

16 settembre 2024

# RASSEGNA STAMPA



**ARIS**

ASSOCIAZIONE  
RELIGIOSA  
ISTITUTI  
SOCIO-SANITARI

**A.R.I.S.**

Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari  
Largo della Sanità Militare, 60  
00184 Roma  
Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343

# ABOUTPHARMA

---

## AND MEDICAL DEVICES

### Decreto liste d'attesa: l'autunno-inverno dirà se può funzionare

Pubblicato il: 13 Settembre 2024

*Elisabetta Gramolini - Dal numero 221 del Magazine*

Il taglio delle attese è assicurato, così come l'efficienza del Servizio sanitario nazionale. Queste almeno le intenzioni dell'esecutivo e del partito di maggioranza, Fratelli d'Italia (Fdi), che hanno fortemente voluto il decreto legge per la riduzione delle liste d'attesa approvato dalla Camera, a fine luglio, con 171 sì e 122 no. Proprio dall'esponente di Fdi e presidente della Commissione Affari Sociali del Senato, **Francesco Zaffini** – in un [articolo autografo pubblicato a luglio su Aboutpharma online](#) – viene la difesa più strenua del decreto, quando ricorda ai critici che il testo prevede la copertura di un miliardo di euro, “di cui 300 milioni – precisa – per retribuire le prestazioni fuori orario dei medici, mancando i quali, dobbiamo fare ricorso alla buona volontà di quelli in servizio, pagandoli ovviamente molto meglio”.

Altri 680 milioni provengono dalla Missione del Pnrr dedicata alla salute che avrebbero potuto essere indirizzati verso “qualunque altra misura riguardante la sanità – spiega Zaffini – e invece vengono allocati tutti per l'assorbimento delle liste d'attesa. Ciò non toglie che trattandosi di un decreto d'urgenza e quindi facendo riferimento alla dotazione finanziaria ordinaria, non può, di fatto, stanziare risorse enormi. Anche se – riconosce – un miliardo di euro per me lo è eccome. Il vantaggio immediato per tutte le Regioni – e penso ad esempio anche alla mia Umbria – sarà di remunerare di più i medici per coprire i turni scoperti, avendo la possibilità di attingere alle risorse aggiuntive del Pnrr”.

#### Effetti in autunno

Un “visibile miglioramento” dovrebbe vedersi già in autunno, secondo le previsioni del ministro della Salute, **Orazio Schillaci**. Tra le misure previste nel provvedimento, vi è la fine del tetto delle assunzioni del personale a partire da gennaio 2025, dal momento che, come motiva il ministro, “non si può pensare di abbattere le liste d'attesa non incrementando il numero degli operatori nel Servizio sanitario nazionale e un nuovo calcolo basato sul fabbisogno”.

Con la possibilità, nel frattempo, per le Regioni che hanno la capacità economica, di assumere più personale socio-sanitario, del 5% in più. Il titolare del dicastero di lungotevere Ripa richiama tutti gli attori implicati al gioco di squadra: “ognuno – dice – deve fare la sua parte, governo, ministero, Regioni, direttori generali e anche cittadini, perché un punto significativo è legato al fatto che tutti quelli che hanno prenotato una prestazione, due giorni prima di effettuarla, saranno chiamati per la conferma” e questo significa recuperare, nelle intenzioni del dicastero, fino al 20% di disponibilità.

#### Nessun regalo ai privati

“Non ci sono regali ai privati – avverte Schillaci – al contrario il privato accreditato dovrà fare pienamente la propria parte mettendo a disposizione tutta l'offerta di prestazioni nel Cup unico

regionale. Inoltre, sosteniamo le Regioni del Sud con interventi di adeguamento tecnologico e formazione di personale per potenziare l'assistenza sociosanitaria".

## **In attesa del piano**

Oltre al decreto legge, a marzo di quest'anno è stato istituito presso il ministero della Salute un tavolo tecnico per l'elaborazione e l'operatività del Piano nazionale di governo delle liste d'attesa 2024-26. Il nuovo Piano dovrà aggiornare quello approvato per il triennio 2019-21, ancora in vigore, secondo il quale le prestazioni indicate dal medico prescrittore come "programmabili" possono essere fissate entro 120 giorni mentre le "urgenti" entro 72 ore.

Sempre secondo il piano, se per una prestazione specialistica con priorità viene superato il tempo massimo di attesa previsto per legge, il paziente residente può recarsi, secondo una specifica procedura, in una struttura privata convenzionata senza costi aggiuntivi. Anche nel decreto, ora divenuto legge, è prevista una misura che permette al cittadino di ricevere la prestazione entro i tempi massimi stabiliti in una struttura privata accreditata oppure dentro lo stesso ospedale tramite la libera professione dei medici. La norma è stata subito battezzata "salta-fila" e non prevede per il paziente il pagamento di costi aggiuntivi ma del solo ticket.

## **Controllo locale**

Il ruolo delle Regioni nel provvedimento legislativo è cruciale e ruota intorno alla figura del Ruas, Responsabile unico dell'assistenza sanitaria, incaricato di monitorare le liste d'attesa per le prestazioni nelle Asl. Va detto che, a pochi giorni dall'approdo del decreto legge in Parlamento, in commissione Affari Sociali era giunto un emendamento all'articolo 2 del testo che poneva il controllo diretto nelle mani del ministero della Salute.

La sortita aveva riscosso una levata di scudi in Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato le Regioni e le Province autonome che aveva portato al ritiro da parte dell'esecutivo restituendo il timone a livello locale, con la possibilità di entrare in gioco solo in caso di inerzia.

"Fin qui gli italiani – commenta Zaffini – hanno subito i conflitti di competenza fra Stato e Regioni e i conseguenti disservizi. Da oggi, il Governo se ne farà carico, stabilendo che le Regioni gestiscano le prestazioni sanitarie ma il ministero della Salute vigili, controlli ed eserciti il potere sostitutivo nei casi in cui gli enti locali non riescano a rispettare i tempi d'attesa fisiologici. Le Regioni possono e devono gestire le prestazioni sanitarie ma lo devono fare salvaguardando il diritto del cittadino a essere curato nei tempi e nei modi previsti dalla legge.

Se questo non avviene, lo Stato ha il dovere assoluto di far rispettare le norme e soprattutto quello di controllare i mille rivoli di una spesa esorbitante che è la seconda voce del bilancio dello Stato dopo quella delle pensioni. Ricordo che il Fondo sanitario nazionale, da Documento di programmazione economico e finanziaria, raggiungerà entro il 2027 oltre 147 miliardi di euro ogni anno. E le Regioni devono garantire sia le prestazioni per le quali ricevono un fiume di denaro che l'efficacia e l'efficienza del loro sistema sanitario. Su tutto questo lo Stato deve vigilare".

## **Salute mentale**

Finora esclusa dal decreto, la salute mentale potrebbe ricevere una delle quote specifiche, insieme alla prevenzione, del Fondo sanitario nazionale, secondo le intenzioni di Schillaci, con il ministero dell'Economia e delle Finanze. "Si sta valutando – spiega il ministro – l'opportunità di attivare una

piattaforma simile a quella usata per il monitoraggio sulle liste d'attesa". Su questa possibilità interviene la professoressa **Emi Bondi**, presidente uscente della Società italiana di psichiatria e presidente del coordinamento nazionale dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc): "il ministro – commenta – ha sempre avuto grande sensibilità al tema, ma occorre vedere se ci sono i fondi. Già oggi, secondo i requisiti di organico nei servizi rivisti da Agenas, siamo al di sotto. La politica di oltre dieci anni di blocco delle assunzioni non ha aiutato e anche se ci fossero i soldi, non ci sarebbero gli specialisti".

Nel frattempo, nel Paese, aumentano i disturbi, l'uso di sostanze e l'incidenza tra i giovani: "c'è un grandissimo bisogno di tutelare la salute mentale a livello nazionale. Il tema è trovare forme di finanziamento – avverte la presidente – per reintegrare i servizi e le persone che mancano e gli specialisti formati per coprire i posti vacanti".

Va detto che la psichiatria – precisa Bondi – ha sempre avuto "una organizzazione diversa rispetto alla specialistica ospedaliera. I nostri servizi sono territoriali, ad accesso diretto. Il paziente può prenotare o essere inviato dal medico di famiglia o tramite segnalazione d'urgenza e per un trattamento sanitario obbligatorio. Non abbiamo mai avuto in passato problemi di liste d'attesa mentre ora siamo in grosse difficoltà perché la presa in carico è più difficile a causa delle carenze di personale per cui, in alcuni casi, sono stati chiusi gli Spdc".

La situazione è molto complessa, "da dopo la pandemia, abbiamo un aumento delle richieste e allo stesso tempo un calo di medici e altre figure professionali in organico nelle strutture pubbliche. Solo gli psichiatri ad oggi sono 3400, 300 in meno rispetto a due anni fa".

## Effetti a valle

Non si aspetta rilevanti cambiamenti chi sta al fronte dell'emergenza, come **Fabio De Iaco**, presidente della Società italiana di medicina d'emergenza e urgenza (Simeu). "Il problema delle liste d'attesa riguarda il pronto soccorso, ma non è fra le principali criticità", commenta.

"Se si accede all'emergenza per saltare le liste, si rischia di attendere tanto perché non è un'urgenza. Certamente la richiesta influisce sui tempi e sull'efficienza del pronto soccorso ma i problemi veri sono l'attesa di ricovero, quindi il sovraffollamento e le carenze di personale. Ammesso che il decreto abbia un'efficacia concreta, non mi aspetto una variazione sostanziale su ciò che nei dipartimenti di emergenza e urgenza viviamo quotidianamente".

Uno spiraglio però il presidente lo intravede nell'articolo 5 del decreto in cui si prevede l'aumento del tetto di spesa per il personale: "si parla – spiega De Iaco – di un aumento del 10%, più un 5% sottoposto a una revisione, previo un nuovo decreto ministeriale.

Mi chiedo se quel 10% in più, fatte salve tutte le condizioni che sono riportate nel testo e che riguardano la situazione finanziaria delle singole Regioni, non possa essere destinato direttamente all'emergenza urgenza, cosa che sarebbe utile. Credo che le carenze più evidenti in questo momento siano le nostre, mentre sarebbe il caso di avere un'attenzione particolare all'emergenza-urgenza visto che siamo il tampone per tutte le criticità. Nel DL c'è il tentativo da parte del ministero di razionalizzare il sistema e renderlo controllabile. Quello che tutti lamentano è che in assenza di risorse, lo sforzo rischia di rimanere lettera morta.

Il principio per il quale le cose possono migliorare in condizioni di iso- risorse è aleatorio. Siamo convinti che ci siano quote di risparmio ma per le condizioni generali di lavoro non lo raggiungeremo perché ci sono di mezzo burocratizzazione, distanza tra medici di medicina generale e pazienti, incremento della medicina difensiva seguita alla mancata depenalizzazione dell'atto medico. Tutti questi fattori fanno in modo che il nostro sistema sia in stallo, difficilmente migliorabile, a meno di un importante intervento di ristrutturazione generale che immetta risorse. Lo sforzo del ministero è chiaro – conclude – ma temo che la razionalizzazione non sarà così decisiva”.

Da parte di una delle componenti del privato convenzionato, l'Associazione religiosa degli istituti socio sanitari (**Aris**), che rappresenta oltre il 20% del comparto, c'è attesa nei confronti del decreto legge e in particolare per i decreti annunciati che seguiranno per l'applicazione. “Questo provvedimento – spiega padre **Virginio Babber**, presidente dell'Aris – ci lascia molto perplessi perché non c'è un finanziamento previsto. Si tratta di soluzioni in divenire e ci chiediamo quando potranno trasformarsi in realtà. Per quanto riguarda le nostre strutture, siamo pronti ad aspettare, anche se – sottolinea – il Cup unico deve tener presente la necessità di mantenere la prosecuzione del piano diagnostico e terapeutico. La persona infatti che si reca in clinica per le terapie non può essere mandata da un'altra parte, ma deve essere curata dalla stessa struttura, nel rispetto della consequenzialità della cura. Questo ancora non si capisce come verrà assicurato. Inoltre, è stato detto che ci sarà un disegno di legge ad hoc e ci chiediamo quando arriverà. Occorrerà vedere cosa faranno le Regioni quando entrerà in pieno esercizio la riforma dell'autonomia differenziata”.

#### Una via preferenziale

Chiamati in causa in diverse occasioni come nodo cruciale della rete assistenziale, sono i medici di medicina generale che dovrebbero vigilare sull'appropriatezza delle prescrizioni. “Vedremo se le misure potranno funzionare, ma da quello che ho visto, è previsto ciò che è stato già introdotto in passato, dall'aumento dell'offerta ai benefici per il personale. Certo qualcosa in più è meglio di qualcosa in meno, ma non c'è nulla ancora che intervenga sulla domanda”, commenta **Pier Luigi Bartoletti**, vice segretario nazionale vicario della Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg), audito in Senato sulla materia del decreto. “Il prescrittore – precisa – non è il medico di medicina genera- le ma è il medico che richiede la prestazione.

Il medico di medicina generale prescrive e si assume la responsabilità ma spesso prescrive anche esami richiesti da altri specialisti. Sul totale delle nostre prescrizioni, queste ultime indicate su suggerimento degli specialisti, riguardano almeno il 60% e spesso derivano dagli specialisti delle strutture pubbliche”. Quanto all'aumento dell'offerta del privato accreditato, che dovrebbe supplire alle esigenze, Bartoletti punta il dito sui costi: “la spesa aumenterà – commenta – e per questo bisogna mettere in atto misure, come per esempio, facilitare la domanda qualificata di prestazioni in alcune branche critiche, ovvero, l'oncologia, l'infettivologia, la reumatologia e le malattie croniche con percorsi che danno ragione al fatto che la medicina generale ha degli strumenti per evitare alle persone che non possono aspettare di essere subito curate”.

In sostanza, “in base all'analisi del quadro clini- co del paziente e alla sua storia – spiega ancora Bartoletti – il medico di medicina generale e gli specialisti ambulatoriali dovrebbero avere degli strumenti per la gestione della domanda, in particolare, per quelle patologie che hanno la necessità di una diagnosi tempestiva. Di questo, però, nella legge non c'è traccia. Significa ancora una volta contare sulla buona volontà del singolo professionista che si incarica di cercare in maniera autonoma il percorso più breve per far avere al paziente la prestazione. Quello che manca – conclude – è la fiducia nella professionalità nei propri operatori”.



