nuovi bersagli terapeutici è anche Arrakis Therapeutics, che punta però a passare in rassegna gli Rna - le molecole copia del Dna che contengono le istruzioni per la sintesi delle proteine - con lo scopo di mettere a pun-

to piccole molecole che prendano di mira specifici Rna inibendoli. Già a livello di sperimentazione clinica, sebbene solo nella fase 1 - quella pensata per studiare la sicurezza e la tollerabilità di un nuovo potenziale farmaco - è la Moderna Therapeutics. Il loro vaccino a base di Rna, ideato contro un virus dell'influenza aviaria (H10N8), si è appena mostrato efficace e ben tollerato nei pazienti che hanno preso parte allo studio. La maratona biotech non è mai stata così partecipata a Boston.

annalisa bonfranceschi
COORDINAZIONE: RUSFAPATA

IL TUO 5X1000 PER SCONFIGGERE LA TALASSEMIA

Associazione **PieraCutino**
Comunicazione dalla TALASSEMIA

TERESA MANNINO PER ASSOCIAZIONE PIERACUTINO
CODICE FISCALE 97144450828



9 mag
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

Responsabilità professionale, una legge in controtuce

di Gianfranco Iadecola

La classe medica attendeva con ansia, e ormai da tempo, un intervento del legislatore nel settore della propria responsabilità civile, che fosse “protettivo” e riequilibratore rispetto alle tendenze interpretative avverse di un quasi ventennale “dominio” giurisprudenziale, che prende avvio con la prima decisione della Cassazione evocativa del “contatto sociale” (la sentenza 589/1999 della III sezione civile).

A partire da tale pronuncia, non per edictum principis ma unicamente per scelta giudiziale, si era venuto rapidamente instaurando un regime speciale della responsabilità risarcitoria del medico (conformante un vero e proprio “sottosistema” all’interno dell’illecito civile), alimentato da letture creative di *regulae iuris* di disciplina ad hoc, ispirate alla teoria del (richiamato) “contatto sociale” (fonte costitutiva di un rapporto di tipo contrattuale persino tra medico “pubblico” e paziente) e (peraltro dichiaratamente) oggettivamente orientate pro aegroto e - quindi - contra medicum (a causa delle implicazioni svantaggiose - per quest’ultimo - sul piano del termine di prescrizione e della ripartizione degli oneri probatori nel processo).

Per la verità, già nel 2012, il legislatore aveva deciso di reagire a una tale deriva extra ordinem della giurisprudenza di legittimità (di dubbia ortodossia istituzionale, come autorevolmente rilevato - cfr. Busnelli, *Danno e Responsabilità*, 5/2014, pag. 473 e seguenti -, e foriera di “medicina difensiva”), che non si peritava di farsi, da “fruitrice” di precetti normativi, “autrice” di un diritto civile speciale per la categoria dei medici; ma la legge 189/2012 (impropriamente denominata “legge Balduzzi”) non aveva soddisfatto, nonostante i propositi, l’aspettativa di una (pur non differibile) restaurazione (per così dire) controriformistica.

È noto come tale disciplina avesse incongruamente affidato l’attuazione della agognata inversione di tendenza unicamente al laconico - per nulla esplicito - riferimento letterale all’articolo 2043 del codice civile; il che, se aveva fatalmente innescato decisioni di merito tra loro contrastanti (ma pur impegnatamente motivate), aveva incontrato il (pratico) rifiuto di una effettiva analisi da parte della Suprema corte, che nessun credito mostrava di riporre nella presunzione del “legislatore consapevole”, sbrigativamente riproponendo il dogma del “contatto sociale”, matrice di un rapporto - paziente/medico pubblico - assimilabile al contrattuale (cfr. Cassazione, sezione III civile, ordinanza 8940/2014).

La nuova regolamentazione della responsabilità civile sanitaria, recata dalla legge 8 marzo 2017, n. 24 (cosiddetta legge “Gelli-Bianco”), appare disporsi in linea con i desiderata della classe medica, in primis attraverso la esplicita e univoca riconduzione della responsabilità professionale del sanitario della struttura pubblica nel - naturale e originario, nella stessa “lettura” di legittimità ante “contatto sociale” - alveo extracontrattuale.

Nel versante della responsabilità penale, per il vero, non si delineavano esigenze altrettanto pressanti di un intervento pro medico del legislatore. La “condizione penale” del sanitario aveva infatti già beneficiato di un netto miglioramento a partire dai noti “assestamenti” giurisprudenziali (soprattutto) in materia di accertamento della causalità della omissione (ove la sentenza “Franzese” ha notoriamente dettato, sin dal 2002, regole probatorie e criteri di verifica di garanzia, cui è preconizzabile ancora lunga vita nelle applicazioni giurisprudenziali) e di qualificazione della rilevanza delittuosa della violazione del principio del consenso del paziente (ritenuta ormai esente da rimprovero penale dalla sentenza delle sezioni Unite



“Giulini” del 18 dicembre 2008, che ha estraniato il trattamento medico-chirurgico eseguito senza consenso dai delitti contro la vita e l'incolumità individuale nonché - a parte l'ipotesi della prevaricazione del rifiuto di cure espresso dal paziente compos sui - contro la stessa libertà morale).

