



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

17 MAGGIO 2017

RASSEGNA STAMPA



L'addetto Stampa
Massimo Bellomo Ugdulena

I BANDI DELLA CENTRALE UNICA

CALATO IL REQUISITO DEL FATTURATO MINIMO PER LA PARTECIPAZIONE. E A BREVE SI AFFIDERANNO I SERVIZI DI RISTORAZIONE

La Regione riapre il grande business degli appalti in sanità: gare per 330 milioni

● Dall'acquisto degli stent coronarici ai servizi di pulizia di Asp e ospedali: «Tornano in gioco» le aziende siciliane

La gara per la fornitura centralizzata di farmaci, ancora in corso, ha già visto l'assegnazione di 1.600 lotti su 2 mila: «Abbiamo registrato» dicono dalla Centrale, «un risparmio di 220 milioni all'anno sulla base d'asta».

Giacinto Pipitone
PALERMO

●●● Ieri è stato pubblicato il bando da 80 milioni per acquistare gli stent coronarici, domani vedrà la luce quello da 250 milioni per assegnare il servizio di pulizia in Asp e ospedali. Ed entro qualche settimana arriverà anche la gara per il servizio di ristorazione. Dopo le polemiche dei mesi scorsi, riparte il business degli appalti centralizzati nella sanità pubblica.

E cambiano significativamente i paletti delle gare bandite dalla Centrale unica per gli acquisti della Regione. È un passaggio cruciale, questo. Nei mesi scorsi il presidente Crocetta aveva raccolto il grido d'allarme delle associazioni di categoria delle piccole e medie imprese: secondo cui accentrare gli appalti stava portando a gare di livello enorme a cui le aziende siciliane non riuscivano a partecipare perché troppo piccole per dimensioni di fatturato o troppo deboli rispetto ai colossi nazionali.

Ne venne fuori una violenta polemica con l'assessore all'Economia, Alessandro Bacceti, che stava portando a una crisi di governo: l'assessore aveva difeso la logica delle gare centralizzate e dei bandi che sfruttavano la «selezione naturale» del mercato. Poi un ricorso al Tar - e la sospensione ottenuta dai ricorrenti - ha offerto la possibilità di riscrivere la gara principale, proprio quella

per le pulizie nelle Asp e negli ospedali.

Ed ecco che il direttore della Centrale unica di committenza, Fabio Damiani, è pronto a ripubblicare il bando riveduto e corretto. Cambia innanzitutto il numero dei lotti: si passa da 5 a 6. E cambia anche il numero degli anni di assegnazione del servizio: da 5 a 4. Ampliando l'offerta e diminuendo il numero di anni di assegnazione si abbasserà il livello



L'UFFICIO: SULLA FORNITURA DI FARMACI RISPARMIATI 200 MILIONI DI EURO

lo della competizione fra le aziende, almeno secondo i piani della Regione. «In questo modo - commenta Damiani - tendiamo una mano alle pmi isolate. Si consideri che abbiamo anche abbassato il requisito del fatturato minimo per poter partecipare alle gare. E lo abbiamo fatto dopo un confronto con le associazioni di categoria».

Il bando metterà in palio 6 lotti per le pulizie in 18 fra Asp e ospedali: ci saranno quindi pacchetto di sedi ospedaliere per cui competere. Ogni azienda vincitrice potrà aggiudicarsi un massimo di 2 lotti: quindi si prevede un massimo di tre vincitori. È ovviamente possibile presentarsi in cordata e il bando prevederà che chi si aggiudica un lotto potrà subappaltare il 30% del valore del servizio.

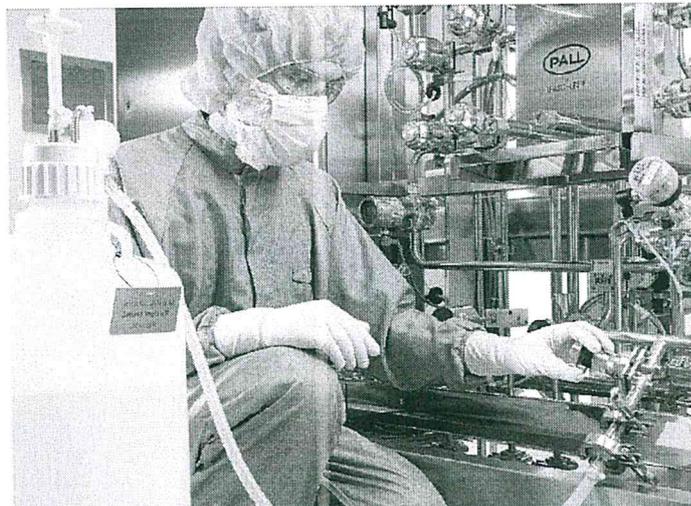
Basterà a riportare le aziende si-

ciliane in gioco nel grande business degli appalti nella sanità? Si vedrà fin dal momento della presentazione delle domande. In questo modo però a Palazzo d'Orleans pensano di aver trovato una mediazione fra gli aut aut di Crocetta e le regole nazionali (sul modello Consip) che la Centrale è obbligata a rispettare.

Non a caso ieri si è praticamente sbloccato tutto l'arretrato delle gare. È già stato pubblicato il bando per gli stent coronarici e periferici: vale 80 milioni e 181 mila euro come base d'asta. I lotti da assegnare sono 28. E si può già presentare le domande.

In due giorni, fra ieri e domani, arriveranno quindi bandi per 330 milioni. Ed entro metà giugno la Centrale unica conta di pubblicare anche il bando per il servizio di ristorazione in Asp e ospedali che avrà un valore simile a quello del servizio di pulizia.

L'obiettivo resta quello di risparmiare acquistando a livello centrale mega forniture che evitano la parcellizzazione registrata fino ad ora. Basti pensare che per il servizio di pulizia fino ad ora la sola Asp di Palermo ha speso 10 milioni all'anno. E qualche dato confortante sui risultati economici c'è già. La gara per la fornitura centralizzata di farmaci, ancora in corso, ha già visto l'assegnazione di 1.600 lotti su 2 mila: «Abbiamo registrato» - precisa Damiani - un risparmio di 220 milioni all'anno sulla base d'asta». E, questo, l'appalto più ricco mai bandito in Sicilia: vale un miliardo e 100 milioni e assegna forniture per 4 anni. Vicina al traguardo anche la gara per le assicurazioni che ha fatto registrare un risparmio di circa due milioni rispetto ai costi precedenti.



Pronti i mega-band di della Regione per acquisti e servizi nella sanità

ilSito di Sicilia

Quotidiano diffuso via internet - Direttore Editoriale **Giampiero Cannella**



I MIGLIORI RISTORANTI DI PALERMO
DIRETTAMENTE A CASA TUA



Home Cronaca Politica Economia Cultura Spettacoli Sport Salute Food La Redazione Media Social

mercoledì 17 maggio 2017



Palermo, all'azienda ospedaliera "Villa Sofia-Cervello" controlli parametri a distanza

Written by redazione ilsitodisicilia, lunedì 15 maggio 2017

Novità digitali all'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello. La Direzione strategica ha dotato recentemente l'Unità operativa di Medicina Interna dell'Ospedale Villa Sofia, diretta da Gabriele Nicolosi, di un dispositivo, il WinPack 1.0, attraverso il quale possono essere monitorati i parametri vitali di pazienti ad alto rischio di deterioramento d'organo per gravi eventi acuti.