VALLEVERDE

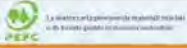
# la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Maurizio Molinari

VALLEVERDE



Lunedì 16 settembre 2024

Oggi con Affari & Finanza

Numero 51/99 - €1,70

Allarme a West Palm Beach

## Trump, spari sul campo da golf "È attentato", preso un uomo

Il commento

### La stagione dell'odio

di Gianni Riotta

La sparatoria nei dintorni del Golf Club di Donald Trump a Palm Beach, in Florida, con un sospetto fermato dagli agenti del Servizio Segreto per tentato omicidio, aggrava la stagione tragica dell'odio

in America. Dopo l'attentato del 13 luglio cui l'ex presidente repubblicano sfuggì d'un soffio, la campagna elettorale resta uno scontro frontale. **alle pagine 2 e 3**  
Servizi di **Basile e Mastrolilli**

Il retroscena

### Biden e Starmer temono che Mosca aiuti Teheran sull'atomica

di Di Feo e Guerrero  
a pagina 14



◀ L'ex presidente Donald Trump gioca a golf in Florida. In alto, il presunto attentatore Ryan Wesley Routh

IL PROCESSO OPEN ARMS

# Destra, assalto ai Pm

Dopo la richiesta di condanna per Salvini, La Russa: "I pubblici ministeri vogliono interpretare le norme" Il ministro: non mollerò. L'Anm insorge: basta pressioni e offese. Spataro: vogliono le toghe sotto l'esecutivo

### Duelli nei due poli. È guerra Grillo-Conte. E sugli extraprofitto: Fdi provoca Tajani

L'editoriale

### I sacri confini e la difesa della vita

di Ezio Mauro

Come se dettasse la sua lapide per i posteri davanti al tribunale della storia, Matteo Salvini ha parlato al Paese in un video. **a pagina 23**

Il governo aggredisce i pm. La magistratura reagisce contro quelle che definisce «forme di pressione sui giudici», dopo la richiesta del pubblico ministero di condannare Matteo Salvini a sei anni di carcere per il sequestro, nel 2019, dei migranti della Open Arms. «L'imputato è responsabile di sequestro di persona, oltretutto di rifiuto di atti d'ufficio», hanno ribadito i pm. Intanto scontro totale nei 5S tra Grillo e Conte. Il fondatore dice: "Vuole farmi fuori".  
di **Cerami, Fraschilla, Millella e Palazzolo** **alle pagine 2, 3 e 8**



◀ Sorelle Arianna e Giorgia Meloni

L'analisi

### Giorgia, Arianna e Patrizia: su partito e governo tre donne al potere

di Stefano Cappellini  
a pagina 11

Diritti

### Suicidio assistito salta l'iter in aula "La maggioranza blocca la legge"

di Maria Novella De Luca

ROMA - La sofferenza può attendere, la Politica ha altro da fare. Si apre con una nuova sconfitta sul fronte della legge sul suicidio assistito questo autunno 2024, segnato ormai da decine e decine di persone con gravissime disabilità e malati terminali che si mettono in viaggio verso la Svizzera per essere aiutati a morire. **a pagina 9**

L'inchiesta

### Parma, il giardino dei neonati sepolti Se una villa-bene nasconde l'orrore

di Eleonora Capelli

TRAVERSETOLO (PARMA) - C'è una domanda che tutti si pongono, dal sindaco al barista, nel paesino in provincia di Parma sconvolto dal ritrovamento dei cadaveri di due neonati, nello stesso giardino: «Gli agenti del Ris sono andati a scavare a colpo sicuro per trovare il secondo corpo, chi ha detto loro che era lì?» **a pagina 18**

Roma verso il Giubileo

### Cento opere da chiudere in 100 giorni Gualtieri: "Cancelleremo il degrado"



di D'Albergo e Pretto **alle pagine 20 e 21**

**Bronzallure**  
MILANO  
www.bronzallure.com

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 67821  
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06 688281

DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02 63707310  
mail: servizioclienti@corriere.it

V VALLEVERDE

DATARO Pronto soccorso, il caos di Milena Gabanelli e Simona Ravizza a pagina 21



Il libro di Calabresi «Senza rancore grazie al mio secondo papà» di Aldo Cazzullo a pagina 25

VALLEVERDE

Donne e diritti / 1 PARITÀ, I RITARDI ITALIANI di Maurizio Ferrera

In Italia la parità progredisce lentamente, troppo lentamente. Lo dicono tutti gli indicatori statistici. E lo pensano, soprattutto, i cittadini. Il 54% degli Italiani ritiene che l'eguaglianza di genere sia lungi dall'essere stata raggiunta nella sfera del lavoro, 58% all'interno delle imprese, 61% nelle istituzioni politiche. Il doppio rispetto ai Paesi scandinavi, ma molto di più anche rispetto alla Germania o al Regno Unito. Gli uomini sono più ottimisti delle donne, ma il divario non è alto. continua a pagina 30

Donne e diritti / 2 TRE FRONTI DA CUI RIPARTIRE di Rita Querzè

È terminata ieri a Milano l'undicesima edizione della festa-festival il Tempo delle donne. Ma non si cada in errore: più che di una chiusura si è trattato di un inizio. La tre giorni di incontri era incentrata quest'anno sul tema del lavoro femminile. Con un titolo che è anche una rivendicazione: pari occupazione, pari reddito, pari libertà. Siamo consapevoli che il percorso per arrivare a un equilibrio reale è ancora lungo. Per questo il faro acceso dalla tre giorni in Triennale sul tema del lavoro femminile non verrà spento. continua a pagina 29

Florida L'ex presidente: non mi arrenderò



Uomo armato arrestato vicino a Trump: voleva uccidere di Viviana Mazza



La residenza di Donald Trump, in Florida. Nel fondo Ryan Routh, il 58enne arrestato di Viviana Mazza  
VIolenza e politica Spari sulla campagna di Federico Rampini a pagina 6

Il processo La Russa: i pm vogliono correggere le leggi

I magistrati contro il governo sul caso Salvini

L'Anm: parole gravi. Il ministro: battaglia

QUEL SI DEL SENATO La politica c'entra (ma per il ruolo dei Cinque Stelle) di Giovanni Bianconi

Il processo Salvini-Open Arms non è un processo politico, ma è un processo di derivazione politica. A consentirne la celebrazione, infatti, è stato il Senato della Repubblica quando nel 2020 concesse l'autorizzazione a procedere ribaltando la decisione dell'apposita Giunta: finì 149 a 141, con il voto favorevole e decisivo dei Cinque Stelle. continua a pagina 30

GIANNELLI IL VICE SOTTO ACCUSA RIFAREI TUTTO! IO NO!

Treviso La crisi in famiglia. La piccola aveva 3 anni

Madre e figlia nel Piave Sono morte abbracciate

di Andrea Pasqualetto

Le hanno viste adagate sulla ghiaccia dall'elicottero. Mamma e figlia di tre anni, ancora abbracciate, senza vita su un isolotto a pochi chilometri dal ponte di Vidor, sul Piave, a una quindicina di chilometri da Milano, Treviso. Era proprio quello che tutti temevano, in questa tragedia. Susanna, 45 anni, che soffriva di depressione ed era in cura, venerdì sera si è fatta travolgere dal fiume scivolando verso la morte con la piccola Mia stretta al cuore. a pagina 16

TAJANI E I MISSILI A KIEV «Londra decide per sé» di Marco Galluzzo

Missili a lungo raggio? «Ogni Paese decide per sé sui propri aiuti militari - dice Tajani - Gli stessi americani sono prudenti». a pagina 9

KOSOVO IL RACCONTO DI D'ALEMA «Così entrammo in guerra» di Francesco Verderami

D'Alema, il premier che portò l'Italia in guerra nel Kosovo. «Vidi il presidente serbo dal dentista. Poi l'attacco». a pagina 15

classic has never been so light. Santoni EASY. SCORRI LA COLLEZIONE

ULTIMO BANCO di Alessandro D'Avenia La vita è come il tennis

Un poeta non aveva mai visto il mare. Si mise in viaggio. Si fermò in una locanda e confidò all'albergo la sua ricerca. L'uomo gli rispose che era ormai vicino, avrebbe potuto raggiungere la meta l'indomani. Il poeta passò la notte a rigirarsi nel letto della sua camera nell'insonne attesa. Il giorno dopo l'albergo lo vide tornare e gli chiese come era andata, ma il poeta rispose che non aveva visto il mare e non aggiunse altro. Come era possibile? La curiosa scena si ripeté per due o tre giorni, fino a quando il poeta tornò raggiante: ce l'aveva fatta! E come? Chiese incuriosito l'albergo. Da una barca giunta a riva erano scesi dei pescatori: li aveva osservati, aveva parlato con loro fissandoli negli occhi.



E finalmente, in quei corpi e in quelle voci, aveva visto il mare. Così è la verità, sempre incarnata in qualcuno, e per questo esiste la scuola: un luogo pensato per incontrare testimoni credibili di un pezzo di vita a cui hanno dedicato anni, sforzi e sogni. Sin da bambini impariamo il mondo per fiducia, da qualcuno prima che da qualcosa, la pelle («un discorso toccante...») e la voce («...mi ha incantato!») precedono la vista di almeno nove mesi, ed è poi così anche nella vita fuori dal grembo. Si comincia a conoscere solo da soggetto a soggetto: il corpo e la voce di qualcuno ci dicono dove, come e cosa guardare. Ma chi seguire, chi ascoltare tra tante voci? continua a pagina 23

CORSI+ Giorgio Mastrotta Ti insegna a vendere. Il 1° sito di corsi in Italia

L'INCIDENTE DI TORINO

Piazza San Carlo, panico al rally  
l'auto piomba sugli spettatori

GIANNI GIACOMINO - PAGINA 17



L'ISTRUZIONE

I partiti hanno tradito la scuola  
i prof affogano nella burocrazia

GIANNI OLIVA - PAGINA 21

LA CULTURA

Calvino incontra l'Islanda  
e la fiaba si trasforma in magia

NADIA TERRANOVA - PAGINE 22-23



SOLO NEI  
MIGLIORI  
BAR

# LA STAMPA

LUNEDÌ 16 SETTEMBRE 2024

CAFFÈ  
COITADORO  
1920

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € | L'ANNO 158 | N. 256 | IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) | SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) | ART. 1 COMMA 1, DCB-TO | [www.lastampa.it](http://www.lastampa.it)

GNN

AFFONDO DEI GIUDICI: DA PALAZZO CHIGI REAZIONI SCOMPOSTE. IL LEADER DELLA LEGA: NON MOLLO. IL PD: CONFLITTO GRAVE

## Il governo alza il tiro sui migranti

Intervista a Conte: "Ue, Draghi sostituisce il welfare con l'economia di guerra. Più pace meno armi"

IL COMMENTO

Il confine invalicabile  
tra giustizia e politica

GIOVANNI ORSINA

Quello che Matteo Salvini sta subendo sulla vicenda Open Arms è un processo politico. Consentito, non per caso, da un voto parlamentare. L'articolo 96 della Costituzione stabilisce che, perché possa procedere in caso di presunti reati ministeriali, il potere giudiziario ha bisogno dell'autorizzazione della Camera o del Senato. La legge costituzionale numero 1 del 1989 aggiunge che l'assemblea può negare tale autorizzazione ove reputi, con valutazione insindacabile, che l'interrogante abbia agito per la tutela di un interesse dello Stato costituzionalmente rilevante ovvero per il perseguimento di un preminente interesse pubblico nell'esercizio della funzione di Governo. Saggiamente, la Carta lascia così alla politica la facoltà di disegnare i propri stessi confini, di stabilire fin dove si spinge il terreno della discrezionalità politica sul quale la magistratura non può addentarsi. Nel caso in questione, il via libera l'ha dato il Senato quattro anni fa, il 30 luglio del 2020. - PAGINA 2



OLIVO, SCHIANCHI

Matteo Salvini a parte, la più spaventata dalla sentenza Open Arms è Giorgia Meloni. La missione di questi giorni è chiara: il vicepremier va arginato. Il segretario della Lega cavalca la sua vicenda giudiziaria, puntando l'agenda su immigrazione e giustizia. - PAGINE 2-9

Matteo in stile Donald  
una mina per Giorgia

Alessandro De Angelis

IL COLLOQUIO

Prodi: Meloni arranca  
ma l'alternativa dov'è?

FABIO MARTINI

«In queste ultime settimane si sono susseguiti diversi episodi, alcuni anche molto gravi: nel governo sono emersi fenomeni di scollamento e di tensione ma poi, quando abbiamo letto gli opinion polls, abbiamo scoperto che la maggioranza tiene», dice a *La Stampa* Romano Prodi. - PAGINA 8

LA MANOVRA

Extra-tassa alle banche  
La Russa contro Tajani

LUCA MONTICELLI

Alta tensione nel governo. Dopo le scintille tra Forza Italia e il ministro leghista dell'Economia Giancarlo Giorgetti sulla manovra, a riaccendere lo scontro è il presidente del Senato Ignazio La Russa che attacca frontalmente il vicepremier Antonio Tajani. - PAGINA 8

I MAGISTRATI

Santalucia: "Salvini  
pretende l'impunità"

GRAZIA LONGO

«Buona parte della classe politica manifesta insoddisfazione per il controllo della legalità e confonde il primato della politica con la pretesa di impunità. Noi magistrati rispettiamo la politica, ma la legge penale obbliga tutti ad osservarla», dice a *La Stampa* Giuseppe Santalucia (Anm). - PAGINA 2

ARISA: INSEGNIAMO L'IMPORTANZA DELLA GENTILEZZA

Così batto i bulli

LUCA DONDONI



«Il bullismo è una ferita profonda. Bisogna insegnare ai giovani l'importanza della gentilezza e la musica può fare molto». Sincerità, Arisa la canta e la pratica. - PAGINA 18

FABIO FRUSTACI/ANSA

IAPICCHINO: NON SI DIVENTA GRANDI IN UN SALTO

Se sbaglio cresco

GIULIA ZONCA



Un diamante, proprio come una Olimpiade, non è per sempre. Larissa Iapichino ha portato il suo da Bruxelles a Firenze dopo una notte speciale. - PAGINA 19

FABRIZIO CORRADI/111/L'ESPRESSO

GLI STATI UNITI

Paura per Trump  
la scorta spara  
a un uomo armato  
"Voleva ucciderlo"

ALBERTO SIMONI



Una sparatoria a Palm Beach ha riportato indietro le lancette di due mesi quando Donald Trump scampò per un soffio a un tentato omicidio. - PAGINA 11

IL MEDIO ORIENTE

In Cisgiordania  
ora è assedio totale

FRANCESCA MANNOCCHI

L'economia palestinese è in ginocchio dopo 11 mesi di offensiva militare israeliana a Gaza. E quanto affermano le Nazioni Unite in un dettagliato rapporto pubblicato pochi giorni fa. Pedro Manuel Moreno, vicesegretario dell'Unctad, la Conferenza Onu sul commercio e lo sviluppo, ha usato parole dure e allarmate: l'intera economia palestinese è in caduta libera. MAGRI - PAGINE 12 E 15



L'APPELLO

Due anni dopo Mahsa  
l'Iran ci umilia ancora

NARGES MOHAMMADI

Sono passati due anni dalla morte di Mahsa Jina Amini e dall'inizio dell'eroico e potente movimento "Donna, Vita, Libertà". In questi due anni difficili e dolorosi, molte ferite sono state incise sui corpi. - PAGINA 21

LO SPORT

Il Toro stecca, il Napoli vola  
E la Juve ritrova Chiellini

BARILLÀ, BUCCHIERI, MELLI, ODDENINO

Non era mezzanotte, ma l'effetto Cenerentola si è visto tutto. Il Toro che ha regalato speranza con una partenza sorprendente ha lasciato spazio alla versione triste e povera della scorsa stagione. Intanto Giorgio Chiellini torna alla Juventus: si occuperà delle relazioni nazionali e internazionali. - PAGINE 26-28



Baku, Leclerc è secondo  
"Ho sottovalutato Piastri"

JACOPO D'ORSI



Questa è la storia di un amore non corrisposto, chissà per quanto tempo ancora Charles Leclerc e la Ferrari dovranno corteggiare Baku prima di far breccia nel cuore fortificato della capitale azera. La maledizione assume contorni sconcertanti: non sono bastate a Charles quattro pole consecutive. - PAGINA 29

[www.frattini.it](http://www.frattini.it)

F

Frattini  
RUBINETTI DAL 1958

AGRI ZOO 2  
PET SHOP  
[WWW.AGRIZOO2.IT](http://WWW.AGRIZOO2.IT)





# Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 140 N° 255 Sped. in AP. 03/03/2020 con L.46/2004 art.1 c.1 DC/2011

NAZIONAL



Lunedì 16 Settembre 2024 • Ss. Cornelio e Cipriano

IL MERIDIANO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](#)

**La prima volta**  
**Kendrick Lamar**  
**un Pulitzer rap**  
**al Super Bowl**

Marzi a pag. 19



**Dovbik-gol: 1-1 col Genoa**  
**Roma, raggiunta al 96'**  
**De Rossi: «Parafulmine**  
**come tutti i tecnici»**

Aloisi, Angeloni e Carina nello Sport



**Alle finali Davis da primi**  
**Cobolli-Berrettini**  
**l'Italtennis che vince**  
**parla romano**

Martucci nello Sport



**L'editoriale**  
**IL RITORNO**  
**DI DRAGHI**  
**E L'ILLUSIONE**  
**DEI TECNICI**

Alessandro Campi

L'incontro dell'altro giorno tra Marina Berlusconi e Mario Draghi, presente l'onnipresente Gianni Letta, ha confermato che in Italia, quando ci sono di mezzo la politica e i suoi attori, davvero non ci si annoia. È bastato un semplice colloquio fra tre figure eminenti della nostra scena pubblica per far nascere voci fantasiose sulle loro reali intenzioni, sugli scenari politici inediti ai quali starebbero riservatamente lavorando. La fibrillazione, tra i corridoi del Palazzo, è palpabile. Meno, bisogna dire, per le strade e i piazze delle città: gli italiani, evidentemente, hanno altri pensieri.