Deve dirsi che lo stesso profilo della colpa professionale medica era venuto guadagnando, in sede penale, regole di valutazione univocamente più favorevoli. Ciò (per schematica sintesi) era accaduto (certo, anche) (a) per effetto delle previsioni della menzionata “legge Balduzzi” (legge 189/2012, articolo 3, comma 1), portatrici della depenalizzazione della “colpa lieve” del medico che si fosse “attenuto” a linee-guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica; nonché (b) in conseguenza delle applicazioni giurisprudenziali di tali previsioni: orientate a declinare quale “colpa lieve” del medico qualsiasi sua colpa “non grave” (così garantendo spazi assai più ampi di irrilevanza penale del contegno colposo del sanitario rispetto alla voluta legis, a coprire anche condotte affette da colpa - non lieve, ma - “media” o comunque notevole, con esclusione della sola colpa grave, alias grossolana e macroscopica); ma anche proclivi, dopo una originaria lettura restrittiva (cfr. Cassazione 11493/2013; Cassazione 16944/2015; Cassazione 26996/2015), a estendere ben oltre il perimetro della imperizia la tipologia di colpa (“lieve”) divenuta non punibile, sì da ricomprendervi la stessa negligenza e l'imprudenza (quando le linee-guida contengano regole prescrittive di particolare attenzione e cura nello svolgimento di attività considerate “pericolose”, investendo «più la sfera dell'accuratezza, che quella dell'adeguatezza professionale» della prestazione: cfr. Cassazione 23283/2016; Cassazione 45527/2015; Cassazione 47289/2014; si pensi, a esemplificazione di un tale contesto, alla conta delle garze, alle misure per la prevenzione di gesti autolesivi da parte dei pazienti, alle procedure per la disinfezione, alle dimissioni dei ricoverati ecc.).

Ma il segnale più indicativo di una svolta verso criteri di giudizio ispirati a maggiore equanimità e comprensione proviene dalla comparsa, nella giurisprudenza di legittimità, di un nuovo e promettente corso interpretativo della colpa medica: in forza del quale il vaglio del giudice, da un lato (e in aderenza al criterio più corretto di accertamento della colpa), dà rilievo alla concreta situazione circostanziale in cui il soggetto agente ha osservato la condotta causativa di pregiudizio, dall'altro, si apre all'apprezzamento del cd. “versante soggettivo” della colpa. In tale prospettiva, diventano momenti imprescindibili dell'indagine probatoria non soltanto la intervenuta - oggettiva - violazione di una norma cautelare, bensì, anche, la effettiva rimproverabilità personale del comportamento tenuto dal sanitario in quanto, nel contesto in cui ha operato, fosse da lui realmente esigibile il comportamento alternativo capace di salvaguardare l'interesse protetto (cfr., tra le altre: Cassazione, sezione IV, sentenze: 39592/2007, ric. Buggè; 16328/2011, ric. Montalto; 4391/2012, ric. Di Lella; 16237/2013, ric. Cantore; 23283/2016).

Per questa via, che persegue la “personalizzazione” (quasi una “cucitura su misura”) del rimprovero di colpa (attraverso la valorizzazione di tutti gli aspetti peculiari del fatto, di tipo oggettivo e soggettivo), la Corte di cassazione ha inaugurato un percorso di lettura della colpa medica meno rigoristico e severo specificamente in ambito di imperizia (ma secondo un criterio di valutazione fondatamente estensibile anche alle ipotesi della negligenza e della imprudenza: per lo meno nelle situazioni in cui il perimetro circostanziale sia in grado di condizionare, riducendolo, il coefficiente necessario di attenzione, di accortezza, di impegno e di ponderatezza del soggetto agente).

Si ritrova affermato nelle pronunce di legittimità appena richiamate ciò che i medici hanno tradizionalmente rimproverato ai giudici di non considerare, e cioè che essi «non operano in una campana di vetro», e vi si ritiene dovuta una «attenuazione dell'imputazione soggettiva» (e quindi un giudizio sulla colpa ispirato a comprensione e larghezza di vedute) non soltanto in caso di elevata difficoltà tecnica della prestazione da eseguire (per la ambiguità, l'atipicità, l'oscurità, la novità del quadro patologico del paziente), ma in relazione a ogni fattore contingente che complichino la situazione in cui il sanitario viene a operare (l'urgenza - e, tanto più, l'emergenza - terapeutica, la mancanza di presidi e di strumenti adeguati, la complessità e il disagio organizzativi, le difficoltà di specifici settori di cura tra cui, in particolare, quello riferibile alla medicina psichiatrica); dovendo il giudicante tenere anche in conto (quali fattori di valutazione) il grado di esperienza e il livello professionale del sanitario chiamato in causa e le sue stesse condizioni personali al momento dell'intervento (si veda, per tutte, Cassazione 16237/2013, Cantore e, più recentemente, Cassazione 23283/2016, già citate).