Si tratta di un apparecchio di piccole dimensioni e leggero, dotato di un'unità centrale (alimentata a batterie) cui si agganciano cinque moduli indipendenti che registrano h24 i parametri vitali del paziente. I dati, trasmessi via Wifi ad un server di reparto, possono essere visionati, con l'uso di un software specifico, da qualunque postazione pc, tablet o smartphone e quindi valutati dal medico o presso lo stesso letto del paziente (un qualunque letto di degenza ordinaria) o a distanza. "Abbiamo introdotto – sottolineano il Direttore generale Gervasio Venuti e il Direttore sanitario Pietro Greco – uno strumento innovativo rispetto ai tradizionali apparecchi in uso che necessitano di un monitor fisso accanto al letto del malato e di un'area dedicata del reparto".

Tags: azienda, cervello, distanza, medicina, ospedale, palermo, parametri, Villa Sofia

About redazione ilsitodisicilia



Società Canottieri Palermo
Via Cala - Banchina Lupa - 091 328467



Società Canottieri Palermo
fondata nel 1927

Cerca



Organizzazione Cerimonie ed Eventi Nuziali

Corso dei Mille, 585 • Palermo T 091474643

#sdsnews



TRAPIANTI. Sono stati 1.900 gli interventi eseguiti dal 1997: l'Istituto mediterraneo continua a guardare al futuro grazie ad un finanziamento di 17 milioni di euro

L'Ismett spegne venti «candeline» e aumenta i posti letto

••• L'Ismett di Palermo spegne le sue prime 20 candeline e si conferma leader in Italia per i trapianti di organo. Dal 1997 ad oggi sono migliaia le persone, tra adulti e bambini, che varcando il suo portone hanno cercato - e molto spesso trovato - una concreta speranza di vita.

Sono stati 1.900 gli interventi eseguiti oggi l'Istituto mediterraneo per i trapianti e terapie ad alta specializzazione è il primo nel Paese dedicato interamente ai trapianti di tutti gli organi solidi: fegato, rene, cuore, polmone e pancreas. I prossimi capitoli della storia dell'Ismett sono pronti per essere scritti, con l'inaugurazione di nuovi spazi e il via al «Centro cuore».

Vent'anni fa, l'Ismett arriva Palermo grazie ad una convenzione tra la Regione e l'University of Pittsburgh Medical Center. Il primo trapianto effettuato nell'Isola risale al 1999 e fu di fegato. Dei quasi duemila interventi eseguiti, 207 sono stati trapianti pediatrici e 300 da donatore vivente, di fegato e rene. Ogni anno, oltre un terzo dei pazienti giunge all'Ismett per urgenze, circa il 18 per cento proviene da altri ospedali, il 4,5 per cento da altre regioni italiane. L'1,5 per cento è costituito da pazienti internazionali: quest'anno, solo per citare due esempi, sono arrivati anche una donna da Malta e una bambina dalla Svezia.

Nel 2014 il centro ha ricevuto l'ac-

credito come istituto di ricerca a carattere scientifico (Ircs) e, nel corso degli anni, è aumentato il numero di posti letto disponibili: all'inizio dell'avventura palermitana erano appena 20, ma sono rapidamente cresciuti. «La Regione guarda l'Ismett con ulteriore attenzione: gli attuali 70 posti, grazie alla nuova rete ospedaliera, diventeranno 114», ha sottolineato Baldo Gucciardi, assessore regionale alla Salute, durante i festeggiamenti per il «compleanno» dell'Ismett, cui hanno partecipato tra gli altri il presidente della Regione, Rosario Crocetta, e il sindaco Leoluca Orlando.

«L'Istituto - dice Angelo Luca, direttore della struttura - è un ospedale

per acuti, dove il 21 per cento dei posti letto è di terapia intensiva. Offre cure avanzate e promuove innovazione e ricerca e dove da sempre si sperimentano nuovi modelli organizzativi e gestionali. Ismett è pienamente integrato nella rete del Sistema sanitario regionale ed è un riferimento internazionale per molti Paesi del bacino del Mediterraneo e non solo».

E come ha fatto delle più avanzate tecnologie il suo fiore all'occhiello, l'Ismett guarda ancora al futuro e lo fa aprendo nuovi spazi, grazie ad un finanziamento di 17 milioni e mezzo di euro. I lavori, realizzati con un progetto Po Fesr 2007-2013 (cioè della Comunità europea) erano iniziati nel

2012 e ora l'Istituto può contare su un nuovissimo complesso, unito a quello centrale da un ponte di collegamento che consentirà anche il trasferimento di pazienti in barella o allettati.

Una parte ospiterà il dipartimento pediatrico, in particolare la chirurgia addominale. Ci sono 10 stanze di degenza singole, ambulatori e day hospital, due ludoteche (una per i piccoli ricoverati e l'altra per chi deve sottoporsi alle visite ambulatoriali), una medicheria e uffici vari. In un'altra ala invece è stato creato un reparto di degenza per adulti, con 23 posti letto, suddivisi in 11 stanze doppie e una singola, soggiorno, medicheria e servizi generali. Una parte del finanzia-

mento è inoltre servita alla fornitura di apparecchiature mediche altamente specialistiche, in particolare un avanzato sistema di monitoraggio a distanza dei parametri vitali dei pazienti e un dispositivo digitale per la telepatologia.

I posti per i bambini prima erano nel corpo centrale dell'Ismett. Ora che sono stati spostati, può vedere la luce il «Centro cuore»: i posti letto pediatrici lasciati «vacanti» adesso sono interamente occupati dalla terapia intensiva cardiocirurgica che, per scelta aziendale, resta quindi nel blocco centrale, ad esempio per la vicinanza con le sale operatorie. (MOD)

MONICA DILIBERTI

L'ULTIMA STRUTTURA REALIZZATA CON FONDI UE E DELLA REGIONE OSPITA I DEGENTI DI CARDIOCHIRURGIA E I BAMBINI OPERATI ALL'ADDOME

La festa dell'Ismett: 1.900 trapianti dal '97



LO STAFF
Un gruppo di medici dell'Ismett ieri durante la cerimonia per festeggiare il ventennale dell'istituto trapianti

GIUSI SPICA

È l'ospedale delle "prime volte" che festeggia 20 anni di "prime volte". Tagliando il nastro del "Centro cuore", i nuovi spazi destinati ai pazienti che hanno subito interventi cardiocirurgici e ai bambini operati all'addome. È il giorno in cui Ismett, il centro d'eccellenza per i trapianti, festeggia il ventennale dalla nascita e nella hall all'americana dove il neo-direttore Angelo Luca illustra i successi della struttura, la poltrona d'onore spetta al professore Luigi Pagliaro.