Forza Italia, stante i malumori di Marina Berlusconi nei confronti di Giorgia Meloni (Arco contro Palazzo Chigi si è detto), sta dunque per staccarsi dalla coalizione di centrodestra per dare vita, insieme al Partito democratico, a una nuova maggioranza parlamentare? Nascerà un nuovo esecutivo tecnico guidato o comunque ispirato da Mario Draghi, la figura più autorevole e accreditata che il nostro Paese possa vantare a livello internazionale? Si sta pensando, come in altre parti d'Europa, a un governo che metta insieme i moderati di diverso orientamento e isoli i populisti dei diversi colori?

Si tratta, probabilmente, di fantasie politico-mediatriche di fine estate, destinate ad evaporare presto, dietro le quali si possono però intravedere, da un lato, alcuni dei tratti tipici del modo con cui la politica viene ormai abitualmente vissuta, interpretata e raccontata in Italia, dall'altro problemi politici che sono in effetti reali, incombenti e di non facile soluzione.

Continua a pag. 21

## Partite Iva, esteso il concordato

► Emendamento della maggioranza per allargare la sanatoria e coprire i redditi 2018-2023 con flat tax tra 10 e 15% sulle somme non dichiarate. In Cdm il piano per abbassare il deficit

ROMA Partite Iva, una sanatoria per allargare il concordato. La proposta in un emendamento al Senato.

Andreoli, Bassi, Di Branco e Dimito alle pag. 2 e 3

I Servizi bloccano l'attentatore. Donald: «Sto bene, non mi fermo»



## Catturato uomo armato

### «Voleva uccidere Trump»

West Palm Beach, Florida: la polizia nella zona interessata dagli spari REUTERS. Giuita alle pag. 6 e 7

Migranti, Starmer studia il modello Italia

Open Arms, Salvini: democrazia a rischio. Tensione toghe-politici, Lega mobilitata

ROMA Caso Open Arms, Salvini mobilita la Lega: «Democrazia a rischio. Mi vogliono in galera per aver fermato gli sbarchi. Io non mollo». L'Am: «Dichiarazio-



ni gravi». Schlein: attacco ai magistrati. Migranti, oggi il premier inglese Starmer a Roma per studiare il modello Italia. Alberti, Bechis e Bulferi alle pag. 4 e 5

## Scuola e abbandoni, la rimonta italiana parte da Lazio e Sud

► Dispersione dal 13,3% del 2019 al 9,4% del 2024. Valditaro: «Grazie a Pnrr e al modello Caivano»

ROMA La scuola italiana riesce a tenere in classe i suoi studenti più che in passato. Diminuisce la dispersione scolastica: dal 13,3% del 2019 al 9,4% del 2024. Si tratta una proiezione che arriva dalle relazioni Invalsi. È un dato mai raggiunto prima: l'obiettivo del Pnrr per il 2026 era dello 10,2. Siamo molto vicini anche all'obiettivo Ue che per il 2030 è al 9%. Buona la performance del Sud. Il ministro dell'Istruzione Valditaro: «Siamo in anticipo sul Pnrr grazie a tutori laboratoristi».

Covella, Guerra e Loiacono alle pag. 10 e 11

Via in 12 quartieri. Da oggi a Roma il passaporto all'ufficio postale

Umberto Mancini

Primo taglio burocrazia: da oggi anche a Roma passaporti alle Poste. Entro la fine dell'anno sarà possibile richiedere la carta d'identità elettronica. A pag. 14

## Ritrovati nel fiume i corpi: il suicidio-omicidio dopo la separazione Susanna e la figlia, abbraccio e morte



MIANE (Tv) Susanna e la figlia di 3 anni scomparse, i corpi trovati nel Piave, su un isolotto a pochi chilometri dal ponte di Vidor dove era stata abbandonata l'auto: erano ancora abbracciate. Erano «La donna vittima della depressione». Calia, Evangelisti e Pattaro a pag. 12

Il padre produce gli show di Jovanotti e dei Pooh. Incidente fatale in pista per Luca Salvadori il centauro-youtuber amato da vip e cantanti

ROMA A lasciare un messaggio di cordoglio sono stati campioni del calibro di Pecco Bagnaia, Jorge Martin e Marc Marquez. Ma anche tanti volti noti del mondo della musica, come i Pooh e Jovanotti. Luca Salvadori, pilota di moto, youtuber e figlio del noto manager discografico Maurizio, è morto a 32 anni durante una gara a Froberg, in Germania. Zaniboni a pag. 13



Il Segno di LUCA

ACQUARIO A TUTTO SPRINT

L'effetto positivo del trigono tra Giove e Venere ti consente di tornare alla grande la settimana. Sei forte di un atteggiamento vincente e, come se non bastasse, baciato dalla fortuna. La Luna ti offre delle opportunità da non sottovalutare che riguardano la tua situazione economica. Puoi approfittare della ventata di buonumore per mettere a frutto il tuo ottimismo e individuare le opzioni più positive contando sul tuo senso. MANTRA DEL GIORNO La vittoria è necessario costruirsi.

L'oroscopo a pag. 21

## HAI SCRITTO UN LIBRO?

INVIACI IL TUO INEDITO ENTRO IL 25/09/2024

[inediti@gruppoalbatros.com](mailto:inediti@gruppoalbatros.com)

[www.gruppoalbatros.it](http://www.gruppoalbatros.it)

**Mariantonietta Zeppetella Del Sesto**  
**LA REGINA DELLE MOSCHE**  
**Raccolta di poesie**

Non tutte le storie hanno la capacità di esprimere in poesia il dramma o l'attaccamento alla vita. Chi è legato a cene spesso ha difficoltà a decollare nel cielo della propria esistenza, ma il potere taumaturgico del poeta libera, recidendo ogni legame oscuro.

Albatros Il Filo

\* Tardano con altri quotidiani (non tutti gli appuntamenti) con le province di Milano, Lazio, Brescia e Ferrara, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia e L'Espresso, la domenica con Fotomontaggi e L'Espresso, il Messaggero - Giornale dello Sport, Sport e L'Espresso, il Messaggero - Prime Pages. Note: € 1,50 nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Giornale dello Sport, Sport e L'Espresso € 1,20.

**ANELLI, PRESIDENTE DEI MEDICI:  
«AGGRESSIONI FIGLIE DELLE FAKE NEWS»**

Sorbi a pagina 10



Filippo Anelli

## «Le aggressioni ai medici? Frutto di troppe fake news»

Il presidente dei camici bianchi ragiona sulle cause della violenza dei pazienti. Oggi il corteo a Foggia

di Maria Sorbi

**E** pensare che un tempo il medico era «il barone» della sanità, il privilegiato, quello a cui portare il massimo del rispetto. Poi è stato «l'eroe», per qualche manciata di giorni all'inizio del Covid. Andrà-tutto-bene e via applausi dai balconi delle case. Ora cos'è? Spesso - troppo spesso - è «il bersaglio». Della rabbia, della frustrazione, dell'incapacità di domare l'istinto con il cervello. Da qui le 16mila aggressioni all'anno, le botte, gli insulti, le minacce da parte dei pazienti.

**Filippo Anelli, presidente della federazione degli ordini dei medici, cosa è successo? Come mai è precipitata la fiducia nei confronti dei medici?**

«I sondaggi delle case demoscopiche dicono che il livello di fiducia è alto. Ma questo non ci esime dal dover fare delle considerazioni: viviamo in una società aggressiva che ha perso tanti valori. Si usa la violenza contro varie figure autorevoli, dagli insegnanti ai giudici, dalle forze dell'ordine ai sanitari. Il medico ha una crisi d'identità».

**Il medico ha perso l'autorevolezza?**

«Nel tempo sì. È stato un processo lento. I cittadini chiedono efficienza dalla sanità e se non la ottengono sfociano nella rabbia. Ci sono stati tagli al personale deleteri, il tetto delle assunzioni è fermo ai livelli del 2004. In più è stata sbagliata la programmazione dei posti all'università. Dieci anni fa c'erano 10mila iscritti a Medicina e 6mila posti di specializzazione. Ma in pensione ci sono andate 15mila persone. I numeri sono stati corretti solo nel 2020 con il Covid. Ma il personale è poco, i medici fanno i doppi turni, il rischio clinico aumenta».

**Che nesso c'è con le aggressioni?**

«Con tutti questi problemi, i medici hanno meno tempo».

**Intende tempo per curare bene i pazienti?**

«Tempo per ascoltarli, per spiegare in cosa consistono le cure, quali rischi comportano. La comunicazione è già una cura. E dal momento in cui è venuta a mancare, il medico è stato visto come una sorta di tecnico, nulla di più. Quindi è venuta meno la sua credibilità e ha perso il rispetto».

**Nel frattempo sono state dif-**

**fuse, forse come mai in passato, fake news sanitarie di ogni tipo.**

«Esatto. Hanno trovato spazio proprio nel vuoto di comunicazione che si è creato tra medico e paziente. Ovviamente un medico non può curare tutto. Il paziente cerca risposte. Per questo fanno presa soluzioni alternative (anche se soluzioni non sono), suggestive e miracolistiche».

**La non-scienza ha più appeal della scienza. Per questo il medico viene rispettato di meno?**

«Anche per questo. Dal momento in cui, durante il Covid, le opinioni dei medici sono state messe sullo stesso piano dei non-scienziati, allora la scienza è stata screditata agli occhi della gente. E ora deve recupe-



rare la sua credibilità».

**Ammettiamo che la recupero. È così difficile curarsi (pensiamo solo alle liste d'attesa) che è dura avere fiducia nel sistema sanitario.**

«Ecco, anche le liste d'attesa fanno perdere fiducia nel sistema sanitario. Ma non dimentichiamo che è grazie alla scienza e alla gratuità del Ssn che molte persone malate di tumore si possono curare con le Car-T, che altrimenti costerebbero 200mila euro a trattamento».

**Cosa chiedono i medici?**

«Al Governo chiediamo fondamentalmente due cose: promuovere la scienza e metterci in condizioni di fare i medici. Ripeto, non i tecnici. Nel momento in cui i medici avranno ancora il tempo di spiegare ai pazienti, di comunicare con loro, allora non servirà più cercare come matti le risposte su Google o rivolgersi a santoni vari. Diciamolo chiaramente: il cittadino ha diritto alle spiegazioni».

**Tornando alle aggressioni: il ministro Schillaci ha annunciato l'arresto in flagranza differita per chi è violento con il personale sanitario. Che ne pensa?**

«Sì, bene, come misura d'emergenza può essere molto utile, ottimo deterrente. Per questo chiediamo venga firma-

to velocemente il decreto legge. Abbiamo fretta di portare sicurezza all'interno degli ospedali, per far lavorare bene i medici, non con addosso la paura».

**Per attuare la flagranza differita, cioè comprovata da un filmato, servono telecamere di sorveglianza. Non tutti gli ospedali le hanno. Altrimenti 40 parenti infuriati non riuscirebbero ad arrivare fino a un reparto di oncologia, come accaduto a Pescara, distruggendo porte e materiale medico.**

«È fondamentale investire nella videosorveglianza, carente in molte strutture. Nel Pnrr ci sono 7,5 miliardi di euro dedicati agli ospedali. Una parte di questi può essere impegnata nelle telecamere. Occorre una telesorveglianza organizzata, con impianti collegati alle centrali delle forze dell'ordine per garantire un intervento tempestivo e non solo un filmato da usare a posteriori per identificare le persone violente».

**Cosa pensa invece dell'ipotesi del Daspo sanitario? Tre anni di cure a pagamento per chi aggredisce il personale ospedaliero.**

«Io penso sia un ottimo contrappasso: chi è violento e distrugge l'ospedale, non ha più diritto alla gratuità delle visite programmabili. Gli uffici legali

sollevano dubbi sulla costituzionalità di questa ipotesi perché non deve ledere il diritto alle cure per tutti. Inoltre l'iter legislativo per approvarlo sarebbe molto lungo. Quindi diciamo che per ora va bene il decreto legge sull'arresto».

**Oggi sarà in piazza assieme ai medici a Foggia?**

«No ma ci sarà il presidente dell'ordine della Puglia. Io sono solidale ai colleghi, in particolare modo a quelli aggrediti e costretti a barricarsi in una sala per mettersi al sicuro. Scendere in piazza ora è molto importante: è ora di dire basta a tutta questa violenza. Il diritto alla salute che i professionisti della salute garantiscono non può essere disgiunto dal diritto alla sicurezza».

**È un cane che si morde la coda.**

«Senza sicurezza, difficilmente l'assistenza potrà essere garantita con la massima efficienza. Questi episodi che alimentano la paura e l'angoscia spingeranno sempre più i professionisti ad abbandonare il Servizio sanitario nazionale. L'effetto sarà la compromissione non solo della qualità e dell'universalità dell'assistenza ma anche della stabilità sociale, così importante in questo momento storico».



## Violenze in corsia

Nell'ultima settimana sui social network è diventato virale un video che mostra un gruppo di medici degli Ospedali Riuniti di Foggia che blocca le porte di una stanza per ripararsi dalla violenza di un gruppo di parenti di una ragazza deceduta nella struttura in seguito a un intervento chirurgico. Le immagini hanno fatto il giro del web e delle televisioni e hanno rimesso sul tavolo il tema della violenza nei confronti del personale sanitario. Mentre il governo cerca soluzioni come il "Daspo delle cure", i dati aggiornati mostrano che gli episodi sono sempre più numerosi. Numeri di **Nicolò Zambelli**.

• • • •

### 16 mila

Le aggressioni nei confronti di medici e infermieri nel 2023, secondo i dati del report del ministero della Salute, presentato e aggiornato lo scorso 12 marzo in occasione della giornata dedicata alla prevenzione contro la violenza nei

confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari. Non ci sono ulteriori dati ministeriali.

• • • •

### 38 per cento

La percentuale di episodi di violenza nei confronti di medici e infermieri che si sono verificati in più, in Italia, negli ultimi cinque anni a causa della carenza nel personale. Il dato, pubblicato sul Sole 24 Ore, è emerso da un'indagine Amsi-Umem-Uniti per Unire, due associazioni che si occupano di tutelare la categoria. Ma la carenza di personale non è l'unico motivo per cui è aumentato questo tipo di episodi.

• • • •

### 24 per cento

Il tasso d'incremento degli episodi violenti che si sono verificati a causa dei tempi lunghi e delle liste d'attesa negli ultimi cinque anni. Oltre a quest'altra causa, ci sono: le lunghe file e la mancanza di comunicazione con il personale (+23 per cento); pregiudizi

nei confronti del personale Servizio sanitario nazionale (+5 per cento); risposte non adeguate ai familiari dei malati (+5 per cento).

• • • •

Gli anni che devono passare prima che un cittadino resosi responsabile di violenza contro un medico o un infermiere possa tornare ad accedere alle cure gratuitamente, secondo la proposta di legge presentata in Senato da Fratelli d'Italia per disincentivare questi atteggiamenti. La pdl esclude dal "Daspo" le cure salvavita, ma l'ordine dei medici (e il ministro Schillaci), per agire propongono l'arresto in flagranza differita.



L'EMERGENZA

# Pescara e Genova, altri medici aggrediti E all'ospedale di Vibo arriva l'esercito

Nella città abruzzese in 40 hanno sfasciato il reparto di oncologia Da Mondragone e Reggio Calabria, minacce e pestaggi

di Romina Marceca

Da Genova a Foggia, da Pescara e fino a Vibo Valentia e più giù ancora, a Reggio. Il virus della violenza contro medici, infermieri e soccorritori è sempre più diffuso e non passa giorno senza che qualcuno di loro torni a casa con un occhio pesto, un braccio dolorante, un camice strappato. In aggiunta a 16mila aggressioni nel 2023, la paura di tornare a lavorare. Tanto che a Vibo Valentia il prefetto ha deciso che l'esercito, nella nuova rimodulazione dei percorsi di Strade sicure, ha inserito il pattugliamento anche davanti all'ospedale Jazzolino. «Un'attività di protezione e di prevenzione – dice il prefetto Paolo Giovanni Grieco – a fronte di aggressioni irresponsabili».