La situazione iniziale. Se si vanno ad assommare le previsioni della “legge Balduzzi”, in specie nella “magnanima” ermeneutica della Suprema corte, con la confortante apertura giurisprudenziale di cui si è appena dato conto (e della quale va auspicato un sempre maggiore radicamento, dal momento che essa si raccorda nel modo più coerente al principio di colpevolezza, che postula la punizione dei comportamenti - non solo violativi della prescrizione cautelare, ma anche - effettivamente rimproverabili al soggetto agente, secondo giudizio ex ante e in concreto), sembra potersi ragionevolmente concludere, in linea con quanto già più sopra enunciato, che, allo stato, la “condizione penale” del medico non attraversasse momenti di

“sofferenza”, venendo a incontrare essa, anzi, una sempre più illuminata adeguatezza di vaglio da parte dei giudici.

La legge 24/2017. Accade tuttavia che l’assai recente intervento normativo (la già citata legge 24/2017, cosiddetta legge “Gelli-Bianco”) provveda alla formulazione di una nuova previsione penale in relazione alla morte o alle lesioni personali cagionate «nell’esercizio della professione sanitaria», inserendo (cfr. articolo 6 della legge) nel codice (penale) l’articolo 590-sexies (rubricato: «Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario»). Tale disposizione, a volerne riassumere i contenuti:

- abroga la disciplina penale (relativa alla depenalizzazione della colpa lieve) della “legge Balduzzi” (più precisamente, ne abroga l’intero comma 1 dell’articolo 3);

- introduce (quella che appare) una ipotesi di generalizzata depenalizzazione della colpa medica per (la sola) imperizia (e dunque non estesa alle ipotesi della negligenza e della imprudenza, per nulla riguardate dal novum legislativo), la cui operatività è subordinata alla contemporanea presenza di due presupposti: occorre, infatti, che dall’«esercente la professione sanitaria» siano state «rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali», e che dette raccomandazioni «risultino adeguate alle specificità del caso concreto».

Viene così praticamente sancita la liceità penale della imperizia in cui incorra il sanitario nell’applicazione di tali “raccomandazioni”, ferma restandone l’ordinaria rilevanza (quale che sia il grado della imperizia medesima, e dunque anche se lieve) quando queste ultime (prescelte e applicate dal medico) non siano confacenti alle peculiari condizioni del paziente e alle relative esigenze di diagnosi e cura.

La «abolitio criminis». Senza dubbio, la introduzione di una abolitio criminis, sia pure sub condicione, in relazione ai reati di lesioni personali e di omicidio colposo commessi dal medico per imperizia, rappresenta il profilo più significativo (e sorprendente) della disciplina penale in esame, anche e soprattutto perché la nuova disposizione di favore opera in modo generalizzato, ovvero indipendentemente sia da coefficienti di (elevata) difficoltà della prestazione diagnostico-terapeutica eseguita dal sanitario, sia dal grado della imperizia consumata, e, dunque, anche in caso di imperizia grossolana o macroscopica (alias grave).

A una tale stregua, il legislatore si distacca palesemente dai criteri di valutazione dell’imperizia ormai sedimentati nel “diritto vivente”, a partire dai dicta - fondamentali e costitutivi - della sentenza 166/1973 della Corte costituzionale, sino al pluriennale (costante) adeguamento a essi della Corte di cassazione (dapprima attraverso l’esplicito richiamo al precetto dell’articolo 2236 del Cc, e, in prosieguo, mediante il recupero del «nucleo di razionalità di giudizio» innegabilmente insito in tale disposizione); (criteri) secondo i quali una valutazione benevola della mancanza di conoscenza delle leggi dell’arte o di un deficit di abilità tecnica da parte del medico (e dunque dell’imperizia di questi) poteva essere giustificata solo in caso di elevata difficoltà della prestazione da eseguire e sempre che la colpa del sanitario non fosse rilevante al punto che nessun altro sanitario dello stesso livello ed esperienza professionali vi sarebbe incorso (e cioè sempre che non si trattasse di una colpa grave, ossia madornale e inescusabile).