Fu lui, a metà degli anni Ottanta, quando guidava la Medi-

cina generale dell'ospedale Cervello, a bussare alla porta di politici e assessori per far nascere in Sicilia un centro trapianti e frenare i viaggi della speranza dei pazienti cirrotici. A fargli da spalla Ugo Palazzo e Ignazio Marino, allora professore associato all'University of Pittsburgh Medical Center che è partner scientifico del progetto. Raccolsero la sfida l'allora governatore Giuseppe Provenzano e l'assessore Alessandro Pagano.

All'inizio (era il 1997) c'erano solo 20 posti letto, oggi ce ne sono 114. Dal primo trapianto nel 1999, sono stati eseguiti oltre 1.900 trapianti. Nel 2001,

I posti letto all'inizio erano venti, ora sono 114
Il ministro Lorenzin
"Vanto internazionale"

per la prima volta in Italia, i medici trapiantano un rene su pazienti sieropositivi. L'anno successivo arriva il primo trapianto di fegato da donatore vivente in Sicilia. Nel 2003, per la prima volta nel Meridione, viene trapiantato un bambino. L'anno dopo è la volta del primo trapianto di cuore. Il 2005 è l'anno dei trapianti di polmone, rene e pancreas. Nel 2011,

per la prima volta al mondo, viene prelevato un lobo di fegato con l'uso del chirurgo-robot. Nel 2014 il ministero alla Salute promuove il centro a Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. Nel 2015 c'è il primo trapianto al mondo di polmoni "ricondizionati", ovvero rimessi a nuovo. Solo alcuni dei successi che hanno convinto il ministro della Salute Beatrice Lorenzin a non mancare al ventennale della struttura: «L'Ismett — ha detto in un videomessaggio — è un elemento di vanto a livello internazionale».

Merito anche della disponibilità di risorse pubbliche (la convenzione Regione-Upmc vale

oggi 93 milioni all'anno).

Ed è proprio grazie a fondi della Comunità europea e della Regione che è stato possibile realizzare il "Centro cuore". I nuovi spazi sono costati 17,5 milioni, usati per ristrutturare un'intera ala dell'ex padiglione Biondo dell'ospedale Civico, collegato con Ismett attraverso un ponte. Nell'ala sud c'è l'area dedicata alla Chirurgia pediatrica addominale, con 10 stanze singole, ambulatori e ludoteche. Nell'ala nord c'è una degenza adulti con 23 posti letto, soggiorno, medicheria e uffici. Un bel regalo di compleanno.

Il caso

Policlinico nel mirino raid nei cantieri dei lavori L'impresa: "Resistiamo"

Nel 2013 le denunce e gli arresti, ma le minacce continuano
"Mai soldi agli uomini del racket, adesso non lasciateci soli"

LETTAPPE

LE DENUNCE

Sette denunce dal 2013. Una contro gli esattori del pizzo che chiedevano 400 mila euro sui lavori del Policlinico La Sikelia ha fatto arrestare anche tre poliziotti infedeli

GLI ARRESTI

Nel 2015 i carabinieri arrestano il boss di Pagliarelli Giuseppe Perrone e Vincenzo Bucchieri uomo del mandamento mafioso che gestiva gli affari al Policlinico

IRAIID

Da gennaio sono stati cinque i raid tra il Policlinico e il cantiere del collettore fognario Vetri spaccati, mezzi danneggiati e reparti allagati

ROMINA MARCECA

Hanno scelto la strada più complessa. Almeno così potrebbe essere letta questa storia dagli uomini del pizzo che li hanno vessati quattro anni fa. Perché gli ingegneri Piero Baucina, Sergio Bosco e Piero Marano della ditta di costruzioni Sikelia hanno scelto di battersi «per un'impreditoria pulita in Sicilia». E da anni le loro denunce hanno smascherato mafiosi e anche poliziotti infedeli.

«L'antimafia la facciamo ogni giorno col nostro impegno - dicono i tre professionisti - e non daremo mai soldi e lavoro a chi sponsorizza l'illegalità». E lo dicono mentre snocciolano gli ultimi atti intimidatori al cantiere più grosso della città, quello da 40 milioni per il restyling del Policlinico, e al collettore fognario. Da gennaio gli episodi che hanno denunciato alle forze dell'ordine sono stati cinque. Le querele contro mafiosi e affini, invece, sono state sei in quattro anni. Questi imprenditori coraggiosi precisano: «Non vogliamo farci pubblicità, anzi. Speriamo che il Policlinico e l'Università siano al nostro fianco. Nel 2013 restammo soli quando le nostre denunce portarono in carcere il boss di Pagliarelli e un suo uomo». Università e Policlinico rispondono subito con una nota congiunta: «Siamo al fianco dell'azienda contro ogni forma di intimidazione e di prepotenza. Vogliamo un Policlinico luogo di eccellenza nella formazione e nella ricerca e questo passa attraverso il completamento dei lavori di ristrutturazione nei tempi più rapidi possibili in condizioni di legalità e di sicurezza».

Repubblica ad aprile aveva raccontato l'ennesima intimidazione con lanci di pietre ad alcuni mezzi. A gennaio qualcuno ha tagliato i cavi in rame della nuova Rianimazione. E ancora, il 10 maggio, nel cantiere di via Messina Marine per il collettore fognario (appalto da 15 milioni) qualcuno ha dato fuoco ad alcuni tubi: un danno da 20 mila euro. Due giorni prima un altro raid al reparto di Oculistica già in consegna: gli estintori sono stati svuotati, un vetro è stato sfondato, il padiglione è stato allagato. Altri 20 mila euro di danni, poi, sono stati inventariati appena lunedì dagli addetti ai lavori nell'ufficio Servizi. È stata spaccata con una punta in ceramica la facciata in vetro del reparto.

La Sikelia ha una vigilanza privata nei



L'INTIMIDAZIONE

A destra la vetrata dell'ingresso del nuovo ufficio servizi del Policlinico sfondata. In alto l'ingresso del nosocomio palermitano

sui cantieri con Mondialpol, al Policlinico c'è anche un sistema di videosorveglianza dell'università. Se gli episodi che continuano a mandare all'aria il lavoro quotidiano di tecnici e operai sono atti di vandalismo, c'è da dire che questi teppisti hanno di certo poca simpatia per i cantieri che espongono sulle recinzioni il nome Sikelia. «Se queste incursioni arrivano dalla mafia, è bene che si sappia che noi siamo gli stessi di quattro anni fa e non paghiamo pizzo e tantomeno tangenti - tengono a precisare gli imprenditori - e se proprio dobbiamo dire cosa ci dà più fastidio è il dover ritornare in padiglioni già ul-



timati per rifare i lavori. Il danno, se consegneremo in ritardo, sarà per la collettività».