L'attualità non manca nel resto d'Italia. A Pescara l'ultimo assalto è di venerdì con 40 persone, di origini Rom, nel reparto di Oncologia per minacciare i medici perché il loro parente era appena morto mentre nelle stesse ore al pronto soccorso del Grande ospedale metropolitano di Reggio Calabria una dottoressa è stata aggredita da una donna che pretendeva di essere visitata subito. Sempre venerdì a Mondragone, in provincia di Caserta, un soccorritore del 118 è stato preso a testate dal marito di una donna che pretendeva una via preferenziale per la visita. E a Genova un infermiere del Galliera si è beccato un pugno in testa da un senzatetto e una sua collega di Villa Scassi è stata minacciata dal fidanzato di una paziente.

Pugni, calci e spintoni che ri-

cordano gli episodi di Foggia, tre in cinque giorni al Policlinico Riuniti, dopo i quali sono state innalzate le misure di sicurezza: una pattuglia delle forze dell'ordine vigilerà 24 ore su 24 soprattutto davanti al pronto soccorso, il posto fisso di polizia chiuderà a mezzanotte e non più alle 20. Misure decise durante un vertice convocato dal prefetto.

Si muovono anche i sindacati. Domani un sit-in è previsto davanti al Policlinico di Foggia, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici è tornata a chiedere al governo «una risposta forte ed esemplare per garantire sicurezza e serenità a tutti i professionisti sanitari».

► **La sorveglianza**

Il prefetto di Vibo Valentia ha mandato l'esercito a vigilare sull'ospedale, rimodulando l'impiego dei militari impegnati nell'operazione Strade sicure



Dir. Resp.: Luciano Fontana

## In Calabria Nuove aggressioni Soldati in difesa del personale negli ospedali

di **Carlo Macrì** ed **Alfio Sciacca**

Continuano le aggressioni negli ospedali. A Vibo Valentia, in Calabria, arrivano pattuglie dell'esercito per proteggere il personale medico. a pagina 18

# Medici aggrediti negli ospedali, a Vibo la vigilanza dell'Esercito

In 40 devastano il reparto di Oncologia a Pescara. Altri due pestaggi in Campania

Non bastavano le aggressioni in Pronto soccorso o nei servizi di Guardia medica. Questa volta è successo persino in un reparto di oncologia, dove ci sono pazienti fragili che da anni convivono con la malattia e dove si immagina che non ci possa essere spazio per intemperanze o violenze nei confronti di chi si prende cura dei malati. E invece all'ospedale «Santo Spirito» di Pescara la morte di un uomo di 60 anni, con una gravissima patologia, ha scatenato un vero e proprio inferno.

Venerdì mattina oltre 40 familiari, tutti Rom, hanno forzato la porta d'ingresso del reparto spaccando vetrate, tavoli, carrelli per le medicazioni. «È diventato un vero campo di battaglia», hanno riferito alcuni sanitari terrorizzati e preoccupati anche di tranquillizzare gli altri pazienti. Ben poco ha potuto fare la guardia giurata all'ingresso che ha allertato le forze dell'ordine. Solo dopo l'arrivo in massa di polizia e carabinieri la situazione è tornata sotto controllo. Gli agenti hanno poi dovuto scortare la salma del paziente appena deceduto

fino all'obitorio dell'ospedale.

Qualcosa di mai visto nella pur nutrita sequenza di aggressione a medici e infermieri. All'ospedale di Vibo Valentia da qualche giorno si è visto anche l'esercito. Non si tratta di una vigilanza all'interno dei reparti, come invocato da alcune organizzazioni dei sanitari, ma di un servizio previsto dalla prefettura nell'ambito dell'operazione «Strade sicure». «Abbiamo semplicemente rimodulato il servizio — spiega al *Corriere* il prefetto Paolo Giovanni Grieco —. In pratica tra i tanti siti da monitorare ci saranno anche le aree esterne all'ospedale. Non è assolutamente un presidio fisso. Né all'interno, né all'esterno». In gergo tecnico viene definito «servizio dinamico». La pattuglia di «Strade sicure», nel proprio giro quotidiano, fa anche un passaggio, di 15/30 minuti, davanti all'ospedale. Chiaramente il prefetto non nasconde che «la decisione ha un valore di deterrenza e alza anche la percezione di sicurezza».

La Calabria è una delle regioni dove si conta il maggior numero di aggressioni in cor-

sia. Ma ormai è un bollettino di guerra quotidiano. Venerdì una dottoressa è stata presa a calci e pugni da un paziente al Pronto soccorso dell'ospedale di Nocera Inferiore (Salerno). A Mondragone (Caserta) un uomo ha malmenato l'autista del 118 e poi ha preso a rompere le vetrate della Guardia medica. Pretendeva che venisse subito visitata la moglie, in preda a un attacco di panico. L'aggressore, un 29enne, è stato denunciato per lesioni, danneggiamenti e violenza a pubblico ufficiale.

A Foggia, dopo tre aggressioni in cinque giorni, il direttore sanitario del Policlinico minaccia di «chiudere il Pronto soccorso perché rimarremo senza medici e infermieri». Ma l'emergenza non tocca solo il Sud. All'ospedale di Asti, dopo l'ultima assalto in Pronto soccorso, è stato attivato un servizio di videosorveglianza collegato con le forze dell'ordine.



Sui fatti di Pescara è intervenuto anche il presidente della Federazione degli Ordini dei medici Filippo Anelli. «Chiediamo al Governo una risposta forte per garantire sicurezza e serenità a medici e sanitari. In sua assenza siamo pronti a scendere in piazza». Ma già domani ci saranno le prime proteste. Due manifestazioni sono previste a Napoli e Foggia. Secondo l'Osservatorio sulla sicurezza delle professioni sanitarie «nel 2023 sono stati oltre 16 mila i casi violenza contro il personale». Cinquanta al giorno o anche

più, visto che mancano i dati di alcune regioni come la Sicilia. «Occorrono — aggiunge Anelli — norme come l'arresto in flagranza differita e la piena applicazione della procedibilità d'ufficio. Ma anche sistemi di videosorveglianza, controlli agli ingressi con metal detector, presenza di vigilanti e anche postazioni fisse delle forze dell'ordine».

**Alfio Sciacca**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La vicenda** **Gli altri casi**



● Dopo i casi di aggressioni ai sanitari il prefetto di Vibo Valentia Paolo Giovanni Grieco (foto) ha rimodulato il servizio dell'operazione «Strade sicure»

● Nel loro giro i militari fanno un passaggio anche davanti all'ospedale. «Ma non è previsto alcun presidio fisso»

● Venerdì circa 40 familiari di una paziente hanno devastato il reparto di oncologia dell'ospedale di Pescara

**Napoli, la violenza al Cardarelli**

**1** Il 1° settembre, un medico del pronto soccorso del Cardarelli di Napoli è stato preso a schiaffi da una 32enne. La donna è stata denunciata per violenza e minaccia. Domani un presidio di medici

**Foggia, barricati in una stanza**

**2** A Foggia la foto simbolo delle aggressioni ai medici. Un intero reparto barricato in una stanza. Il 9 settembre, un 18enne e un 33enne sono stati arrestati per aver aggredito in due episodi distinti operatori sanitari

**Lecce, urologo malmenato**

**3** Il 10 settembre un urologo del Francesco Ferrari di Casarano (Lecce) è stato aggredito e minacciato in ambulatorio da un paziente di 70 anni. «Torno al lavoro, non ho paura», ha detto

**Salerno, picchiata al Pronto soccorso**

**4** Due giorni fa una dottoressa del Pronto soccorso Umberto I di Nocera è stata offesa e picchiata da una paziente e da una sua familiare con calci e pugni. L'ASL è intervenuta con un duro comunicato



Il Pronto soccorso a Vibo Valentia i militari visoleranno all'entrata



**IERI NUOVO BLITZ A PESCARA**

## Medici aggrediti: operatori sanitari domani in piazza

**Maria Sorbi**

■ Il dolore per la morte di una persona cara che si trasforma in rabbia scriteriata e aggressioni. È accaduto ancora dopo l'episodio di Foggia, dove un'équipe chirurgica si è barricata in una sala per fuggire ai parenti di una ragazza - da poco morta in sala operatoria - che volevano sfondare la porta. Ieri all'ospedale Santo Spirito di Pescara in 40 hanno fatto irruzione nel reparto di Oncologia, impazziti dopo la morte di

un parente di 60 anni. Le associazioni dei medici sono pronte a scendere in piazza, mentre il ministro alla Salute Orazio Schillaci ha annunciato un giro di vite.

a pagina 11

# Rabbia dei parenti, ospedale distrutto

Ultimo caso a Pescara. Il piano del governo: esercito, metaldetector, arresti e daspo

**Maria Sorbi**

■ Il dolore per la morte di una persona cara è qualcosa di infinito. Ma non è giustificabile che la disperazione si traduca in rabbia scriteriata e in aggressioni. Eppure è accaduto ancora dopo l'episodio di Foggia, dove un'équipe chirurgica si è barricata in una sala per cercare di fuggire ai parenti di una ragazza - da poco morta in sala operatoria - che volevano sfondare la porta.

Ieri all'ospedale Santo Spirito di Pescara in 40 hanno fatto irruzione nel reparto di Oncologia, impazziti dopo la morte di un parente di 60 anni (affetto da un grave tumore), hanno invaso i corridoi gridando e insultando chiunque si trovasse davanti, trasformando le stanze in una sorta di campo di battaglia. Porte divelte, tavoli ribaltati, suppellettili gettate a terra. E minacce ai medici.

A Vibo Valentia è stato necessario l'intervento dell'esercito dopo le ultime aggressioni al personale sanitario. Lo ha stabilito il prefetto Paolo Giovanni Grieco per portare più sicurezza in ospedale. A Caserta un

giovane di 29 anni ha preso a pugni alla testa l'autista del 118 e ha danneggiato l'ambulanza.

E via, gli esempi di aggressioni e minacce sono quotidiani. Per l'esattezza sono 40 al giorno, 16mila in un anno. Un numero non più tollerabile. «Sono ancora di più, una media di 50 al giorno - specifica Filippo Anelli, presidente dell'Ordine dei medici - considerando che alla rilevazione mancano i dati della Sicilia e che molte Regioni hanno considerato solo le aggressioni avvenute nelle strutture pubbliche».

I medici sono pronti a scendere in piazza. Per chiedere sicurezza, soprattutto nei pronto soccorso, per avere rispetto.

Il ministro alla Salute Orazio Schillaci ha appena annunciato per i parenti o i pazienti violenti l'arresto in flagranza differita di reato, cioè entro le 48 ore e con filmati e foto come prova sufficiente. Pochi giorni prima il senatore di Fratelli d'Italia Iganio Zullo ha avanzato la proposta del Daspo sanitario: niente cure gratuite per chi assale in medici. Che non vuol dire far mancare l'assisten-

za sanitaria, ma significa far pagare per tre anni le visite d'elezione e programmabili.

I medici premono la politica perché stringa i tempi dell'iter di approvazione. «È necessario un decreto-legge sull'arresto in flagranza differita e la piena applicazione della procedibilità d'ufficio - sostiene Anelli - ma anche organizzativo, come sistemi di videosorveglianza, controlli agli ingressi con metaldetector, presenza di vigilanti ma anche postazioni fisse delle forze dell'ordine. Il diritto alla salute che i professionisti della salute garantiscono non può essere disgiunto dal diritto alla sicurezza».

Al di là del singolo caso infatti, gli episodi di violenza nelle corsie, delle irruzioni nei reparti e degli agguati fuori dall'ospedale non fanno altro che allontanare i giovani dalla professione e li inducono ad abbandonare il Servizio sanitario nazionale. «L'effetto - sostiene Anelli -





sarà la compromissione non solo della qualità e dell'universalità dell'assistenza ma anche della stabilità sociale, così importante in questo momento storico». Pronti a manifestare domani a Foggia i medici del sindacato nazionale autonomo Snami: «È necessario che la politica sia più presente e che ci sia un'azione concreta. Non

possiamo più accontentarci di misure simboliche o promesse che non trovano mai applicazione pratica».

**In un anno sono 16mila le denunce. In Abruzzo ieri in 40 hanno messo a ferro e fuoco un reparto. E domani il personale sanitario in piazza a Foggia**

## LA STORIA

Lunedì il corteo dei medici a Foggia: «Vogliamo sicurezza»



## 1. l'escalation

**1.**

Ieri a Pescara c'è stata una vera e propria irruzione: 40 persone, parenti di un paziente deceduto, si sono presentate nel reparto di oncologia, hanno divelto porte e lanciato in aria materiale medico

**Blitz in 40**  
**Devastata**  
**oncologia**

**2.**

A Mondragone un giovane di 29 anni viene denunciato per aver aggredito l'autista dell'ambulanza, colpendolo ripetutamente alla testa, e per aver danneggiato il mezzo di soccorso

**Autista 118**  
**preso**  
**a pugni**

**3.**

A Foggia un'equipe medica si barricata in una sala dell'ospedale per fuggire alla tentata aggressione di un gruppo di parenti di un paziente deceduto che voleva sfondare la porta per la rabbia del lutto

**Chirurghi**  
**barricati**  
**in una sala**

**4.**

Nel 2022 il medico Giorgio Falchetto viene ucciso di fronte all'ospedale San Donato da un paziente che non era soddisfatto delle cure ricevute. L'uomo è stato condannato a 16 anni di carcere

**Medico**  
**ucciso nel**  
**parcheggio**

**5.**

A Chiari un paziente mette le mani al collo a un medico di guardia, durante il turno di ferragosto. Tenta di strozzarlo e lo insulta. Il dottore denuncia e pubblica le immagini dei lividi su Instagram

**Lite al Ps**  
**con mani**  
**al collo**

**6.**

All'ospedale di Palermo un medico viene aggredito con un tirapugni all'interno di un ambulatorio. Riporta gravi ferite al volto e al braccio per le quali è stato necessario un intervento chirurgico

**Assalito**  
**con un**  
**tirapugni**

## SENZA LIMITE

Il vetro dell'accettazione di un pronto soccorso rotto con il lancio di un estintore: è uno dei 16mila episodi di violenza all'interno degli ospedali denunciati in Italia. I medici sono pronti a scendere in piazza per chiedere sicurezza. Il governo è pronto con arresti in flagranza differita e militari



## GLI AGENTI IN CORSIA NON BASTANO

EUGENIA TOGNOTTI

L'inquietante escalation delle aggressioni ai danni del personale sanitario e socio-sanitario rientra nel quadro di una crisi del rapporto medicina società che non si può diagnosticare e curare (se non in minima parte) con il rafforzamento delle misure di protezione annunciate dal Ministro della salute Orazio Schillaci (tra cui la reclusione da 2 a 5 anni per chiunque si macchi del delitto di lesioni personali ai danni del personale sanitario e socio-sanitario).

Lo conferma, del resto, il fatto che non sembrano aver influito in modo significativo i provvedimenti adottati l'anno scorso (legge n. 56/2023) che prevedevano l'inasprimento delle pene, l'istituzione della procedibilità d'ufficio e il decantato aumento dei posti di polizia. L'inquietante aumento delle violenze contro il personale sanitario propone un bollettino di guerra pressoché quotidiano: una situazione preoccupante che, secondo una recente indagine del sindacato dei medici e dirigenti sanitari sarebbe all'origine della volontà di cambiare lavoro di un operatore su tre, cosa che minaccia di assestare un altro colpo mortale al nostro disastro SSN. Il fatto è che dietro il fenomeno c'è molto di più della mancanza di riflessività, dell'impulsività e del malcontento per le distorsioni e le disfunzioni, in particolare nell'ambito dell'emergenza-urgenza (penuria di personale, tempi d'attesa biblici al pronto soccorso, carenza di ecc.).