Si può ritenere, a voler esemplificare, che vengano a beneficiare della appena descritta “larghezza di vedute” del novello legislatore i medici che commettano errori (si ribadisce: quale che ne sia la gravità, e anche ove il caso trattato sia esente da ogni complessità e anzi di facile e routinaria soluzione) nella fase di trasposizione applicativa delle linee guida (sempre che congruamente prescelte). L’unica ipotesi di permanente rilevanza penale della imperizia sanitaria è quella relativa all’assestamento di linee guida che siano inadeguate alle peculiarità del caso concreto: si ritiene cioè meritevole di punizione il medico che, secondo giudizio (naturalmente) ex ante, abbia prescelto e si sia attenuto a un «sapere scientifico codificato» estraneo e non conferente alle particolarità delle condizioni del suo paziente. A tale ipotesi potrebbe essere fondatamente ricondotta anche la opzione del sanitario di insistere nella applicazione delle “raccomandazioni” provenienti dalle linee guida pur quando le stesse vengano a risultare, in itinere, nell’andamento della cura, sprovviste di vantaggiosità ed efficacia per la persona assistita.

Norme in favore dei camici bianchi. Nei primi commenti alla nuova disciplina penale (Brusco, Il Penalista, 1° marzo 2017; Piras, Diritto penale contemporaneo, 1° marzo 2017) si manifesta opinione diversa da quella appena esposta, praticamente ritenendosi la disposizione in esame priva di ogni valenza innovativa e meramente destinata alla enunciazione constatativa, ovvia quanto inutiliter data, dell’assenza di profili di colpa per imperizia allorché il medico abbia “rispettato” il sapere scientifico più accreditato (selezionato secondo le indicazioni di legge), dopo averlo adeguatamente individuato in relazione alle peculiari condizioni del suo paziente.

Appare evidente che se si intende il “rispetto” di cui al dettato della legge come condotta applicativa esatta, puntuale e completa delle «raccomandazioni previste dalle linee guida... ovvero, in mancanza di queste, alle

buone pratiche clinico assistenziali», la norma recherebbe nient'altro che la indicazione di un comportamento del sanitario del tutto conforme a perizia, e potrebbe effettivamente essere considerata superflua e inesplicita (salvo che per la previsione della - segnalata - residuale ipotesi di contegno imperito penalmente rilevante, legata alla "cattiva scelta" delle linee guida).

Parrebbe, peraltro, che la "consapevolezza" da (doverosamente) accordarsi al legislatore (il principio di "consapevolezza del legislatore" dovrebbe costituire un ordinario canone interpretativo del suo "prodotto") e lo spiccato animus adiuvandi (nei confronti del medico) che certamente permea la legge 24/2017 (e che ragionevolmente depone a favore di una lettura in chiave di volontà di alleviamento della stessa posizione del sanitario che sbaglia per imperizia) possano legittimare l'interpretazione più sopra rassegnata: la quale implica, da un lato, una accezione evidentemente non letterale del "rispetto" delle "raccomandazioni" di cui alla fattispecie dell'articolo 590-sexies del Cp, da intendersi piuttosto come evocativo dell'atteggiamento del sanitario che si sia "ispirato a esse", conseguentemente "orientando" le proprie scelte diagnostiche o terapeutiche, e, dall'altro, che il medico incorra in imperizia nella fase dell'adattamento applicativo del «sapere scientifico codificato», previamente selezionato in modo corretto rispetto alle "specificità" del paziente in trattamento.

Non può sfuggire, d'altra parte, che il senso che qui si attribuisce alla formulazione dell'articolo 590-sexies, secondo comma, del Cp incontra un significativo riscontro confermativo nell'applicazione riservata dalla giurisprudenza di legittimità all'articolo 3, comma 1, della "legge Balduzzi", ove pure compariva il principio della «non responsabilità penale per colpa lieve» dell'«esercente la professione sanitaria» che «si attiene» a linee guida e a buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica.

Tale disposizione di favore, essa stessa letteralmente evocante l'«attenersi» del medico ai più qualificati precetti scientifici disponibili (secondo espressione che appare francamente un sinonimo del "rispettare" gli stessi, di cui alla legge 24/2017), è stata dalla Suprema corte ordinariamente riferita (cfr., tra le molte, Cassazione, sezione IV, sentenze 16237/2013, 11493/2013; 45527/2015; 8080/2017) alle situazioni in cui il sanitario avesse errato «nel processo di adeguamento del sapere codificato alle peculiarità contingenti», e cioè nella trasposizione attuativa di detti precetti (cui aveva correttamente ispirato il proprio comportamento, ossia che aveva esattamente individuato in relazione alle specifiche esigenze diagnostiche-terapeutiche del malato).