Due imprenditori di Catania, uno di Partinico, i soci della Sikelia hanno una storia familiare fatta di denunce contro il malaffare in Calabria e in altre province siciliane. «Quando si scoperchiò il pentolone del "sistema Policlinico" con le nostre denunce - ricordano tutti e tre - fummo pedinati, messi sotto pressione. Avevamo fatto muro contro una consuetudine antica e anche allora i raid nei cantieri sono stati a decine».

Ma, al netto dell'episodio di pizzo, ci sono altre due vicende che hanno addolorato gli

imprenditori. «La prima è quella che è stata riportata nell'unica denuncia, la settimana - ma non è nei confronti della mafia - spiega - ma contro tre poliziotti che ci chiesero di pagare per toglierci una multa. Quando accadde, nel 2014, ci sconcertammo, anche le istituzioni mostravano il loro volto marcio. E poi, lo scorso 30 marzo, apriamo il giornale e troviamo la foto del professore Giuseppe Giambanco, travolto dal caso Gesap per gli appalti pilotati. Era stato designato dall'università per seguire il nostro cantiere. Un'altra sconfitta ma noi non molliamo».

FOTO: G. DI GIACOMO/AGF

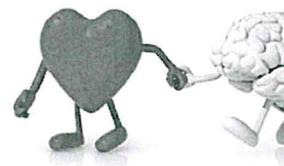


(<http://www.insanitas.it/>)

Tieniamente il tuo cuore
& tieni a il tuo cervello

Giornate Siciliane della Prevenzione Cardio e Cerebrovascolare

19 20 21
maggio
dall'8 al 17
Piazza Castelnuovo • Palermo



IN SANITAS ▶ Livello 1 ▶ Arriva pure in Sicilia "Nativa", il test prenatale non invasivo per scoprire le anomalie del feto

SALUTE E BENESSERE ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/CATEGORY/NOTIZIE/SALUTE-E-BENESSERE/](http://www.insanitas.it/category/notizie/salute-e-benessere/))

Arriva pure in Sicilia "Nativa", il test prenatale non invasivo per scoprire le anomalie del feto

17 maggio 2017

A distribuirlo è Health Safe Medical Service. Con un solo prelievo di sangue materno a partire già dalla decima settimana di gestazione, fornisce una risposta accurata sulla possibile presenza, ad esempio, della Sindrome di Down.

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



MI piace 7

Tweet

Condividi

PALERMO. Arriva anche in Sicilia **Nativa**, il test di **screening prenatale non invasivo** (NIPT – Non Invasive Prenatal Test) di ultima generazione, certificato CE- trisomie 21 (**Sindrome di Down**), 18 (**Sindrome di Edwards**) e 13 (**Sindrome di Patau**), e alcune aneuploidie sessuali, nel rispetto delle linee guida ministeriali lanciato in Italia da BioRep, società del Gruppo Sapio che opera a livello internazionale nel campo delle biotecnologie.

A distribuire il test in Sicilia **Health Safe Medical Service** (www.healthsafe.it), società operante nella distribuzione, consulenza e service per il settore farmaceutico.

Nativa analizza i frammenti di DNA del feto provenienti dai trofoblasti placentari che circolano liberamente nel sangue materno. Grazie alla maggiore accessibilità rispetto al test combinato, può diminuire il ricorso a esami diagnostici invasivi, riducendo il rischio di aborto ad essi correlato. Solo in caso di risultato del test sarà consigliabile effettuare un ulteriore approfondimento con tecniche diagnostiche invasive, come l'amniocentesi o la villocentesi.

Con un solo prelievo di sangue materno il test fornisce una risposta estremamente accurata sulla possibile presenza delle più comuni anomalie numeriche del feto a partire già dalla **decima settimana di gestazione** ed è l'unico test attualmente disponibile in Italia con tecnologia NGS di ultima generazione: ogni fase del processo è certificata CE-IVD, grazie a protocolli innovativi e standardizzati per il trattamento del campione biologico e a nuovi algoritmi per l'analisi dei cromosomi. **Nativa** infatti utilizza una tecnologia che **sequenzia l'intero genoma** del feto e normalmente fornisce risultati anche in caso di frazione fetale inferiore al 10%.

BioRep ha scelto di utilizzare **ILLUMINA Inc.**, leader mondiale nel sequenziamento genetico, come fornitore per la nuova piattaforma NGS utilizzata nel test **Nativa**.

Il test Nativa è certificato CE-IVD (In-Vitro Diagnostic) ed è eseguito nella struttura di BioRep abilitata SMEL (Servizi di Medicina di Laboratorio della Lombardia), che ha sede a Milano all'interno del Parco Scientifico San Raffaele. **La certificazione CE-IVD è garanzia di qualità e sicurezza:** attesta infatti la conformità del prodotto ai requisiti essenziali e i livelli di performance previsti per i prodotti ad uso medico e viene rilasciata solo se il prodotto è conforme alla Direttiva 98/79/CE.

In un comunicato stampa, è sottolineato che «**Nativa rappresenta un esame rapido e privo di rischi** sia per la mamma che per il bambino, perché non invasivo (si tratta di un semplice prelievo di sangue) e permette di ottenere in tempi molto veloci (in soli 5 giorni lavorativi a partire dal ricevimento del campione di sangue) un risultato sulla possibile presenza di anomalie cromosomiche del feto come la Sindrome di Down e le altre più comuni. Inoltre, il test permette su richiesta del futuro genitore anche di determinare il sesso del nascituro».

«Siamo orgogliosi di poter mettere al servizio dei clinici e delle loro pazienti l'esperienza maturata da BioRep in materia di genetica e sequenziamento del DNA, e di supportare i laboratori e istituti di ricerca in Italia e nel mondo», ha dichiarato **Maurizio Colombo**, Presidente di BioRep e Vice Presidente del Gruppo Sapio. «In questo modo rendiamo disponibile nel nostro paese un nuovo test prenatale che utilizza una tecnologia innovativa ed estremamente avanzata, in grado di offrire risultati accurati nel rispetto delle linee guida Ministeriali».

Nativa è ideale per tutte le donne in attesa e, grazie alla semplicità di esecuzione e alla **non invasività**, può essere eseguito anche in caso di gravidanze concepite per ovodonazione, gravidanze surrogate, donne che hanno subito un trapianto d'organo solido o un trapianto di midollo.

È **particolarmente indicato** in tutte quelle condizioni in cui l'età della mamma sia superiore ai 35 anni; l'esito dello screening del primo o del secondo trime (Test) è **POSITIVO**; la gravidanza è a rischio di aborto spontaneo; è diagnosticato il distacco placentario; sono presenti evidenze ecografiche di aneuploidia; familiare che suggerisca un rischio di anomalie cromosomiche.