Da una parte si registra la protesta attiva di molti cittadini che indirizzano una critica radicale alla medicina e alla classe medica; dall'altra si segnala una cieca fiducia nell'onnipotenza della medicina, alimentata anche dalla spettacolarizzazione di malattie, cure e guarigioni: cosa che alimenta speranze e aspettative eccessive come la possibilità di sconfigge-

re ogni patologia, e la morte stessa, percepita a volte come un evento dovuto a responsabilità o errore medico. Basterà evocare uno degli ultimi fatti di cronaca di cui hanno parlato a lungo i giornali: la scena da far west al Policlinico Riuniti di Foggia, nel reparto chirurgia toracica che ha visto l'irruzione in forze di parenti e amici di una ragazza morta durante un intervento. Un vero e proprio assalto che ha costretto un'intera équipe medica a barricarsi in una stanza.

Occorrerebbe ricordare che la medicina non è una scienza. È una pratica a cui concorrono altre scienze (la chimica, la biologia ecc.) e si differenzia dalle altre tecniche perché il suo oggetto è un soggetto, cioè l'uomo, le cui condizioni e la cui risposta influenzano l'esito di una terapia o di un intervento chirurgico. È facile prevedere che non riusciranno ad avere ragione del fenomeno, negli ospedali, nelle case di cura, negli istituti, nelle cliniche e policlinici universitari, le misure annunciate come l'arresto in flagranza di reato, anche differito, per chi si rende responsabile di episodi di violenza. L'aumento dei posti di polizia in ambito ospedaliero potrà forse aiutare, ma in alcune realtà circoscritte.

Dispiace spegnere gli entusiasmi che filtrano questi giorni dalle dichiarazioni di vari sindacati e organizzazioni di categoria che plaudono a quei provvedimenti. Ma occorre altro. Cominciando da riforme del SSN che concedano agli operatori tempo, tempo, e ancora tempo, per il contatto diretto, per la comunicazione e il dialogo tra pazienti e medici, percepiti troppo spesso – in una sorta di medicina del silenzio – come semplici e frettolosi “somministratori” di cure e di servizi messi a disposizione dal progresso tecnico-scientifico. —



## Pronto soccorso, il caos

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**  
a pagina 21

# Pronto soccorso: cosa non funziona

OLTRE 12 MILIONI DI CODICI BIANCHI E VERDI DI CUI 4 SONO IMPROPRI  
SOSTITUISCE IL MEDICO DI FAMIGLIA E FA SALTARE LE LISTE D'ATTESA  
SALARI BASSI E TROPPI RISCHI: QUANTI DOTTORI MANCANO E PERCHÉ

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

**I**l Pronto Soccorso è la sintesi più estrema di tutto quello che non funziona nel nostro sistema sanitario. Per chi ci arriva a bordo di un'ambulanza a sirene spiegate è la zona di confine fra la vita e la morte, dove anche i secondi fanno la differenza; per chi ci arriva con le proprie gambe è il luogo della speranza, quella di una soluzione rapida a un problema di salute. Per i medici e gli infermieri che ci lavorano una trincea in cui difendersi da aggressioni verbali e fisiche da parte di pazienti in attesa da troppo tempo o dai familiari di chi purtroppo non ce l'ha fatta. Le cronache di questi giorni raccontano di episodi agghiaccianti, proprio mentre sui social viene trasmesso lo spot del ministero della Salute #noisalviamovite che si pone l'obiettivo di convincere i neolaureati in Medicina a iscriversi alle scuole di specializzazione in Medicina di emergenza-urgenza dove oggi 3 posti su 4 restano vuoti. Ma quello che oggi ci costringe a fare i conti con una situazione insostenibile era ampiamente prevedibile, ed è la somma di criticità che negli anni sono state trascurate, poi sottovalutate, e infine ignorate. Vediamole.

## Chi va al Pronto soccorso

Nel 2023, i dati dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), mostrano che su 18,5 milioni di accessi nei 615 Pronto soccorso italiani (più 7% rispetto al 2022), 12,4 milioni sono «codici bianchi» e «codici verdi», dunque con problemi di salute lievi. Un «codice bianco» mediamente resta tre ore e un «codice verde» quattro, ma è appunto una media fra i pronto soccorso di provincia e quelli delle grandi città dove ben sappiamo che l'attesa

di una visita può durare l'intera giornata. Nell'88% dei casi non segue un ricovero. Di questi 12 milioni, almeno 4 milioni sono definiti «accessi impropri», ossia evitabili in presenza di un'alternativa soddisfacente: il paziente-tipo ha tra i 25 e i 64 anni, è cioè in età lavorativa, si presenta al Pronto soccorso prevalentemente tra le 8 e mezzogiorno, soprattutto il lunedì, e nel 51% dei casi presenta disturbi generici. Di fatto oggi il Pronto soccorso viene utilizzato al posto del medico di famiglia.

## I motivi dell'eterna crisi

Il primo problema, dunque, è l'assistenza sul territorio: il medico di medicina generale è un mestiere che in pochi vogliono fare, mentre i pazienti che ognuno ha in carico spesso sono troppi, arrivano fino a 1.800, anche se il massimale è fissato a 1.500. Consultarlo al telefono è estremamente difficile, l'ambulatorio è aperto solo alcuni giorni la settimana e solo alcune ore, il più delle volte su appuntamento. Quasi mai ti visita, di solito ti prescrive un controllo da uno specialista. E qui arriviamo al secondo problema: che si tratti di una visita o di un esame diagnostico le liste d'attesa sono sempre più lunghe. Motivo per cui i pazienti vanno direttamente al Pronto soccorso, dove attendono magari



tutto il giorno su una sedia scomoda o in piedi, ma alla fine qualcuno li visiterà, farà un prelievo o un esame e poi prescriverà una cura. Gratis. O al solo costo del ticket se si tratta di un «codice bianco». Il terzo problema è la carenza di personale sanitario negli ospedali che va di pari passo con la riduzione dei posti letto, per cui i malati in attesa di ricovero vengono parcheggiati sulle barelle nei corridoi del Pronto soccorso, e devono essere tenuti lì e assistiti fino a quando non si libera un posto nel reparto. Il Pronto soccorso però è strutturato per gestire le emergenze e non tutta quella mole di lavoro, anche perché il numero di medici è sempre quello. La conseguenza si scarica sui pazienti più gravi, i quali più tempo passano in Pronto soccorso e più si aggravano.

La combinazione di questi tre problemi ne genera un quarto: i medici non vogliono più lavorarci. I turni sono diventati massacranti, la pressione quotidiana enorme, e in più sono esposti ad un alto rischio di denunce, oltre alla dose quotidiana di insulti, se non vere e proprie aggressioni. Tutto questo per uno stipendio da 4.500 euro netti al mese dopo 6 anni di università, 5 di specialità e 15 di anzianità: il 70% in meno dei loro colleghi tedeschi e il 40% degli inglesi. A rendere ancora meno allettante questa specialità è poi l'impossibilità oggettiva di svolgere visite a pagamento. E così sono sempre meno i neolaureati in Medicina che scelgono di specializzarsi in Medicina di emergenza-urgenza, tant'è che nel 2023 è andato deserto il 74% delle borse di specializzazione disponibili.

**La grande fuga**

La commissione Affari Sociali della Camera, a maggio 2024, stima che nei Pronto soccorso sarebbero necessari oltre 4.500 medici e circa 10 mila infermieri in più. È la ragione per cui questi reparti sono diventati la frontiera più avanzata del fenomeno dei «medici a gettone», ingaggiati tramite le cooperative a colpi di 1.200 euro al giorno. Fin dal suo insediamento il ministro della Salute Orazio Schillaci ha adottato delle contromisure, prima tra tutte la possibilità di pagare i medici dipendenti 100 euro l'ora per le prestazioni oltre il turno di lavoro. Ma arginare un fenomeno ormai così diffuso richiede tempi lunghi. Nel

frattempo ogni mese circa cento medici fuggono verso posti di lavoro che garantiscono una migliore qualità di vita. Avrebbe senso cominciare da subito a pagare di più sia la borsa di studio di chi sceglie questa specializzazione, sia il loro lavoro in corsia. Non è certo di stimolo l'indennità concessa qualche anno fa di 12 euro lordi a turno.

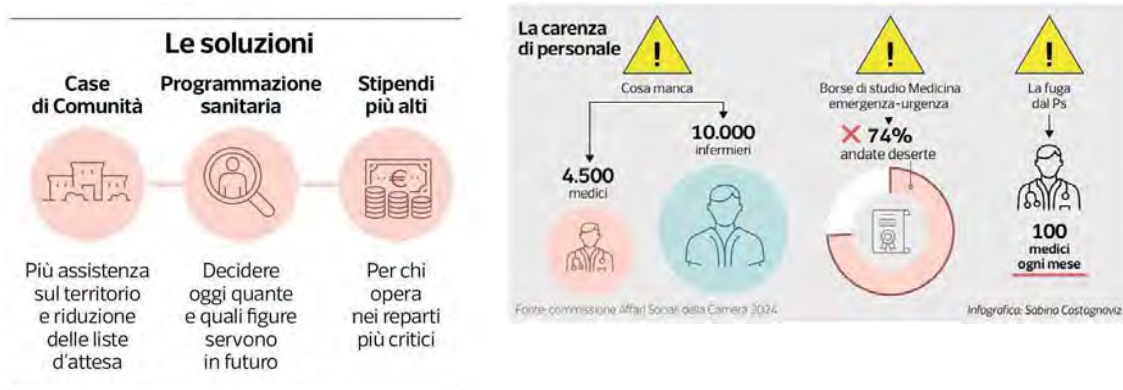
**Il paradosso da risolvere**

In questo quadro si presenta un paradosso: il 75% dei Pronto soccorso di base, ossia quelli in cui sono assicurati gli accertamenti e gli eventuali interventi necessari per la soluzione di un problema clinico urgente ma non troppo complesso, non raggiunge i 20 mila accessi in un anno, considerati la soglia minima per garantire sicurezza e qualità di cura. Ma allo stesso tempo ci sono poi 3,4 milioni di cittadini che non riescono ad accedere in 30 minuti a una assistenza d'emergenza perché vivono lontano dai centri abitati.

**Le soluzioni**

Difficilmente si potranno risolvere le grane dei Pronto soccorso senza mettere mano alle cause che le hanno prodotte. Una strada per potenziare l'assistenza sul territorio e ridurre le liste d'attesa almeno per gli esami di base sono senz'altro le Case della Comunità, le strutture pubbliche da costruire con i 2 miliardi di euro del Pnrr e che dovranno riunire al loro interno entro il 2026 medici di famiglia, pediatri, ostetrici, psicologi, infermieri, ecc. Per farle funzionare sarà però necessario rivedere gli accordi con i medici di famiglia, perché al momento non ne vogliono sapere di andarci a lavorare. Per colmare il buco di medici e infermieri va fatta una programmazione sanitaria corretta. Vuol dire che bisogna stabilire oggi di quali figure ci sarà davvero bisogno domani, e in che numero, poiché la durata della formazione nelle diverse specialità è di cinque anni, e infine alzare gli stipendi a chi deve operare nei reparti più critici. Per fare questo servono competenze e risorse. Trovarle è un dovere politico.

Dataroom@corriere.it  
© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Il caso

# Da Schillaci a Salvini, il governo alla corte di Angelucci

Festa per gli 80 anni del deputato re delle cliniche. All'ingresso un video celebrativo

di **Clemente Pistilli**

**ROMA** – In un video tutte le tappe della carriera di Antonio Angelucci. Proiettato su un maxi schermo prima di far entrare gli invitati in sala e dare inizio ai festeggiamenti. Ieri sera a Roma, nella villa del deputato, guida del San Raffaele, uno dei principali gruppi della sanità privata, ed editore, il party per gli 80 anni di "Tonino", come lo chiamano gli amici, è iniziato così. Con mezzo Governo a rendergli omaggio.

Giusto il tempo di parcheggiare l'auto, superare i ferrei controlli all'ingresso e attraversare un viale illuminato che solca i giardini attorno alla lussuosa dimora, e gli oltre 200 invitati si sono fermati davanti alle immagini sull'ascesa del parlamentare, partito adolescente dal paesino abruzzese di Sante Marie e arrivato a Roma con la voglia di puntare in

alto. Giusto il tempo di adattarsi alla capitale, lavorando prima come commesso in una farmacia e poi come portantino all'ospedale San Camillo, e subito del resto il deputato leghista ha iniziato a costruire il suo impero nella sanità privata, arrivando infine a gestire 24 cliniche private, con più di 3.000 dipendenti e 230 milioni di euro di fatturato.

Sempre attento ad avere rapporti di altissimo livello con la politica senza accontentarsi di un seggio a Montecitorio. A festeggiare i suoi 80 anni si sono ritrovati così il ministro Matteo Salvini con la compagna Francesca Verdini, figlia di Denis, amico di lunga data di "Tonino", i ministri Matteo Piantedosi, Guido Crosetto e Orazio Schillaci, quest'ultimo alla guida del dicastero alla sanità, il mondo del padrone di casa. E proprio su questo fronte in uno dei tavoli rotondi, tutti indicati con i no-

mi di un monumento diverso, si sono seduti anche il governatore del Lazio, Francesco Rocca, e Andrea Urbani, al timone della Direzione salute da cui dipendono anche i preziosi accreditamenti delle cliniche di "Tonino". Tavoli disposti attorno a quello in cui si è sistemato il festeggiato e la sua famiglia. Un party per gli 80 anni e per celebrare la dinastia. Tra un risotto e una spigola, con una cena accompagnata da quattro violiniste, si sono costruiti e rinsaldati rapporti. Una festa nello stile di "Tonino", bipartisan negli affari, ma che dal party ha tenuto fuori il Campidoglio e fatto spazio al sindaco di Fiumicino, Mario Baccini.



▲ **Leghista** Antonio Angelucci, deputato della Lega



# Errori medici, per tutte le polizze azione diretta contro l'assicurazione

## Responsabilità

In base alle prime pronunce applicazione generalizzata dal 16 marzo 2024

Non rileva che il contratto sia stato stipulato prima secondo i vecchi requisiti

**Andrea Codrino**  
**Maurizio Hazan**

Nelle controversie in materia di risarcimenti per responsabilità sanitaria, dal 16 marzo 2024 – data di entrata in vigore del decreto ministeriale 232/2023 – è possibile agire in giudizio direttamente contro la compagnia assicurativa della struttura o del medico libero professionista ritenuti responsabili del danno, anche se la polizza è stata stipulata in precedenza. Lo hanno affermato il Tribunale di Cagliari (ordinanza 15464 del 30 luglio 2024) e poi il Tribunale di Milano (ordinanze del 26 agosto e del 10 settembre 2024).

### Le disposizioni

A prevedere la regola dell'azione diretta è l'articolo 12 della legge 24/2017, attuato dal decreto ministeriale 232/2023. Si tratta di una novità di importante impatto pratico che, in modo simile a quanto avviene nell'assicurazione obbligatoria della Rc auto, dà al danneggiato un rilevante strumento di tutela, permettendogli di rivolgersi direttamente all'impresa assicuratrice del responsabile civile.

Quest'ultima, peraltro, sarà tenuta al risarcimento (una volta accertata la responsabilità) senza poter eccepire eventuali esclusioni di garanzia, se non negli stretti limiti previsti dall'articolo 8 del decreto 232 (che specifica quali sono i pochi casi di non operatività della polizza che possono esser fatti valere nei confronti del danneggiato). Rimane fermo il diritto di recuperare dal proprio assicurato, in via di rivalsa, quanto pagato al terzo.

L'azione diretta e la limitata opponibilità delle eccezioni contrattuali di polizza costituiscono dunque le due

facce di una disciplina unitaria che, con l'entrata in vigore del decreto 232/2023, finisce per sensibilmente modificare anche gli assetti sostanziali delle polizze di nuova generazione. Ecco perché, all'indomani del decreto attuativo, si sono posti dubbi applicativi sul regime di operatività temporale delle nuove regole, con particolare riferimento ai contratti che, sottoscritti prima della data di entrata in vigore del decreto, non ne rispettano i contenuti. Sono contratti che spesso contengono limitazioni di garanzia che, al tempo della loro stipula, erano ritenute opponibili, influenzando la (minor) quotazione del premio. Per tale ragione vi è chi ritiene che a quei contratti l'azione diretta e la regola della non opponibilità delle eccezioni siano inapplicabili.