Vale aggiungere, a sostegno della sovrapposibilità delle due locuzioni verbali, che la stessa legge 24/2017 impiega indifferentemente, mostrando palesemente di considerarli quali sinonimi, i termini «rispettare» e «attenersi»: e infatti, se nel testo dell'articolo 590-sexies del Cp in esame (come visto, introdotto dall'articolo 6 della legge) si dice di «raccomandazioni... rispettate», nell'articolo 5 (della legge medesima) si pone l'enunciato di fondo e generale (richiamato per relationem dallo stesso articolo 590-sexies del Cp, allorché indica le modalità di «definizione e pubblicazione» delle linee guida) secondo cui «gli esercenti le professioni sanitarie... si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni...» ivi disciplinate.

Che fine fa il criterio di ragionevolezza? Ora, se quella di cui si è appena dato conto può costituire una attendibile interpretazione della nuova formulazione normativa, non possono nascondersi serie riserve sul piano della conformità a criterio di ragionevolezza (e dunque nella prospettiva del precetto dell'articolo 3 della Costituzione) della scelta operata dal legislatore, dal momento che si sarebbe sancito - con indiscriminato riferimento alla colpa per imperizia nell'esercizio della professione sanitaria - un trattamento penale ingiustificatamente differenziato e favorevole.

Deve essere ribadito che l'attività medica (e sanitaria in genere) merita protezione dall'ordinamento penale quando sia esercizio difficile, perché non si potrebbe pretendere da tutti coloro che la praticano il massimo della bravura tecnica sì da pervenire a punirne ogni e qualsiasi errore anche a fronte di prestazioni di elevata difficoltà e complicatezza; in altre parole, è giusto che, se la prestazione si presenta assai complessa, il sanitario sia assoggettato a sanzione penale non per qualsiasi errore commesso, ma solo se si accerta che egli risulti privo dei "fondamentali" della sua professione, ossia manchi di quelle conoscenze e abilità di base che si devono pretendere da parte di ogni medico (il che vale a dire: quando versi in colpa grave).

Ma se l'attività che il medico è chiamato a svolgere sia semplice e agevole nella sua routine, non pare possa trovare ragionevole spiegazione approntare regole speciali di favore, tanto meno tali da garantirgli in ogni caso l'impunità penale, anche quando l'inadeguatezza tecnica della prestazione eseguita (pur nella piana situazione ipotizzata) sia concludentemente grave e inescusabile.

Insorgerebbe, insomma, serio dubbio sulla conformità alla Costituzione della disposizione in esame, e il rischio di uno scrutinio negativo della Corte costituzionale sarebbe forte, specie alla luce dell'insegnamento dalla stessa impartito con la decisione 166/1973, più sopra citata, secondo il quale - come si ricorderà - la

valutazione al limite della colpa grave dell'imperizia non può oltrepassare il circoscritto perimetro della prestazione professionale implicante la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà: solo in tal caso, rilevava la Consulta (espressamente richiamando l'articolo 2236 del Cc), «la deroga alla regola generale della responsabilità penale per colpa ha in sé una adeguata ragione d'essere», essendo «l'indulgenza del magistrato direttamente proporzionata alla difficoltà del compito».

Le linee guida e la libertà terapeutica. Nel primo dibattito sulla nuova disciplina della responsabilità sanitaria si è più volte affacciata la preoccupazione di una limitazione della libertà diagnostico-terapeutica del medico in conseguenza della predeterminazione ope legis delle linee guida alle quali egli "si attiene", ai sensi dell'articolo 5 della legge 24/2017 e per gli effetti liberatori (di depenalizzazione) di cui all'articolo 6 (articolo 590-sexies, secondo comma, del Cp) della legge medesima, al punto da parlarsi di rischio di "una medicina di Stato" o "burocratizzata".

Nell'appena citato articolo 5 si prevede, in effetti, che le linee guida cui "attenersi" siano (solo) quelle «elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del ministro della Salute» (le medesime, con i previsti aggiornamenti biennali, vengono pubblicate sul sito internet dell'Istituto superiore di Sanità pubblica); si stabilisce poi, nell'articolo 6 (e precisamente nel citato articolo 590-sexies, secondo comma, del Cp), che condizione di operatività della (già esaminata) clausola di depenalizzazione della colpa per imperizia sia il fatto che vengano dal medico «rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge» (le quali "risultino") «adeguate alle specificità del caso concreto».

Si può constatare che il nuovo legislatore, nel mutuare - chiaramente-dalla "legge Balduzzi" l'assunzione delle linee guida e delle buone pratiche a parametro di valutazione della colpa del medico, abbia posto rimedio a una - rapidamente evidenziatasi - criticità applicativa di quella legge, connessa alla indeterminatezza del "sapere scientifico codificato" che il sanitario avrebbe dovuto farsi carico di reperire e assecondare, il quale veniva solo genericamente evocato come «accreditato dalla comunità scientifica» (articolo 3, comma 1, della legge 189/2012), ma la cui individuazione a opera del medico non era agevolata dalla indicazione preventiva di alcun criterio di scelta.