BIOREP

È una società del Gruppo Sapio che opera nel campo delle biotecnologie a livello internazionale. Nata nel 2003, BioRep è un Centro di Risorse Biologiche i fornire soluzioni complete per la conservazione a lungo termine di materiale biologico e servizi di laboratorio a istituti di ricerca pubblici e privati (ospedali, cliniche), aziende biotech e farmaceutiche, garantendo i più elevati livelli di qualità e sicurezza.

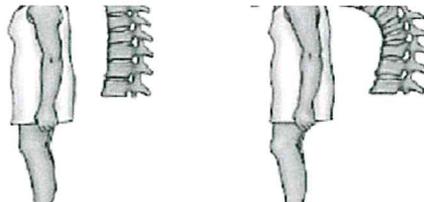
Da anni BioRep è il punto di riferimento a livello mondiale per il processamento e lo stoccaggio di materiale biologico finalizzato al progresso della ricerca e scoperte scientifiche per conto di importanti fondazioni americane impegnate sulle malattie neurodegenerative. Grazie alle più avanzate tecnologie di sequenziamento con tecniche di Next Generation Sequencing (NGS), BioRep offre anche servizi di analisi del DNA a fini diagnostici o di ricerca.

BioRep è certificata UNI EN ISO 9001 e autorizzata per Servizi di Medicina di Laboratorio (SmeL) ed è dotata di una infrastruttura tecnologica tra le più avanzate internazionali.

TAG PER QUESTO ARTICOLO:

DNA ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/DNA/](http://www.insanitas.it/tag/dna/)) **HEALTH SAFE MEDICAL SERVICE** ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/HEALTH-SAFE-MEDICAL-SERVICE/](http://www.insanitas.it/tag/health-safe-medical-service/))
MAURIZIO COLOMBO ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/MAURIZIO-COLOMBO/](http://www.insanitas.it/tag/maurizio-colombo/)) **NATIVA** ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/NATIVA/](http://www.insanitas.it/tag/nativa/))
SINDROME DI DOWN ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/SINDROME-DI-DOWN/](http://www.insanitas.it/tag/sindrome-di-down/)) **SINDROME DI EDWARDS** ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/SINDROME-DI-EDWARDS/](http://www.insanitas.it/tag/sindrome-di-edwards/))
SINDROME DI PATAU ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/SINDROME-DI-PATAU/](http://www.insanitas.it/tag/sindrome-di-patau/)) **TEST PRENATALE** ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/TEST-PRENATALE/](http://www.insanitas.it/tag/test-prenatale/))

POTREBBERO INTERESSARTI ANCHE...



([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/CATEGORY/NOTIZIE/SALUTE-E-BENESSERE/](http://www.insanitas.it/category/notizie/salute-e-benessere/)) <http://www.insanitas.it/category/provincia/pa/?cat=38>)

Organizzato dall'A.S.S.O. (<http://www.insanitas.it/osteoporosi-ed-osteoartrite-il-19-e-20-maggio-convegno-a-palermo-con-esperti-da-tutta-italia/>)

Osteoporosi ed osteoartrite, il 19 e 20 maggio convegno a Palermo con esperti da tutta Italia (<http://www.insanitas.it/osteoporosi-ed-osteoartrite-il-19-e-20-maggio-convegno-a-palermo-con-esperti-da-tutta-italia/>)

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



([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/CATEGORY/NOTIZIE/ASP/](http://www.insanitas.it/category/notizie/asp/)) <http://www.insanitas.it/category/provincia/pa/?cat=38>)

Concertata con i sindacati (<http://www.insanitas.it/asp-di-trapani-nella-nuova-pianta-organica-previste-fino-a-1-231-assunzioni-in-gran-parte-infermieri-medici-ed-oss/>)

Asp di Trapani, nella nuova pianta organica previste fino a 1.231 assunzioni: in gran parte infermieri, medici ed Oss (<http://www.insanitas.it/asp-di-trapani-nella-nuova-pianta-organica-previste-fino-a-1-231-assunzioni-in-gran-parte-infermieri-medici-ed-oss/>)

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



([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/CATEGORY/NOTIZIE/SALUTE-E-BENESSERE/](http://www.insanitas.it/category/notizie/salute-e-benessere/)) <http://www.insanitas.it/category/provincia/pa/?cat=38>)

Dal 19 al 21 maggio in Piazza Castelnuovo (<http://www.insanitas.it/policlinico-giaccone-ospedale-civico-insieme-palermo-tre-giorni-visite-gratuite-piazza-prevenire-ictus-ed-infarti/>)

Policlinico Giaccone e ospedale Civico insieme: Palermo, tre giorni di visite gratuite in piazza per prevenire ictus ed infarti (<http://www.insanitas.it/policlinico-giaccone-ospedale-civico-insieme-palermo-tre-giorni-visite-gratuite-piazza-prevenire-ictus-ed-infarti/>)

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





(<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, bando pubblico per assegnare sei incarichi professionali: istanze fino al 17 maggio

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

Asp di Trapani, bando pubblico per assegnare sei incarichi professionali: istanze fino al 17 maggio

14 maggio 2017

Durata minima di un anno, eventualmente prorogabile fino a massimo tre. Ecco le figure richieste e i compensi.

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



Mi piace 144 Tweet Condividi 1

Sei incarichi professionali dalla durata minima di un anno, eventualmente prorogabile fino a massimo tre. Li mette in palio l'**Asp di Trapani** guidata dal co straordinario **Giovanni Bavetta** (nella foto) per la realizzazione di linee progettuali del Piano sanitario nazionale (PSN).

Si tratta di 1 educatore, 1 esperto in musicoterapia, 1 terapeuta occupazionale, 1 mediatore culturale e 2 Ostetriche: **la scelta avverrà mediante comparcurricula** da apposita Commissione nominata da Bavetta, la quale procederà anche alla verifica preliminare del possesso da parte dei candidati dei requisiti dell'ammissione alla selezione.

A ciascun professionista verrà corrisposto un **compenso annuale lordo** omnicomprensivo, dietro presentazione di fattura, da liquidarsi in acconti bimestra seguito specificato:

Linea progettuale 10.6/2013, euro 12.000 annue per un **mediatore culturale**

Linea progettuale 7.5 e linea progettuale 10.9, euro 10.000 annue per ciascuna **Ostetrica/o**;

Linea progettuale 12.5/2011, euro 15.000 un **esperto in musicoterapia** ed un **educatore**;

Linea progettuale 5.1/2013, euro 16.689,64 per un **terapeuta occupazionale**;

Il **relativo bando**, pubblicato sul sito internet aziendale l'8 maggio, scadrà il 17 maggio. Per tutti i dettagli, **clicca qui** (http://www.insanitas.it/content/uploads/2017/05/bandopsn2017_148_14065.pdf).