### Le pronunce

Arrivano a una conclusione parzialmente diversa i Tribunali di Cagliari e Milano. Va precisato che i giudici si sono pronunciati nell'ambito di procedimenti di accertamento tecnico preventivo, in cui la partecipazione dell'impresa assicurativa alla fase conciliativa è richiesta dall'articolo 8 della legge 24/2017 per l'eventuale formulazione di un'offerta risarcitoria. In ogni caso, nelle ordinanze citate, i giudici hanno sostenuto la piena operatività dell'azione diretta in tutti



i procedimenti incardinati dopo il 16 marzo 2024; e ciò a prescindere dal fatto che la polizza sia o meno adeguata alle nuove prescrizioni di legge.

In particolare, secondo il Tribunale di Cagliari, la nuova disciplina avrebbe natura processuale e non sostanziale e sarebbe assoggettata al principio «tempus regit actum».

Il Tribunale di Milano conferma che l'articolo 12 della legge 24/2017 lega l'operatività dell'azione diretta all'entrata in vigore del decreto attuativo, «quale presupposto processuale e senza far riferimento alla necessità, sostanziale, dell'avvenuto previo adeguamento delle condizioni contrattuali». Il tema dell'inopponibilità delle eccezioni viene toccato solo incidentalmente nell'ordinanza del 26 agosto, in cui – comprendendo la delicatezza dell'argomento – si dice che la questione va verificata, caso per caso, nel giudizio di merito. Il che sembra dar luogo a una separazione del regime temporale dell'azione diretta, immediatamente e sempre applicabile, da quello delle eccezioni opponibili, da analizzare di volta in volta.

Si potrebbe dunque profilare, per

i giudizi successivi al 16 marzo 2024, la libera esperibilità dell'azione diretta nei confronti di tutte le compagnie, indipendentemente dalla conformità o meno delle polizze allo schema di legge, ma senza preclusione, per i contratti stipulati prima del decreto, di opporre al danneggiato eventuali limitazioni di polizza. Altrimenti, estendendo la regola della non opponibilità delle eccezioni ai vecchi contratti, si porrebbero a carico delle imprese nuovi oneri e pesi liquidativi non presi in considerazione al momento della quotazione del rischio.

Rimane qualche dubbio circa la tenuta della ricostruzione processualistica fatta dalle ordinanze. Infatti, la determinazione dei requisiti minimi delle polizze e la regola delle eccezioni opponibili comportano ricadute non solo processuali ma anche sostanziali sugli assetti delle polizze, nella loro efficacia interna ed esterna. Inoltre, in base al regime transitorio disciplinato dall'articolo 18 del decreto 232, i contratti in vigore al 16 marzo 2024 non perdono efficacia ma la mantengono – con diverse modulazioni – fino al limite massimo di 24 mesi. Per cui,

mentre i contratti stipulati dopo il 16 marzo 2024 sembrano dover essere adeguati ai requisiti minimi, con sicura ammissibilità dell'azione diretta, per quelli non ancora conformi al decreto è stato previsto, di fatto, un regime di operatività differita di cui si dovrebbe tenere conto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Va però verificato se la compagnia possa opporre i limiti all'operatività delle garanzie**



# Salute a rischio: il 31% dei poveri spende tutto in farmaci, anche i non poveri faticano a curarsi

**C**ome riportato dall'Osservatorio sulla povertà sanitaria di Banco farmaceutico il 31% delle persone in povertà in Italia destina quasi tutto il proprio budget sanitario ai farmaci, e anche il 15% degli italiani non poveri fatica a coprire i costi delle cure. Questa situazione riflette un crescente divario economico e l'effetto di anni di tagli al sistema sanitario, posizionando l'Italia in una situazione critica in Europa, superando solo Grecia e Portogallo. Il SSN è da tempo sottofinanziato e disorganizzato, una crisi che si è ulteriormente aggravata con l'aumento della povertà. La pandemia ha amplificato queste problematiche, ma le radici di questa crisi sono ben più profonde e risalgono a molti anni prima. Non si tratta, tuttavia, di una questione unicamente italiana: anche altri Paesi europei affrontano problemi simili. Tuttavia, è evidente che l'Italia ha bisogno di un cambiamento significativo. Se molti invocano una riforma del sistema sanitario, l'urgenza non è solo di tipo riformistico, ma richiede una vera e propria rifondazione. Il problema non è solamente economico, ma culturale. Manca, infatti, la

consapevolezza generale dell'importanza di una nuova visione della sanità e del benessere. La salute non può essere ridotta al conflitto tra pubblico e privato, ma richiede un approccio comunitario, come suggerito dall'OMS, in cui altri fattori come stili di vita, lavoro, ambiente e struttura sociale giocano un ruolo cruciale. La famiglia, in questo quadro, rappresenta il "primo medico". La crisi del sistema sanitario italiano ha le sue radici nella trasformazione delle USL in ASL nel 1992-93, che ha portato a un'organizzazione sanitaria più rigida e orientata all'efficienza economica. Questo modello ha mostrato i suoi limiti durante la pandemia, evidenziando la necessità di una "sanità plurale" che coinvolga pubblico, privato e società civile in sinergia. Una recente sentenza della Corte Costituzionale ha stabilito che, nell'amministrazione condivisa, la programmazione deve precedere la co-progettazione, garantendo così un sistema più equo ed efficiente. La tutela della salute è un diritto e un dovere collettivo, e il volontariato gioca un ruolo chiave in Italia, coinvolgendo 6 milioni di persone e rappresentando la quarta economia del

Paese. Con oltre 12.000 associazioni, di cui 4.000 attive nella sanità solidale, il volontariato assiste le fasce più deboli della popolazione, come accade a Milano, dove vengono supportate 60.000 persone ogni anno. Il volontariato va quindi riconosciuto come parte integrante del SSN. È indispensabile ripensare il sistema sanitario italiano non solo sotto il profilo economico e strutturale, ma anche culturale. È necessario un nuovo modello che valorizzi il ruolo della società civile, integri risorse pubbliche e private e adotti un approccio comunitario, in cui prevenzione e cura siano beni collettivi e universali. Solo così si potrà garantire il diritto alla salute per tutti, in particolare per le persone più vulnerabili.

**Giovanni Ianni**





13 set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

## Fabbisogno di personale: nell'horror delle disuguaglianze di salute nostrane affidarsi all'AI è un sacrilegio

di Ettore Jorio

IA e programmazione: un binomio per molti versi inquietante, allorché si presume di processare il fabbisogno epidemiologico in contumacia. Attrarre infatti, creativamente, i fattori che esprimono il necessario e l'utile nella tutela della salute per darli in pasto a valutazioni informatizzate - peraltro desunte da campioni che, ben si sa, nel nostro Paese non sono affatto rappresentativi dei particolari e differenziati siti di provenienza, geografica e istituzionale - rappresenta un grave pericolo per l'assistenza socio sanitaria di domani.

Aggiunta alla situazione penosa di oggi, che fotografa un presente assistenziale da horror per le categorie più deboli, si va ovviamente ben oltre il pericolo.

**L'«empirismo informatizzato», così mi piace chiamare l'IA**

Affidare alla IA dati desunti dalla statistica "bugiarda", non rilevati materialmente e quantomeno estratti da valorizzazioni vecchie almeno di due anni, è sacrilegio. Ciò accade perché, molto spesso, il processo del censimento è consegnato a soggetti poco affidabili per non essere attrezzati di professionalità necessaria ad effettuare le rilevazioni in loco dei fabbisogni, nella specie in un Paese con una Nazione che si esprime in senso "dialettale" e spesso incapace di manifestare le proprie sofferenze. Tanto sono diversi l'orografia, il sistema viario, le economie, i fabbisogni epidemiologici, i rischi epidemici e le conseguenti condizioni di vita delle persone che diventa davvero difficile ad alcune regioni ritrovarsi e riconoscersi come parte di un insieme sociale che, di fatto, non c'è. Tanto è disgregato il servizio sanitario nazionale divenuto da tempo asistemico.

Rivolgersi a una metodologia simile, seppure in via sperimentale - così come pretesa dalla anzidetta legge di bilancio per il 2022 (art. 1, comma 269, della legge 234/2021) - dimostra più la volontà di esperire un tentativo piuttosto che pervenire alla migliore soluzione. Ciò lo si ricava dalla stessa lettera interministeriale, a dir poco preoccupante, che confessa il possesso di "armi puntate" dichiarando «la complessità dei contesti analizzati per la definizione della metodologia proposta e il campione limitato di strutture posto alla base dell'analisi dei dati, dovuto alla partecipazione su base volontaria di alcune regioni ai fini della fornitura di dati utili allo sviluppo della metodologia».

Quanto deliberato non costituisce affatto lo strumento ideale e ottimale per pervenire a un corretto fabbisogno di personale ospedaliero, funzionale a consegnare alle persone la migliore performance della PA sociosanitaria. Maggiormente per la sanità territoriale, ove il processo di individuazione del fabbisogno di personale dei presidi di spedalità



spoke è alquanto complesso e suscettibile di condizioni di utilità mutevole. Ciò nel senso che, atteso che esso è attribuito alle aziende sanitarie fin troppo diverse tra loro, deve tenere conto – tra le altre situazioni riguardanti la viabilità e l'urbanistica - delle variabili di vita, del patrimonio strutturale, delle patologie ivi radicate, dei rischi territoriali, della cultura sociale e della economia, che sono tali da condizionare l'organizzazione pubblica e la disponibilità delle risorse umane da individuare, anche esse differenziate. Tutto questo, nella particolarità, di programmare le condizioni assistenziali di vita e di lavoro ottimali nonché di quella territoriale, funzionali entrambi a filtrare la domanda a quella ospedaliera.

## **Evitiamo gli errori insanabili**

Ebbene, proprio per questi motivi, tenuto conto degli anzidetti elementi di diversificazione caratterizzanti la previsione degli organici da destinare a servizi pubblici, occorrerà stare ben attenti a non combinare guai, facili da concretizzare con ricorso a previsioni informatiche. Ciò perché dalla determinazione del fabbisogno viene a pagare pegno anche il bilancio di previsione, e dunque delle relative coperture, con sopportazione dei costi duraturi, che vanno ben oltre il triennio interessato.

Ricorrere poi a formulazioni tratte – come detto - da risultati demo-statistici da estendere a tutta la PA di medesima species, cui verrebbe attribuito di definire il modello al quale fare sempre e comunque riferimento, andrebbe a creare un altro grave vulnus. Verrebbe infatti lesa l'esercizio dell'autonomia riconosciuta a tutti gli enti territoriali, così come alle aziende sanitarie cui è conferita addirittura una autonomia imprenditoriale.

Una tale soluzione genererebbe un rischio gravissimo, quello di registrare ricadute negative tali da misurare il fabbisogno del personale prescindendo dalle reali necessità dell'ente di riferimento, imponendo così coperture in bilancio non affatto commisurate né alle esigenze di servizio, né alla domanda sociale e né tampoco alle disponibilità economiche che, di qui in poi, dovranno fare i conti con il patto di stabilità e crescita. Non solo. Anche l'introduzione a regime del federalismo fiscale netterà a rischio la stima dei fabbisogni standard regionali, sia nella fase di programmazione che in quella di conduzione e gestione.

Insomma, in un momento nel quale sono in corsa l'individuazione del Lep, la determinazione dei costi standard e fabbisogni standard quantitativi per gli enti locali, la definizione dei fabbisogni standard differenziati regionali per i Lep e No Lep nonché delle regole e dei valori garanti della perequazione, ricorrere ad algoritmi appare francamente eccessivamente creativo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Diritti

### Suicidio assistito salta l'iter in aula “La maggioranza blocca la legge”

di **Maria Novella De Luca**

**ROMA** – La sofferenza può attendere, la Politica ha altro da fare. Si apre con una nuova sconfitta sul fronte della legge sul suicidio assistito questo autunno 2024, segnato ormai da decine e decine di persone con gravissime disabilità e malati terminali che si mettono in

viaggio verso la Svizzera per essere aiutati a morire.

● a pagina 9

# Suicidio assistito, 90 audizioni “Un trucco per bloccare la legge”

di **Maria Novella De Luca**

**ROMA** – La sofferenza può attendere, la Politica ha altro da fare. Si apre con una nuova sconfitta sul fronte della legge sul suicidio assistito questo autunno 2024, segnato ormai da decine e decine di persone con gravissime disabilità e malati terminali che si mettono in viaggio verso la Svizzera per essere aiutati a morire. O scelgono di restare e combattere – a volte per anni – nei tribunali di tutta Italia per ottenere la libertà di scelta sul fine vita. In totale disprezzo verso le richieste della Corte Costituzionale, che fin dal 2019, con la sentenza sul caso DjFabio che ha definito con chiarezza possibilità e limiti del suicidio assistito rendendolo legale anche in Italia, chiede al Parlamento di varare una legge. Richiesta ribadita dalla Consulta con una nuova sentenza il 18 luglio scorso.

Niente da fare. Il testo incardina in commissione al Senato, il disegno di legge del Pd Alfredo Bazoli, avrebbe dovuto essere discusso in aula domani, 17 settembre, come prevede il regolamento per i provvedimenti che hanno le firme di un terzo dei senatori. Ma l'arrivo in aula sarà poco più che un atto formale. Le due commissioni deputate, Sanità e Giustizia, in sette mesi non hanno quasi mai esaminato il testo, quindi

si deve ripartire dall'inizio. «Pur di evitare che si giunga mai alla discussione – denuncia il senatore Bazoli – la Destra ha chiesto ben 90 audizioni di soggetti estranei all'argomento, con un intento puramente dilatorio. L'obiettivo è impantanare tutto. La verità è che non vogliono affrontare la discussione di un tema sul quale la Consulta ha dato indicazioni precise». «Noi abbiamo chiesto tredici audizioni e tutte di merito – incalza anche Sandra Zampa, Pd – mentre il centrodestra ha proposto nomi davvero improbabili, per allungare i tempi. Prendendo in giro non solo noi, ma anche la Cei e la Corte costituzionale».

Basta scorrere infatti l'elenco delle associazioni audite, il 90% di area cattolico-integralista. Accanto alle sigle della medicina palliativa, degli ordini dei medici, del mondo giuridico, del Comitato di Bioetica e di pochissime realtà laiche come l'Associazione Luca Coscioni, troviamo: Family Day, Movimento per la Vita, Psicologi cattolici, Pastorale sanitaria. Ma anche: Associazione umanitaria Padania, Giuristi per la vita, Associazione San Tommaso Moro, Scienza e vita, Pontificia accademia per la Vita, compresa suor Roberta Vinerba, teologa, esperta di adolescenza, ma non certo di bioetica. L'universo pro-life insomma. Novanta

audizioni in tempi diluiti per arrivare alla legge di bilancio quando, naturalmente, l'economia avrà la precedenza. Insomma, denunciano i senatori dem, «un vero e proprio ostruzionismo». Del resto che Lega e Fratelli d'Italia, tenacemente contrari a ogni apertura sulle scelte di fine vita, vogliano rinviare *sine die* un tema così spinoso è stato chiaro fin da subito. (Ma anche Forza Italia, per diretta ammissione di Tajani, ha affermato che prima del fine vita «dobbiamo pensare alla legge di bilancio»).

Appunto: la sofferenza (degli altri) può attendere. La questione è ancora più complessa: se si arrivasse alla discussione del testo Bazoli, che recepisce in modo abbastanza fedele, anche se in modo più restrittivo, la sentenza della Consulta, gli avversari della legge dovrebbero andare contro con quanto affermato dalla



Corte Costituzionale. La cui sentenza del 2019, in assenza di una legge, oggi permette già il suicidio assistito in Italia, con il supporto del servizio sanitario nazionale. Peccato che come dimostrano le eroiche storie di Federico Carboni "Mario", di "Anna" e di "Gloria", tutti assistiti dall'Associazione Luca Coscioni, per arrivare ad ottenere il diritto di una morte assistita ci siano voluti anni di battaglie legali.