In effetti, la legge 24/2017 provvede a integrare la precedente disciplina attraverso la selezione e la specificazione delle linee guida "affidabili" (per il vero nulla dicendo a proposito delle "buone pratiche"), identificate in quelle provenienti da società scientifiche e associazioni di cui vengono regolati i requisiti per la iscrizione nell'elenco istituito presso il ministero della Salute (con riferimento, tra l'altro, all'inesistenza del per la iscrizione nell'elenco istituito presso il ministero della Salute fine di lucro e alla dichiarazione e regolazione di conflitti di interesse); affidando all'Istituto superiore di Sanità il compito di controllare la correttezza metodologica e il fondamento scientifico delle raccomandazioni elaborate dai soggetti citati.

Non può - allora - disconoscersi che il medico sia affrancato da impegni accertativi che potevano risultare onerosi e difficilmente esigibili nei termini pretesi dalla giurisprudenza di legittimità, la quale richiedeva da parte del sanitario la verifica non solo della autorevolezza e del credito dei principi scientifici contenuti nelle linee guida individuate, ma anche dell'assenza sia di condizioni di incompatibilità nei "fattori" delle stesse che di finalità meramente economicistiche e di risparmio (cfr., fra le altre, Cassazione, sezione IV, 16237/2013, citata.).

È anche vero però, rebus sic stantibus, che, se si considera che il Tribunale di Milano (ord. del 21 marzo 2013) ebbe, all'indomani della entrata in vigore della legge cd. "Balduzzi", a porne questione di costituzionalità dell'articolo 3, comma 1, per violazione del principio di libertà della scelta terapeutica ex articoli 3 e 33 della Costituzione (prefigurando i prevedibili effetti frenanti sulla ricerca scientifica e la sperimentazione clinica connessi all'appiattimento delle prassi mediche nonché lo scoraggiamento della ricerca di iniziative più personalizzate e adeguate), si potrebbe fondatamente ritenere che vengano oggi a delinarsi, per effetto delle nuove e "categoriche" previsioni normative, ragioni maggiormente pregnanti di sostegno ad analoga questione.

Le linee guida viste dalla Cassazione. Il tema della rilevanza delle linee guida è stato ampiamente affrontato nella giurisprudenza di legittimità in sede di applicazione del citato articolo 3, comma 1, della "legge Balduzzi".

La Suprema corte ha riconosciuto al richiamo (introdotto da tale disposizione) al sapere scientifico più qualificato (espresso dalle linee guida e dalle prassi accreditate) il pregio di avere conferito maggiore tassatività e precisione al contenuto della colpa per imperizia (sino ad allora genericamente associata al mancato rispetto di indefinite "leggi dell'arte medica"), ma anche l'effetto benefico di ridurre e superare gli

spazi dell'incontrollato soggettivismo del terapeuta, costituendo una utile guida per orientarne in modo appropriato ed efficiente le decisioni.

La Cassazione ha ascripto, per questa via, alle linee guida la natura di «istruzioni di massima», o di «autorevole raccomandazione», affermando che, pur possedendo un innegabile contenuto genericamente cautelare, esse non potrebbero essere assimilate a delle vere e proprie prescrizioni cautelari (quand'anche provviste di elasticità), che offrano standards legali precostituiti e siano vincolativamente dettate in relazione alle specificità del singolo caso concreto (per il quale, in realtà, possedendo la natura di raccomandazione di carattere "generale", neppure sono predisposte); espressamente, quindi, (la Cassazione) concludendo che la loro infrazione non possa configurare una ipotesi di colpa specifica ex articolo 43, terzo alinea, del Cp (cfr., in particolare, sentenze 16237/2013, 23283/2016, citate).

E se il medico si attiene a linee guida «altre»? Gli approdi della giurisprudenza di legittimità, tra l'altro in linea con le ordinarie posizioni della medicina legale, non possono che essere condivisi, poiché corrispondono alla natura stessa - delle linee guida - di "direttive scientifiche" approntate per classi di pazienti, e non di precetto calibrato sulla peculiarità della situazione del singolo malato.

Peraltro, sembra anche doversi prendere atto che se, nella formulazione dell'articolo 590-sexies, secondo comma, del Cp, la irrilevanza penale dell'imperizia commessa dal soggetto agente è strettamente condizionata alla scelta applicativa - da parte dello stesso - di una linea guida che, risultando «adeguata alle specificità del caso concreto», rientri tra quelle «definite e pubblicate ai sensi di legge», ne scaturisca che, per lo meno ai sensi e per gli effetti benefici della previsione normativa in questione, l'adeguamento alle raccomandazioni contenute nelle linee guida "istituzionalmente validate" diventi di fatto vincolante e imperativo per il medico.