TAG PER QUESTO ARTICOLO:

ASP TRAPANI ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/ASP-TRAPANI/](http://www.insanitas.it/tag/asp-trapani/)) ASSUNZIONI SANITÀ ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/ASSUNZIONI-SANITA/](http://www.insanitas.it/tag/assunzioni-sanita/))
 EDUCATORE TERAPEUTICO ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/EDUCATORE-TERAPEUTICO/](http://www.insanitas.it/tag/educatore-terapeutico/)) GIOVANNI BAVETTA ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/GIOVANNI-BAVETTA/](http://www.insanitas.it/tag/giovanni-bavetta/))
 MEDIATORI CULTURALI ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/MEDIATORI-CULTURALI/](http://www.insanitas.it/tag/mediatori-culturali/)) MUSICOTERAPIA ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/MUSICOTERAPIA/](http://www.insanitas.it/tag/musicoterapia/))
 OSTETRICA ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/OSTETRICA/](http://www.insanitas.it/tag/ostetrica/)) PIANO SANITARIO NAZIONALE ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/PIANO-SANITARIO-NAZIONALE/](http://www.insanitas.it/tag/piano-sanitario-nazionale/))
 TERAPISTA OCCUPAZIONALE ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/TERAPISTA-OCCUPAZIONALE/](http://www.insanitas.it/tag/terapista-occupazionale/))

POTREBBERO INTERESSARTI ANCHE...

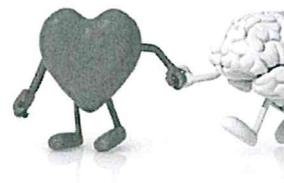


(<http://www.insanitas.it/>)

Tieni a mente il tuo cuore
& tieni a il tuo cervello

Giornate Siciliane della Prevenzione Cardio e Cerebrovascolare

19 20 21
maggio
dall'8 al 17
Piazza Castelnuovo • Palermo



IN SANITAS ▶ PROVINCIA ▶ CT ▶ Mielolesioni e riabilitazione, a Catania l'undicesima edizione del corso nazionale della SIMS

DAL PALAZZO ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/CATEGORY/NOTIZIE/DAL-PALAZZO/](http://www.insanitas.it/category/notizie/dal-palazzo/))

Mielolesioni e riabilitazione, a Catania l'undicesima edizione del corso nazionale della SIMS

16 maggio 2017

Dal 18 al 20 maggio presso l'hotel Nettuno. Presidente dell'evento è Maria Pia Onesta, direttore dell'Unità Operativa Complessa 'Spinale Unipolare' dell'Azienda Ospedaliera Cannizzaro.

di Maria Grazia Elfio (<http://www.insanitas.it/author/maria-grazia-elfio/>)



Mi piace 17

Tweet

Condividi

7

CATANIA. "Un percorso insieme: luci e ombre", questo il titolo del Corso nazionale della **Società Italiana Midollo Spinale (SIMS)** dedicato alla persona affetta **midollare**, giunto all'undicesima edizione, che si svolgerà per la prima volta in Sicilia, dal 18 al 20 maggio, presso l'hotel Nettuno di Catania.

Presidente del corso è Maria Pia Onesta (nella foto), direttore dell'Unità Operativa Complessa "Spinale Unipolare" dell'**Azienda Ospedaliera Cannizzaro**, c «Grazie alla presenza di relatori di alto profilo scientifico, italiani e stranieri, il corso è volto all'approfondimento di alcune problematiche cliniche riguardanti affetta da lesione midollare, soprattutto nella fase di passaggio dalla Rianimazione all'Unità Spinale. Si analizzeranno anche gli aspetti organizzativi, tecnici e circa il ruolo delle Unità Spinali in Italia ed all'estero e le possibilità che esse hanno di migliorare l'appropriatezza delle cure per le persone affette da lesione grazie alla propria multidisciplinarietà».

Le unità operative cd. di "Spinale Unipolare", infatti, accompagnano il paziente in tutto il percorso di riabilitazione in modo complessivo e pers rappresentando un elemento strategico per questi malati anche ai fini del ricollocamento domiciliare e dell'inclusione sociale post- trauma.

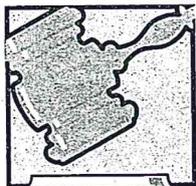
«Illustreremo- aggiunge Onesta- l'evoluzione delle attività di riabilitazione e la sua interazione con la crescita della tecnologia e delle sue applicazioni nei vari percorso riabilitativo della persona affetta da mielolesione. Ciò si concretizza in diversi aspetti delle attività di riabilitazione; in particolare ci soffermeremo progressi dell'ingegneria elettronica e dell'informatica, che hanno reso disponibili, a costi sempre più accessibili, componenti, dispositivi e sistemi, come **robotica**, che sono determinanti per lo sviluppo di soluzioni volte al miglioramento della salute, dell'autonomia e della qualità di vita dei pazienti».

Il corso affronterà anche le problematiche inerenti il **rientro al domicilio** e quindi tutto l'impegno e il supporto pratico che il team riabilitativo effettua per persona di ausili, abilità e strategie che possano "sostituire" le incapacità acquisite e non modificabili. Sarà focalizzato anche il tema legato alle **barriere archi** nei luoghi di lavoro in cui la persona lavora, vive o studia e il ruolo della famiglia nella domiciliazione.

«Il corso vuole sottolineare- conclude Onesta- come anche l'Unità Spinale Unipolare permetta al paziente ed alla sua famiglia di compiere un percorso per la massima autonomia possibile rispetto alle funzioni residue, anche in alcuni ambiti più personali, come la ripresa dell'attività sessuale e la procreazione me assistita».

Nell'ambito del corso, **si terranno due simposi** a cura della dottoressa Onesta: il primo approfondirà le tematiche riguardanti l'impatto della spasticità e del d funzione e la partecipazione sociale della persona affetta da lesione midollare, l'altro affronterà le problematiche inerenti la riabilitazione respiratoria in fase a

[Clicca qui per visionare il programma \(http://www.insanitas.it/wp-content/uploads/2017/05/LOCANDINA-SIMS-2017.pdf\)](http://www.insanitas.it/wp-content/uploads/2017/05/LOCANDINA-SIMS-2017.pdf)



Disamina della disciplina della colpa medica per imperizia prevista dalla Gelli-Bianco

Risk, una legge in controluce

Focus su innovazioni e criticità introdotte dall'articolo 590-sexies

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 a un vero e proprio "sottosistema" all'interno dell'illecito civile), alimentato da letture creative di regole 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 esplicativo - 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 - pazienti/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 disposti in linea con i desiderata della classe medica, in primis attraverso la espresa 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 "assettamenti" giurisprudenziali (soprattutto) in materia di accertamento della causalità della omissione (ove la sen-

tenza "Franzese" ha notoriamente dettato, sin dal 2002, regole probatorie e criteri di verifica di garanzia, cui è preconcipibile ancora lunga vita nelle applicazioni giurisprudenziali) e di qualificazione della rilevanza delittuosa della violazione del principio del consenso del paziente (ritenuta ormai essente 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 ac-