Diritto negato invece, tragicamente a Sibilla Barbieri, 58 anni, paziente oncologica, cui la Asl di appartenenza, a Roma, negò nel 2023 l'accesso al suicidio assistito morta in Svizzera il 6 novembre dello scorso

anno, accompagnata dal figlio Vittorio Parpaglioni e da Marco Perduca dell'Associazione Coscioni. Così come dovrà forse partire per Zurigo anche Martina Oppelli, 49 anni di Trieste, tetraplegica, affetta da sclerosi multipla. Intanto migliaia di persone che vivono indicibili sofferenze chiedono giustizia. «Negli ultimi 12 mesi – si legge sul sito Coscioni – sono arrivate 15.559 richieste di informazioni sul fine vita». «Continueremo a batterci nei tribunali per aiutare chi vuole ottenere il suicidio assistito in Italia e accompagnare in Svizzera chi non riuscirà a ottenerlo. L'agenda politica sull'eutanasia e fine vita – ha spiegato Marco Cappa-

to nei giorni scorsi – la stiamo facendo noi con le disobbedienze civili e nelle aule di giustizia. Il Parlamento non ha fatto nulla. Saremo i primi a salutare non una legge purché sia, ma una buona legge che garantisca il diritto a scegliere liberamente il proprio fine vita». © RIPRODUZIONE RISERVATA

La proposta firmata da un terzo dei senatori doveva approdare in Aula domani. Ma le commissioni hanno fatto melina. Il Pd: "Ignorati gli appelli della Consulta"

Convocate decine di associazioni dell'ala cattolica integralista: rischio slittamento a dopo la finanziaria E centinaia di malati partono per la Svizzera

## I numeri

### 15.559

**Le richieste di informazioni**  
Sono quasi 16mila in un anno le richieste di informazioni sul fine vita arrivate all'associazione Luca Coscioni attraverso il numero bianco allo 06.99313409: circa 43 al giorno, più 28% rispetto all'anno precedente

### 3

**Chi ha avuto la morte assistita**  
Finora tre persone in Italia sono morte con il suicidio assistito: oltre a Federico Carboni Gloria, paziente oncologica veneta, e Anna, 55enne affetta da sclerosi multipla. Altri come Antonio, ottenuto il via libera, hanno scelto di aspettare

## I volti e le storie



▲ **Dj Fabo**  
Dalla sua morte in Svizzera nel 2017 nasce la sentenza della Consulta



▲ **Fabio Ridolfi**  
Chiede il suicidio assistito ma nel 2022, sfinito, sceglie la sedazione



▲ **Federico Carboni**  
Muore il 16 giugno 2022: è il primo suicidio assistito legale in Italia



▲ **Sibilla Barbieri**  
Dopo il no della Asl, sceglie di morire in Svizzera il 6 novembre 2023



▲ **Laura Santi**  
Umbra, 49 anni, da due ha chiesto l'ok alla Asl ma attende risposta



▲ **Martina Oppelli**  
Ha denunciato la Asl che latita per tortura e rifiuto di atti d'ufficio



IL FATTO ECONOMICO

## Big Pharma, quei milioni alle fondazioni dei malati

■ Nel 2022 donati a 3 mila enti 110 milioni, impiegati per marketing e podcast. I dubbi dei medici sull'indipendenza di quei gruppi. Che però, senza i fondi, chiuderebbero

© BUZZONI, MATTHEWS E RICO A PAG. 12 - 13

# Così l'industria farmaceutica finanzia associazioni di malati

## BIG PHARMA

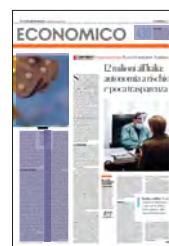
### Donazioni milionarie

Nel 2022, 33 aziende hanno versato 110 mln a 3 mila enti. Soldi usati per marketing e podcast

» **Lorenzo Buzzoni, Chris Matthews, Manuel Rico\***

“Quando cerco finanziamenti da aziende fuori dal settore farmaceutico, spesso non ottengo nulla: molte non vogliono legare il proprio nome a quello dei pazienti affetti da tumore al polmone. C'è ancora uno stigma, visto che in passato la malattia era associata prevalentemente ai fumatori,” afferma Stefania Vallone, segretaria dell'associazione *Women Against Lung Cancer in Europe*, con sede a Orbassano (Torino). “Così finisco per rivolgermi alle aziende far-

maceutiche: è più facile ottenere fondi da loro”. L'associazione, che offre vari servizi di supporto ai pazienti, tra cui test gratuiti di idoneità per trattamenti innovativi, ha ricevuto nel 2022 oltre 398.000 euro dalle case farmaceutiche, coprendo circa il 75% delle sue entrate. Secondo Vallone le associazioni sono autonome, ma fanno “troppo” affidamento sui fondi dell'industria farmaceutica.



**ATTRAVERSO** un'analisi delle ultime dichiarazioni di trasparenza fornite dalle 33 case farmaceutiche associate a Efpia (Federazione europea delle industrie e delle associazioni farmaceutiche), *Investigate Europe* rivela che le maggiori aziende hanno versato circa 110 milioni di euro alle associazioni di pazienti dell'Ue, Norvegia, Svizzera e Regno Unito nel 2022. In tutto, oltre 11.000 pagamenti sono stati effettuati da colossi come **Pfizer**, **Novo Nordisk** e **AstraZeneca** per sostenere progetti delle associazioni: dal supporto ai pazienti alla ricerca, fino a campagne mediatiche e podcast.

L'analisi evidenzia come i Paesi con mercati più grandi o politicamente influenti abbiano ricevuto la maggior parte dei fondi. Le associazioni di pazienti nel Regno Unito, ad esempio, hanno ottenuto 20,7 milioni, seguite da quelle in Belgio, Francia, Italia, Spagna e Germania. A Malta sono arrivati meno di 10.000 euro.

Tra le aziende, **Gilead** si distingue come il principale donatore, con 12,8 milioni, seguita da **Novartis**, **Pfizer**, **Roche**, **Sanofi** e **Johnson & Johnson**. Queste sei aziende hanno distribuito più della metà dei finanziamenti. In totale, tutte hanno effettuato pagamenti a oltre 3.000 associazioni. Di

queste, 487 hanno ricevuto almeno 50.000 euro e 24 più di mezzo milione. Le associazioni oncologiche hanno ricevuto la fetta più grande (almeno 26 milioni) ma una parte rilevante è andata anche a quelle che si occupano di malattie croniche o rare in cui le aziende hanno sviluppato trattamenti nuovi o costosi. Solo il 2% dei fondi è andato ad associazioni sulle dipendenze o salute mentale. Quelle che trattano malattie rare del sangue, come l'emofilia, hanno ricevuto oltre 3,3 milioni. Il Consorzio europeo per l'emofilia, che ha ottenuto più di 600.000 euro da aziende come **Csl Behring**, **Sanofi** e **Roche**, sottolinea che queste patologie colpiscono meno dello 0,03% della popolazione europea. Ma per queste malattie alcuni farmaci hanno prezzi stimati in milioni. "È una scelta commerciale delle aziende finanziare ciò che considerano buoni investimenti", sostiene la dottoressa Margaret McCar-

tney, medico inglese esperta in conflitti di interesse.

L'azienda svizzera **Novartis** ha donato oltre 180.000 euro a **Heart Uk**. In precedenza, l'associazione aveva presentato al

la **British Medical Association** (l'ente regolatore britannico) prove a sostegno dell'approvazione di **Inclisiran**, un farmaco di **Novartis** per la riduzione del colesterolo. Ma dopo l'approvazione nel settembre 2021, la **British Medical Association** ha sollevato preoccupazioni

sulla mancanza di dati sulla sicurezza a lungo termine e sui possibili effetti collaterali. **Novo Nordisk**, l'azienda danese che produce **Wegovy**, il farmaco anti-obesità di successo, ha donato più di 300.000 euro ai gruppi europei che si occupano di obesità nel 2022. Tra questi, 46.000 euro sono andati all'associazione britannica **All About Obesity** per il lancio del suo sito web. Sui media, la sua fondatrice **Sarah Le Brocq**, che fa anche parte di un gruppo di esperti di **Novo Nordisk**, ha tessuto le lodi del farmaco. Ma il farmaco, molto richie-



**INVESTIGATE EUROPE: COS'È E COME FUNZIONA È UNA COOPERATIVA**

di giornalisti in 11 Paesi europei Investigate Europe è finanziata da fondazioni e donatori privati, compresi i lettori. Oltre al "Fatto Quotidiano", l'inchiesta #deadlyprices, "Prezzi mortali", è stata pubblicata su Der Standard in Austria, EU Observer in Belgio, Investigace nella Repubblica Ceca, Eesti Ekspress in Estonia, YLE in Finlandia, ARTE in Francia, Süddeutsche Zeitung e WDR/NDR in Germania, Reporters United in Grecia, Partizán in Ungheria, The Journal in Irlanda, Klassekampen in Norvegia, Delfi in Lettonia, 15 min in Lituania, Gazeta Wyborcza in Polonia, la televisione RTP in Portogallo, Snoop in Romania, Centro Investigativo di Jan Kuciak in Slovacchia, InfoLibre in Spagna, Open Democracy nel Regno Unito



sto, non è privo di controversie. "Il Wegovy è legato a molti problemi. Non ultimo il fatto che una volta smesso di prenderlo il peso di solito torna a crescere", ha detto la dottoressa McCartney. "I gruppi di pazienti finanziati da Big Pharma stanno contribuendo a creare un mercato e una dipendenza da questo tipo di farmaci".

**ESISTONO CENTINAIA** di esempi di aziende farmaceutiche che finanziano attività di marketing e comunicazione. In Italia, ad esempio, Roche ha finanziato con circa 140.000 euro l'*Omnicom Public Relations Group*. La società globale di pubbliche relazioni ha ricevuto il denaro per organizzare una serie di conferenze ed eventi sul futuro dei farmaci. La British Skin Foundation ha beneficiato di un pagamento di 29.000 euro da parte dell'azienda farmaceutica Sanofi per l'acquisto di uno spazio in una serie televisiva britannica. "Utilizziamo questi segmenti per parlare del nostro lavoro e/o per evidenziare questioni importanti e di attualità sulla salute della pelle", ha detto un portavoce. "Spesso si tratta di plasmare il modo in cui le cose vengono percepite e di cui si parla", spiega il dottor Piotr Ozieranski, docente dell'Università di Bath, secondo cui "patrocinio, im-

pegno pubblico e *lobbying* sono le cause chiave che l'industria vuole finanziare".

La Federazione europea delle associazioni di pazienti affetti da allergie e malattie delle vie respiratorie (Efa) ha ricevuto quasi 640.000 euro. Fa parte di un gruppo di lavoro dell'Emma, l'Agenzia europea per i medicinali, e di un gruppo di interesse del Parlamento Ue. Nel 2022 circa due terzi delle entrate provenivano dall'industria, ha dichiarato l'associazione. L'analisi evidenzia la dipendenza di alcuni gruppi dal denaro delle case farmaceutiche. I dati ottenuti da 13 delle 24 associazioni di pazienti europee più finanziate mostrano che in tre casi il finanziamento ha rappresentato oltre il 90% delle entrate annuali e in sei casi ha superato il 50%.

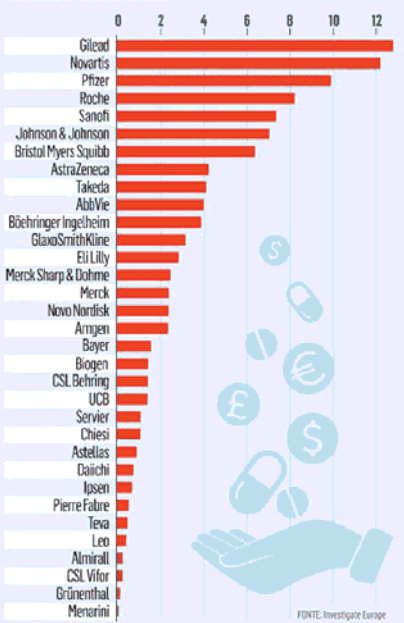
"C'è un rischio enorme per l'indipendenza di questi gruppi di pazienti", lamenta la dottoressa McCartney. Eppure, secondo il dottor Ozieranski, in assenza di un sostegno del settore pubblico, molte associazioni non sopravviverebbero senza questi pagamenti. Le donazioni delle aziende farmaceutiche sono sempre più una voce fondamentale del budget delle associazioni, tanto che poche rifiutano il loro denaro.

Una di queste è YoungMinds, un'associazione per la salute mentale nel Regno Unito. "Non accettiamo donazioni né lavoriamo in *partnership* con aziende produttrici di farmaci, perché riteniamo che ciò possa minare la nostra percezione di imparzialità", ha detto Tom Madders, direttore della raccolta fondi. "Le organizzazioni dei pazienti sono altamente professionali, abituate a gestire molteplici interessi pur mantenendo la loro indipendenza": è una delle risposte ricevute da *Investigate Europe* da parte delle aziende associate a Efpia. Tutte hanno negato di esercitare un'influenza sulle associazioni di pazienti.

*\*Investigare Europe*

**I FINANZIAMENTI DI BIG PHARMA**

Net 2022 in milioni di euro



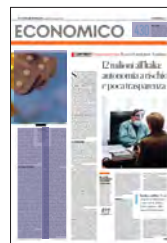
**I dubbi dei medici**

"C'è un enorme problema per l'indipendenza di questi gruppi" che, però, senza fondi chiuderebbero

430

**MILA EURO** Quanto ha preso "Fondazione Incontra Donna". Rinunciare al sostegno di Big Pharma, dicono, "equivale ad avere meno strumenti contro il cancro"

MILIONI AI PAESI



**I CONTRIBUTI** *Relazioni pericolose* Il caso del medicinale Translarna

# 12 milioni all'Italia: autonomia a rischio e poca trasparenza

**S**ono oltre 12 i milioni di euro che, rivela *Investigate Europe*, le maggiori aziende farmaceutiche hanno donato alle associazioni di pazienti italiane nel 2022. Tra i principali finanziatori ci sono **Gilead, Novartis, Roche e Pfizer** (tutte sopra il milione e mezzo di euro donato), mentre **Ail** (Associazione italiana contro leucemie, linfomi e mieloma) è l'associazione più finanziata, l'unica a superare il milione di euro. "Quando si riceve dei finanziamenti c'è il rischio di un'influenza su ciò che si può fare o dire", dice Cinzia Colombo, ricercatrice dell'Istituto Mario Negri. Tuttavia le associazioni dicono di non sentirsi condizionate dalla *partnership* con l'industria farmaceutica, che viene valutata positivamente. Per **Fondazione Incontra Donna**, che ha ricevuto circa 430 mila euro, "rinunciare al sostegno dell'industria significherebbe avere a disposizione meno strumenti contro il cancro". Ail ha risposto che le donazioni dalle case farmaceutiche incidono "solamente per un 3% della raccolta complessiva" e che tali "contributi escludono qualsiasi condizionamento da parte delle aziende".

**LE ASSOCIAZIONI** hanno un ruolo sempre più importante, sia dal punto di vista assistenziale che della ricerca. Ciò è vero soprattutto nei paesi anglofoni (Uk, Canada, Usa e Australia) dove le associazioni sono chiamate a dare un parere sui farmaci che entrano in commercio e nei Paesi del Nord Europa dove le istituzioni, per finanziare progetti di ricerca, richiedono la loro presenza.

A livello europeo, le associazio-

ni sono coinvolte nelle decisioni di Ema, l'Agenzia europea per i medicinali, in qualità di esperti, dando la loro opinione sulla capacità di un farmaco di soddisfare o meno le loro esigenze. Dopo che per due volte il Chmp (Comitato per i medicinali per uso umano) di Ema si è espressa in modo negativo sui benefici del farmaco Translarna, invitando la Commissione europea a ritirarlo dal mercato, le associazioni **Uniamo, Uildm e Parent project** hanno inviato a febbraio una lettera a Ema e alla Commissione europea, esortando a riconsiderare il giudizio del Chmp. A maggio, la Commissione ha richiesto una nuova procedura di valutazione e rimandato il giudizio finale sul ritiro del farmaco.

*Investigate Europe* rivela che due delle tre associazioni che supportano Translarna in Italia (**Uildm e Parent project**) hanno ricevuto finanziamenti da **Ptc Therapeutics**, l'azienda farmaceutica statunitense che commercializza il farmaco, per un totale di 124.600 euro nel triennio 2020-2022. Anche in Irlanda, Spagna e Regno Unito, associazioni della comunità Duchenne finanziate da Ptc sono espresse a favore del medicinale.