Se così è, e nei limiti della possibile fruizione della clausola di depenalizzazione (che - si potrebbe osservare - non sembra essa stessa esente da dubbio di costituzionalità con riferimento alla ragionevolezza della scelta legislativa di non prevedere una rilevanza egualmente risolutiva - della valenza penale della condotta per imperizia - in caso di osservanza da parte del medico di principi scientifici dotati di pari o superiore credito all'interno della comunità scientifica internazionale), non pare discutibile che il medico subisca, in parte qua, una deminutio della propria libertà di diagnosi e cura (anche se potrebbe pure rilevarsi che permanga comunque uno spazio di discrezionalità tecnica in capo al medico in relazione al vaglio - che gli è riservato - di «adeguatezza» delle linee guida «istituzionali» alle «specificità del caso concreto»).

Al di fuori, peraltro, del perimetro di operatività della disposizione di favore contenuta nell'articolo 590-sexies, secondo comma, del Cp, e, dunque, ai fini dell'ordinario accertamento processuale della colpa per imperizia professionale, deve viceversa ritenersi che tornino a valere i criteri valutativi di verifica (non variati dal nuovo testo normativo) e le qualificazioni (esse stesse immodificate) sulla natura delle linee guida da tempo elaborati dalla giurisprudenza di legittimità, la quale non ha mai messo in discussione la piena libertà diagnostico-terapeutica del medico.

Ne deriva che il medico che nel trattamento del paziente non si attenga alle linee guida predeterminate ai sensi della legge 24/2017, ma ritenga di assecondarne altre, ad esempio provenienti da società scientifiche autorevoli ma che non si siano preoccupate di iscriversi nell'«elenco istituito e regolamentato con decreto del ministro della Salute», non potrebbe essere, automaticamente e ipso facto, assoggettato a rimprovero di colpa per imperizia, come se si venisse a delineare a suo carico una ipotesi di colpa specifica.

In tal caso (come - parrebbe - anche nel caso in cui, pur in presenza di linee guida confacenti alle particolari condizioni del paziente, il sanitario le trascuri e asseconi direttamente le buone pratiche clinico-assistenziali), il giudizio di responsabilità colposa non potrebbe che essere condizionato al riscontro dei fattori dimostrativi della imperizia; e il relativo addebito troverebbe la sua fondatezza non nel semplice fatto di avere il medico prescinduto dalle linee guida "legali" (che abbiano ricevuto "validazione istituzionale"), ma nell'essersi conformato a informazioni scientifiche sprovviste di credito nella comunità degli esperti o ormai superate dalle acquisizioni tecnico-scientifiche sopravvenute al punto da essere considerate desuete e sconsigliate, ovvero anche nell'aver scelto linee guida che già ex ante apparivano non pertinenti alla contingenti necessità diagnostico-terapeutiche del malato (o, ancora, nella permanenza della loro applicazione, pur essendosene chiaramente appalesata la ininfluenza sullo stato di salute del malato medesimo).

Nulla cambia fuori dal 590-sexies. Un profilo di problematicità solo apparente sarebbe quello in ordine alla perdurante applicabilità - in costanza della nuova disciplina penale in materia di imperizia - del precetto dell'articolo 2236 del Cc, ovvero, e più fondatamente, del "criterio di razionalità del giudizio" (e della "regola

di esperienza”) che esso esprime (come più volte affermato dalla giurisprudenza di legittimità: a partire dalla sentenza 39592/2007, Buggè).

Al di là, invero, della stessa indicazione (non ostativa) proveniente dal tenore letterale della formulazione normativa (l’articolo 590-sexies del Cp si limita ad abrogare l’articolo 3, comma 1, della “legge Balduzzi”, senza fare alcun riferimento alla previsione civilistica richiamata), non pare ravvisarsi alcuna probante ragione per una interruzione dell’illuminato corso giurisprudenziale (più sopra ricordato) che, in particolare in tema di imperizia, in adesione ai corretti parametri di verifica della colpa, ha mostrato di farsi sempre di più carico delle elevate difficoltà di un irreprensibile esercizio dell’attività medica in taluni (impervi) contesti circostanziali (pervenendo a soluzioni valutative ispirate a comprensione e benevolenza).

Vale infatti ricordare in merito che, come già rilevato, il contenuto della previsione di depenalizzazione di cui al secondo comma dell’articolo 590-sexies del Cp ha un preciso perimetro di operatività e non interferisce in alcun modo sugli ordinari criteri di accertamento della colpa per imperizia, i quali non subiscono variazione.

Il possibile «colpo di coda» della legge Balduzzi. I rapporti successivi tra le disposizioni penali della legge 24/2017 e della “legge Balduzzi” sono necessariamente condizionati dal fatto che l’applicazione del nuovo statuto di disciplina è subordinata alla acquisita disponibilità delle linee guida accreditate e validate secondo la procedura regolata dalla recentissima legge (ex articolo 5 della stessa).