La situazione iniziale

Se si vanno ad assommare le previsioni della "legge Balduzzi", in specie nella "magnanimità" armenutica 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 improverabili 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 incontrarsi 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 volente 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 compatibili 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 condizione, 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 co-efficienti 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 plurianale (costante) adeguamento a essi della Corte di cassazione (dapprima attraverso l'esplicito richiamo al precepto 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 commettono 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 transizione applicativa delle linee guida

(sempre che congruamente prescelte). L'unica ipotesi di permanente rilevanza penale della imperizia sanitaria è quella relativa all'assoldamento 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 conforme 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 carichi 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 - residuante 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 sbagli 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",

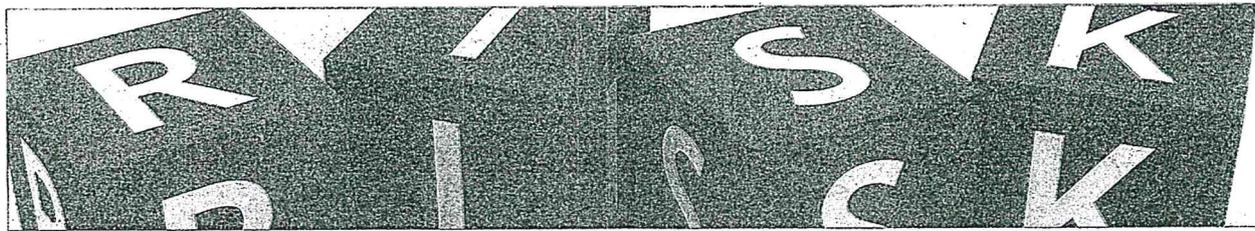
conseguentemente «orientando» le proprie scelte diagnostiche o terapeutiche, e, dall'altro, che il medico incorra in imperizia nella fase dell'adattamento applicativo del «sapere scientifico codificato», previamente selezionato in modo corretto rispetto alle «specificità» del paziente in trattamento.

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'«attenzione» 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 sovrapposizione delle due locuzioni verbali, che la stessa legge 24/2017 impiega indifferentemente, mostrandole palesemente di considerarsi 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

Animus adiuvandi verso il dottore



creditate 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 irriveranza 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 contengono regole prescrittive di particolare attenzione e cura nello svolgimento di attività considerate "pericolose", investendo o 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 circostante 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, l'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 circostante sia in grado di condizionare, riducendolo, il coefficiente necessario di attenzione, di accuratezza, 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 «attenue-

zione 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).

pagine a cura di
Gianfranco Iadecola

© RIPRODUZIONE RISERVATA

(della legge medesima) si pone l' enunciato di fondo e generale (richiamato per relazione 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 precepto 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 ingiustamente 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 punire ogni e qualsiasi errore anche a fronte di prestazioni di elevata difficoltà e complicità; 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 della 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 penalizzazione) 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 pubbliche 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 penalizzazione 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 mutare - 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 evidenziata - 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 prevede 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 porre 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 delinearsi, per effetto delle nuove e "categoriche" previsioni normative, ragioni maggiormente pregnanti di sostegno ad analoga questione.

Quali limiti alla libertà di cura

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 orientare in modo appropriato ed efficiente le decisioni.

La Cassazione ha ascritto, per questa via, alle linee guida la natura di «istruzioni di massima», o di «cautevole 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 offrono 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 precepto 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 irriveranza penale dell'imperizia commessa dal soggetto agente è strettamente condizionata alla scelta applicativa - da par-

(continua a pagina 8)

Lorenzin: «Occorre far partire subito la macchina dei concorsi»

Sanità. Il ministro invita la Regione a fare presto. Bacchettate sui vaccini: «Sicilia sotto i parametri dell'obbligatorietà. È un'emergenza per tutti»

ANTONIO FIASCONARO

PALERMO. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin da Messina, dove ha tenuto a battesimo il registro regionale per la sclerosi multipla e dopo avere inaugurato i nuovi reparti dell'Irccs Centro Neurolesi "Bonino Pulejo" ha voluto rimarcare l'aspetto relativo alla nuova rete ospedaliera siciliana e il successivo passaggio che è quello delle stabilizzazioni dei precari e dei concorsi. «Adesso che sono stati sbloccati i fabbisogni partiranno anche i concorsi - ha detto riferendosi all'assessore della Salute, Baldo Gucciardi - ed

è un'occasione importante non solo per la Sicilia. Sono migliaia i posti di lavoro in ambito sanitario in tutto il Paese sia medici, infermieri, operatori che tecnici». Ancora il ministro ha aggiunto: «Questo ci serve per rilanciare ancora di più il sistema sanitario nazionale soprattutto in quelle regioni che hanno avuto il blocco del turnover per più di un decennio e questo ha significato per alcuni ritardi. L'importante è che questi concorsi non si faranno più come si facevano una volta, cioè con interventi a pioggia e spesso senza che ci fosse un criterio di assunzione. L'individuazione dei fabbisogni

con un metodo nuovo che consegniamo anche alle amministrazioni che verranno dopo e che permetterà di graduare i vari concorsi che si susseguiranno in base alle esigenze reali di ogni singola struttura regionale».

Non solo concorsi nell'intervento della Lorenzin. Ha pure evidenziato l'aspetto relativo all'obbligatorietà dei vaccini in ambito scolastico. «Amplieremo il plafond delle vaccinazioni. Lo farà il ministero della Salute, sentito il Consiglio superiore di sanità e l'Istituto superiore di sanità: queste non sono scelte che si fanno in ambito politico, ma sono scelte fatte in ambi-

to scientifico-sanitario su indicazione degli esperti che sono quelli che ci devono dire quando la salute pubblica viene messa a rischio». Ed in tal senso un appunto critico non poteva mancare nei confronti della Sicilia.

«Uno dei problemi della Sicilia è quello dell'obbligatorietà dei vaccini - ha evidenziato - perché è andata sotto i parametri che aveva raggiunto per i livelli essenziali di assistenza andando sotto 160 punti proprio per le vac-

cinazioni obbligatorie anche per il morbillo. Questa situazione è un'emergenza che mette a rischio la salute di un'intera collettività oltre che dei bambini siciliani. Su questo ora stiamo lavorando. Vogliamo ampliare le vaccinazioni obbligatorie. Tutte le vaccinazioni inserite nel piano nazionale vaccini sono necessarie e utili per la salute pubblica e delle persone». Infine un elogio sul registro della sclerosi multipla: «Il registro dà la possibilità di capire quanti sono i pazienti, un numero la cui conoscenza non è scontata. Inoltre consente di effettuare indagini epidemiologiche sulla patologia (in Sicilia sono oltre 9 mila i pazienti affetti da sclerosi multipla, ndr). Il registro di conseguenza consente anche di lavorare meglio sulla prevenzione».