La stessa prevista operatività suppletiva delle buone pratiche clinico-assistenziali è ragionevolmente destinata a concretizzarsi solo una volta varate (“definite e pubblicate”) le linee guida stesse, atteso il ruolo subordinato e succedaneo che a esse è attribuito nella legge rispetto a queste ultime. Sicché, sino al perfezionamento del processo di definizione e pubblicazione, la nuova disciplina penale non risulterà praticamente utilizzabile, e, d’altra parte, quando lo diventerà (in una sorta di operatività differita), essa non potrà essere applicata ai fatti commessi prima della sua entrata in vigore.

In tali termini sembrerebbe essersi pronunciata la stessa Suprema corte in occasione della prima (effettiva, per quanto noto) pronuncia sugli aspetti penali della legge 24/2017, della quale è allo stato conosciuta solo la “notizia di decisione”, che vale comunque la pena di riportare:

«La legge 24/2017 ha introdotto, all’articolo 5, un nuovo statuto disciplinare delle prestazioni sanitarie, governato dalle raccomandazioni espresse dalle linee guida accreditate e, in mancanza, dalle buone pratiche clinico-assistenziali»;

«Ai sensi dell’articolo 590-sexies del Cp introdotto dall’articolo 6 della medesima legge, tale nuovo quadro disciplinare è rilevante anche ai fini della valutazione della perizia del professionista con riguardo alle fattispecie di cui agli articoli 589 e 590 del Cp; e, per la sua novità, trova applicazione solo ai fatti commessi successivamente all’entrata in vigore della novella»;

«Per i fatti anteriori può trovare ancora applicazione, ai sensi dell’articolo 2 del Cp, la disposizione di cui all’abrogato articolo 3, comma 1, della legge 189/2012 che aveva escluso la rilevanza penale delle condotte lesive connotate da colpa lieve, nei contesti regolati da linee guida e da buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica» (Cassazione, sezione IV udienza del 20 aprile 2017, P.C. Tarabori c/ De Luca).

A una tale stregua, viene a determinarsi uno “spartiacque” tra la precedente e la successiva disciplina: nel senso che ai fatti pregressi (commessi prima dell’entrata in vigore della legge 24/2017) potrà continuare ad applicarsi l’articolo 3, comma 1, della “legge Balduzzi” (ma non la nuova disciplina, neppure ove ritenuta più favorevole), laddove alle condotte mediche successive si applicherà unicamente la legge 24/2017 (essendo preclusa l’applicazione della norma della “legge Balduzzi”, ove anche ritenuta più vantaggiosa, per effetto della sua sopravvenuta abrogazione espressa, ex articolo 590-sexies, comma terzo, del Cp).

Attinte tali conclusioni, non può sfuggire come residui un aspetto (realmente) problematico relativamente ai comportamenti osservati dopo l’entrata in vigore della nuova disciplina (e cioè dal 1° aprile 2017), ma prima del perfezionamento delle procedure di accreditamento e validazione delle linee guida previste dalla legge, i quali (comportamenti), se è esatto quanto dedotto, rimarrebbero di fatto sprovvisti di “copertura” penale.

Ciò a meno di non ritenere (distaccandosi dalle proposizioni più sopra poste) che, finché non si saranno rese disponibili le linee guida “legali”, il parametro di valutazione della colpa per imperizia debba essere (unicamente) il rispetto delle buone pratiche clinico assistenziali (così interpretando il secondo comma dell’articolo 590-sexies del Cp).

Se dovesse pervenirsi a tale conclusione, data l’assenza - nella legge 24/2017 - di qualsiasi definizione e qualificazione di tali buone pratiche, queste dovrebbero essere ragionevolmente identificate con le prassi mediche accreditate dalla comunità scientifica e sostenute da principi scientifici generalmente condivisi.

Per questa via, come si vede, si tornerebbe al parametro di giudizio fissato (ad altri fini) dalla “legge Balduzzi” (la quale peraltro disponeva su di un piano di parità linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica: cfr. articolo 3, comma 1, della legge 189/2012): paradossalmente facendo dipendere da un criterio di accertamento della colpa per imperizia ormai abrogato gli effetti di depenalizzazione previsti dalla nuova disciplina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

SENTENZE

02 Settembre 2015

Danno estetico, se l'intervento non riesce risarcito il paziente non adeguatamente informato

SENTENZE

01 Settembre 2015

Danno iatrogeno inesistente, scatta il risarcimento per ospedale e medico

IN PARLAMENTO

02 Settembre 2015

Responsabilità, il relatore Gelli: «Si parte la prossima settimana»