AlmaLaurea, nel 2016 balzo in avanti dell'occupazione per i professionisti sanitari

di Rosanna Magnano



Dopo tre anni di relativo stallo, balzo in avanti dell'occupazione per le professioni sanitarie: il numero di laureati che trova lavoro a un anno dal conseguimento del titolo di studio è passato infatti dal 63,4% dello scorso anno al 66,7% attuale (laureati 2015 censiti nel 2016) con un aumento di 3,3 punti percentuali. Molto forte la presenza delle donne (69%), ruolo di tutto rilievo per il tirocinio, che rappresenta un momento clou per la maggior parte degli studenti. La presenza di studenti lavoratori è rilevante anche se in misura inferiore rispetto ad altre discipline. Assidua la partecipazione alle attività didattiche, pochissimi i fuori corso, voto di laurea mediamente piuttosto elevato, ma anche un punto di vista molto critico sul percorso svolto. È questo l'identikit del professionista sanitario nella sua fase di formazione che emerge dal rapporto 2017 sul profilo e la condizione occupazionale dei laureati promosso dal Consorzio Interuniversitario AlmaLaurea.

In generale cresce il numero di laureati che trovano lavoro dopo un anno dal termine degli studi. Sono il 68% dei laureati triennali e il 71% dei laureati magistrali biennali. Per i laureati aumentano i contratti a tempo indeterminato a scapito delle attività autonome; anche le retribuzioni sono in aumento, anche se di poco.

Nel 2016 è diminuita invece l'età media della laurea, pari a 26,1. Un dato che è calato in maniera apprezzabile rispetto alla situazione pre-riforma e continua a diminuire negli anni. Insomma la regolarità negli studi ha registrato negli ultimi anni un marcato miglioramento. Un trend in cui si inseriscono perfettamente anche gli aspiranti professionisti sanitari: concludono nei tre anni previsti ben il 70% dei laureati delle professioni sanitarie. All'estremo opposto, laurearsi in corso riesce soltanto a 27 laureati su cento del gruppo giuridico dove quasi un laureato su 3 ha terminato gli studi con almeno 4 anni di ritardo.

Il 10,6% dei laureati nel 2016 ha poi svolto esperienze di studio all'estero riconosciute dal corso di provenienza e per quanto riguarda l'estero quasi la metà dei laureati si dice pronta a trasferirsi per lavoro lontano dall'Italia.

Mondo universitario italiano che in generale soddisfa, mentre il livello di soddisfazione è piuttosto basso tra e professioni sanitarie, dove gli studenti sono tra i più scontenti. In generale, sono decisamente soddisfatti del corso di laurea 41 laureati magistrali biennali su cento; altri 48 esprimono comunque una valutazione positiva. Si tratta di un livello di appagamento complessivo, per la più recente esperienza universitaria, superiore a quello registrato fra gli altri tipi di laureati (89%). I più soddisfatti sono i laureati dei gruppi scientifico, chimico-farmaceutico e ingegneria (tutti con il 92%), i più critici invece i laureati delle professioni sanitarie (78%).

Il Rapporto di AlmaLaurea conferma l'Italia delle caste. L'Università ancora non riesce ad esprimere al meglio il suo possibile ruolo di «ascensore sociale». Il background familiare ha infatti un forte effetto sulla opportunità di completare il percorso di istruzione universitaria: fra i laureati, infatti, si rivela una sovra-rappresentazione dei giovani provenienti da ambiti familiari favoriti dal punto di vista socio-culturale.

Le professioni sanitarie sono tra i cinque gruppi disciplinari più numerosi insieme a economico-statistico, ingegneria, politico-sociale e il letterario che rappresentano oltre il 50% dei laureati.

Si rileva una forte differenziazione nella composizione per genere dei vari ambiti disciplinari. Nei corsi di primo livello le donne costituiscono la forte maggioranza nei gruppi insegnamento (94%), linguistico (84%), psicologico (81%), professioni sanitarie (69%) e letterario (67%). Donne in minoranza invece nei gruppi ingegneria (25%), scientifico (29%) ed educazione fisica (35%).

I tirocini sono esperienze che entrano nel bagaglio formativo di oltre l'83% dei neodottori dei gruppi insegnamento, agraria e veterinaria e professioni sanitarie, mentre interessano solo una minoranza dei laureati dei gruppi ingegneria, letterario, scientifico e giuridico.

Anche in questo caso i gruppi delle professioni sanitarie, dell'insegnamento, geo-biologico e di educazione fisica si confermano più impegnati in queste attività professionalizzanti.

I laureati che hanno avuto esperienze di lavoro sono particolarmente numerosi nei gruppi di educazione fisica (82%), insegnamento (77%), giuridico (76%), e politico-sociale (74), mentre il contatto con il mercato del lavoro è relativamente più debole nei gruppi professioni sanitarie, chimico-farmaceutico, ingegneria, geo-biologico e scientifico (52-58%).



insegnamento (45) e psicologico (49).

16 mag
2017

ureati magistrali biennali si attesta, come si è detto, sui 27,5 anni: 31,5 anni per le professioni sanitarie, insegnamento e, all'opposto, tra 26 e 27 anni per i gruppi chimico-farmaceutico, economico-statistico, ingegneria.

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

gli studi appare consolidata e continua a riguardare una quota elevata di laureati triennali (48%).

tre anni previsti ben il 70% dei laureati delle professioni sanitarie; all'estremo opposto, laurearsi in corso di laurea triennale su cento del gruppo giuridico dove quasi un laureato su 3 ha terminato gli studi con almeno 4

Una regolarità ancora maggiore si registra per i laureati magistrali biennali dove risultano in corso 57 laureati su cento, con punte superiori all'80% per i laureati del gruppo di educazione fisica e delle professioni sanitarie.

Se il voto medio di laurea per i corsi triennali è pari, come detto, a 99,6, si osservano variazioni significative per gruppo disciplinare, con votazioni che vanno dal 104,8 del gruppo professioni sanitarie e 104,3 del letterario al 94,9 dell'economico-statistico e 96,3 di ingegneria.

La voglia di continuare a studiare per le professioni sanitarie è poca, ma il master attira una fetta rilevante di studenti. Tra i laureati triennali, il proposito di conseguire ulteriori qualifiche è particolarmente diffuso fra i neodottori in psicologia (93%), scienze geo-biologiche (89%) e ingegneria (88%). Mentre dichiarano la convinzione di aver esaurito il loro percorso formativo relativamente molti laureati dei gruppi giuridico (51%), insegnamento (42%), delle professioni sanitarie (38%) e agraria (29%).

L'8% nei neodottori intende invece iscriversi ad un master universitario, un titolo che attrae soprattutto i laureati delle professioni sanitarie (27%) e, seppure in misura più contenuta, quelli dei gruppi politico-sociale (11%) e giuridico (8%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

DAL GOVERNO

05 Agosto 2015

Riforma Pa: sì al Polo unico della medicina fiscale. Fimmg: «La nostra proposta diventa legge»

LAVORO E PROFESSIONE

04 Settembre 2015

Scocca l'ora dei test di ingresso: oggi tocca alle professioni sanitarie

EUROPA E MONDO

02 Settembre 2015

Troppa competitività: nel Regno Unito uno studente di medicina su sette ha pensato al suicidio