Per Filippo Buccella, presidente di *Parent Project* e genitore di un ragazzo affetto da sindrome di Duchenne, è ingenuo e fuorviante pensare che la scelta di difendere il farmaco dipenda dall'aver ricevuto finanziamenti da Ptc. "Le nostre ragioni nascono dal nostro scopo statutario: difendere i diritti dei nostri figli. Novecento famiglie in Europa ci hanno chiesto di fare il possibile per essere certi che la valutazione di Ema tenesse in conto tutti i fattori

coinvolti".

**"QUESTO** farmaco non è la cura definitiva, ma è l'unica speranza che abbiamo al momento. Ho visto miglioramenti su mio figlio, e dottori di fama internazionale ritengono che Translarna abbia efficacia", dice Elena Semenzato, madre di Leonardo, bambino che assume Translarna da due anni. Elena fa riferimento a una lettera sottoscritta da diversi neurologi italiani e inviata ad Ema lo scorso novembre in cui i medici si esprimono a favore del farmaco. Analizzando le dichiarazioni delle donazioni di **Ptc Therapeutics**, risulta che 13 dei 28 dei firmatari hanno ricevuto denaro dall'azienda nel triennio 2020-2022 per una somma totale di circa 54.000 euro.

"Si tratta di consulenze per *advisory boards* e per simposi *educational* in ambito di conferenze sulla malattia di Duchenne", ha risposto il dottor Eugenio Maria Mercuri, del Policlinico Gemelli di Roma, che nel biennio 2021-22 ha ricevuto circa 9.000 euro da Ptc. "I giudizi si basano sui risultati degli studi e delle osservazioni cliniche e non sono certo condizionati da un onorario per piccoli eventi occasionali", conclude Mercuri, che in due occasioni è stato chiamato da Ema a partecipare come esperto esterno nelle procedure valutative su Translarna.

**LO.BU.**





13 set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S  
24

## Riforma Aifa, servono maggiore coinvolgimento dei pazienti e nuove leve su tempi ed equità di accesso

di Tonino Aceti \*

L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) svolge un ruolo cruciale per la Salute e l'accesso alle cure dei pazienti. La sua capacità di garantire con le risorse a disposizione il più alto livello di tempestività ed equità di accesso ai farmaci, a partire da quelli innovativi, coinvolgendo nei processi decisionali i pazienti, rappresentano importanti fattori di qualità del suo operato.

A tal fine, otto mesi fa è stata approvata la cosiddetta "Riforma dell'Aifa", attraverso la pubblicazione in G.U. del Decreto del ministero della Salute n.3 dell'8 gennaio 2024.

Un decreto che rivede la governance dell'Agenzia, a partire ad esempio dalla soppressione della figura del Direttore Generale, dall'istituzione del Direttore tecnico scientifico e del direttore amministrativo, sino all'introduzione della Commissione (unica) scientifica ed economica del farmaco.

Scolte le riserve su tutte le caselle chiave e iniziata già da qualche mese la fase di messa a terra della riforma, oggi - da un'analisi dell'Osservatorio Salutequità- emerge che servono un maggiore protagonismo e coinvolgimento dei pazienti nei processi decisionali, nonché ulteriori leve su tempi ed equità di accesso ai farmaci, anche pensando a possibili future limature/integrazioni alla riforma stessa e veri e propri interventi normativi ad hoc.

### Lo scarso coinvolgimento delle associazioni di pazienti e cittadini

Bisogna fare molto di più. Andando infatti ad analizzare il Decreto di riforma dell'Aifa, non si colgono ad esempio innovazioni volte al riconoscimento formale delle Associazioni di pazienti e cittadini tra gli attori della governance dell'Agenzia. Proprio in questo senso va la decisione sulla composizione del suo Cda: nessuna riserva specifica è stata prevista ai rappresentanti delle associazioni dei pazienti. Stessa situazione per la composizione della Commissione scientifica ed economica del farmaco.

E se la cura dei rapporti con le associazioni dei pazienti è oggi in capo al Presidente dell'Aifa, supportato dall'area relazioni esterne, dall'organigramma dell'Agenzia (in aggiornamento) non sembra ancora esserci un'Area o un Ufficio che si occupi specificatamente dei rapporti con le Associazioni dei cittadini e pazienti per un loro coinvolgimento strutturale e sistematico nelle politiche farmaceutiche del nostro Paese. Decisamente più aperta e moderna è invece la strategia di coinvolgimento adottata dall'European Medicines Agency (Ema), la quale all'interno del suo Consiglio di amministrazione riserva due posti ai rappresentanti delle organizzazioni dei pazienti. Ciò permette a quest'ultimi, a differenza dell'Italia, di essere parte attiva anche nella procedura di nomina del Direttore Esecutivo dell'Ema. Infine, le associazioni di pazienti



sono membri di molteplici e importanti Comitati scientifici dell'Ema come: il Comitato di valutazione dei rischi per la farmacovigilanza (Prac), il Comitato per i medicinali orfani (Comp), il Comitato per le terapie avanzate (Cat) e il Comitato pediatrico (Pdco). Altrettanto inclusivi nei confronti delle associazioni dei pazienti sono il Regolamento Ue 2021/2282 relativo alla valutazione delle tecnologie sanitarie (Hta) e l'atto implementativo del 23 maggio 2024. Quest'ultimo, infatti, agli artt. 9 e 14 prevede la possibilità per i pazienti di fornire contributi sulla proposta consolidata di ambito di valutazione e sulle bozze della relazione di valutazione congiunta e della relazione di sintesi.

Invece, ritornando ancora all'Italia e in particolare alla Commissione scientifico-economica del farmaco dell'Aifa, non solo i rappresentanti delle Associazioni di pazienti non figurano tra i componenti della stessa Commissione, ma il loro punto di vista, che può (anziché deve) essere richiesto dalla Commissione ai sensi dell'art. 11 del suo Regolamento, ha "natura esclusivamente informativa", cioè: non è obbligatorio, non è vincolante e non è necessario da parte dell'Aifa "render conto" di un suo eventuale scostamento nella decisione. Allo stesso regime sono sottoposti i pareri espressi dalle società scientifiche.

La mancata previsione del coinvolgimento delle associazioni dei pazienti sembra emergere anche in occasione di un altro recente passaggio delle politiche farmaceutiche del nostro Paese e cioè la Determina di costituzione del Tavolo tecnico per la revisione delle Note Aifa e Piani terapeutici. Ragionare sulla revisione delle condizioni di ammissione alla rimborsabilità dei farmaci e sulle loro modalità di prescrizione ed erogazione, non dovrebbe mai prescindere dal punto di vista, dall'esperienza e dai bisogni dell'utente considerando anche l'impatto che possono avere sull'aderenza alle terapie e ciò che ne consegue per la salute della persona e per l'efficacia e l'efficienza del Ssn.

### **Tempi ed equità di accesso alle terapie**

Un altro banco di prova della Riforma dell'Agenzia è certamente rappresentato dalla riduzione dei tempi di accesso alle terapie da parte dei pazienti, a partire da quelli con malattie croniche e rare. Su questo, se da una parte la riforma dell'Aifa elimina il doppio passaggio dei dossier tra Commissione tecnico scientifica e Commissione Prezzi e rimborso attraverso la costituzione della nuova Commissione (Unica) scientifico-economica del farmaco, che dovrà nella sua attività svolgere il compito non semplice di garantire il corretto bilanciamento tra la dimensione di analisi tecnico-scientifica e quella economica scongiurando il rischio che a guidare le scelte non sia sempre quest'ultima, dall'altra però la Commissione può contare su 10 membri anziché su 20 come previsto prima della riforma, con un compenso fermo al 2012 e pari a 25 mila euro annui lordi (per i componenti non di diritto) e il tutto, secondo la Relazione tecnica della Riforma, senza un rilevante rafforzamento della dotazione organica degli uffici.

E se va riconosciuto che c'è stato un recupero nello smaltimento di pratiche accumulate nei precedenti mesi, è evidente che per abbattere in modo strutturale i tempi di accesso bisognerà lavorare velocemente anche a nuovi modelli di procedure semplificate, anche spostando sugli uffici tutto ciò che è processabile direttamente da loro e che non necessita dell'analisi della Commissione Unica. Come pure andrebbe subito semplificata la procedura di trasmissione in Gazzetta Ufficiale delle Determine, che oggi occupa mediamente un tempo inaccettabile di 60 giorni, attraverso l'individuazione di una modalità di pubblicazione semplificata ad esempio sul sito della stessa Aifa. Questo meccanismo, a costo zero, potrebbe ridurre mediamente di due mesi il tempo di accesso ai farmaci da parte dei pazienti e non sarebbe affatto poco!

Anche perché, poi, ai tempi delle procedure nazionali vanno sommati quelli delle Regioni, alcune delle quali hanno previsto ulteriori processi decisionali attraverso, ad esempio, i cosiddetti Prontuari Terapeutici Ospedalieri Regionali (Ptor) vincolanti, che incidono e molto sull'equità di accesso, minando uno dei principi che l'Aifa ha proprio nella sua mission: l'unitarietà del sistema farmaceutico. Su questo fronte la riforma dell'Agenzia e i successivi provvedimenti non individuano leve specifiche di intervento nei confronti delle Regioni, come a esempio l'abrogazione dei Prontuari regionali

vincolanti e/o l'attivazione di un sistema di monitoraggio/valutazione dei tempi e dell'equità di accesso ai farmaci nelle Regioni. Infatti, il Rapporto sulle tempistiche delle procedure di prezzo e rimborso dei farmaci curato periodicamente dall'Aifa non fa riferimento alle tempistiche di accesso regionali. Allo stesso modo l'unico sistema istituzionale di monitoraggio e valutazione delle performance delle Regioni nella garanzia dei Livelli essenziali di assistenza, cioè il Nuovo Sistema di Garanzia dei Lea, non prevede alcun indicatore specifico sulla tempestività ed equità di accesso ai farmaci da parte delle Regioni.

Una lacuna importante da colmare subito.

*\* Presidente Salutequità*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

**13** set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S  
24

## Aifa certifica la spesa di gennaio e febbraio: farmaceutica oltre i 4 miliardi con +4% consumi e +3,9% ticket

di Radiocor Plus

A livello nazionale la spesa farmaceutica complessiva del periodo gennaio-febbraio 2024 si è attestata a 4.093,9 mln di euro, evidenziando uno scostamento assoluto rispetto alle risorse complessive del 15,30% (3.383,2 mln) pari a +710,8 mln, corrispondente a un'incidenza percentuale sul Fondo sanitario nazionale provvisorio 2024 del 18,51%. Lo certifica Aifa nell'ultimo report aggiornato sull'esborso per farmaci in Italia.

La spesa farmaceutica convenzionata netta a carico del Ssn nel periodo considerato, calcolata al netto degli sconti, della compartecipazione totale (ticket regionali e compartecipazione al prezzo di riferimento) e del payback 1,83% versato alle Regioni dalle aziende farmaceutiche, si è attestata a 1.322 mln (+33,7 mln). I consumi, espressi in numero di ricette (98,9 milioni di ricette), mostrano un +4 % rispetto al 2023; anche l'incidenza del ticket totale mostra un incremento (+3,9%). Per quanto concerne le dosi giornaliere dispensate, mostrano un aumento rispetto allo stesso periodo del 2023 (+2,6%, pari a 105,7 milioni).

Il valore della spesa per acquisti diretti al netto dei gas medicinali riportato da Aifa è di 2.656,6 mln di euro con uno scostamento assoluto di +821,3 mln rispetto al tetto dell'8,30% calcolato sul Fondo sanitario nazionale provvisorio 2024 e pari a 1.835,3 mln. Per i medicinali innovativi, la spesa stimata per il periodo gennaio-febbraio 2024 al netto dei Payback è pari a 182,9 milioni. Infine, lo scostamento assoluto rispetto al tetto dello 0,20% (calcolato semopre sul Fsn provvisorio 2024) della spesa per acquisti diretti per gas medicinali è pari a -2,6 milioni.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

13 set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S  
24

## Carenza farmaci, l'allarme degli allergologi sui pazienti a rischio di shock anafilattico

Scarseggiano a livello nazionale gli auto-iniettori di adrenalina contro lo shock anafilattico, farmaci salvavita per centinaia di migliaia di pazienti a rischio di gravi reazioni allergiche. In particolare, risulta carente un farmaco branded, il più utilizzato (iniettabile per via intramuscolare e in autonomia ai primi segni di shock anafilattico) soprattutto nella formulazione 500 mcg, che sarà quasi introvabile dalla fine di settembre. Un quadro preoccupante, già segnalato dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), con una nota rilasciata lo scorso luglio nella quale annunciava l'imminente carenza del farmaco in questo tipo di formulazione che si protrarrà fino all'inizio della prossima estate.

Per supportare operatori sanitari e pazienti in questa fase critica e indirizzarli nella scelta di trattamenti sostitutivi, la Società italiana di Allergologia, Asma e Immunologia clinica (Siaaic) e l'Associazione allergologi immunologi italiani territoriali e ospedalieri (Aaiito) hanno deciso di unire le forze e creare una task force costituita dai presidenti delle Società scientifiche, rispettivamente Mario Di Gioacchino e Lorenzo Cecchi e quattro allergologi esperti Cristiano Caruso, Gabriele Cortellini, Francesco Murzilli e Vincenzo Patella.

«Le numerose segnalazioni che arrivano dai pazienti rendono sempre più evidente come si stia aggravando l'indisponibilità di questi farmaci salvavita che risultano sempre più difficili da reperire. Ci troviamo in una situazione di emergenza che va monitorata e gestita perché non diventi più allarmante - dichiarano, i coordinatori della Task Force Gabriele Cortellini (Aaito) e Vincenzo Patella(Siaaic) -. Gli auto-iniettori di adrenalina sono, infatti, indispensabili contro lo shock anafilattico, una reazione allergica generalizzata, che si manifesta all'improvviso e che può portare a morte se non prontamente trattata - spiegano gli esperti -. In questi casi l'adrenalina rappresenta un farmaco salvavita e coloro che sono a rischio di shock anafilattico devono sempre tenerlo con sé e non esitare a utilizzarlo se compaiono i primi sintomi».

«Come annunciato dall'Aifa, a livello nazionale si sta delineando una riduzione nella disponibilità degli auto-iniettori di adrenalina a causa di una elevata richiesta e rallentamenti nella produzione. Per garantire continuità terapeutica è necessario ricorrere a farmaci equivalenti autorizzati dall'Aifa, che però spesso presentano modalità di utilizzo o conservazione differenti - riferiscono Patella e Cortellini -. È fondamentale, dunque, rivolgersi allo specialista o al medico prescrittore per ricevere informazioni e istruzioni sull'utilizzo di device alternativi al fine di non incorrere in errori di dosaggio o interruzioni del trattamento, concludono gli esperti delle due Società Scientifiche Siaaic e Aaito».



13 set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Tumori del sangue: dalla rivoluzione terapeutica alle cure di prossimità per vivere tempo di qualità

di Davide Petruzzelli\*

In Italia si registrano ad oggi circa 3.600.000 casi prevalenti oncologici che presentano bisogni molto diversi che vanno dall'altissima intensità assistenziale a problematiche legate alla polimorbidità (anziani con malattia cronica) fino alla necessità di presa in carico di natura sociosanitaria. Nel 2020 il 65% dei malati di tumore ha ricevuto una diagnosi da più di cinque anni, il 39% da oltre dieci anni.



Il cancro rappresenta ancora la seconda causa di morte (il 29% di tutti i decessi) dopo le malattie cardiovascolari, ma chi sopravvive a cinque anni dalla diagnosi ha, dopo alcuni tipi di tumore (testicolo, tiroide, ma anche melanoma, linfomi di Hodgkin e, in misura minore, colon-retto), prospettive di sopravvivenza vicine a quelle della popolazione che non ha mai avuto una neoplasia.

Oggi che l'innovazione ci ha resi partecipi di una delle più grandi rivoluzioni nell'ambito di trattamenti e cure dei tumori del sangue, aumentando esponenzialmente l'aspettativa di vita, è quanto mai necessario migliorare la presa in carico e il percorso assistenziale del malato per vivere tempo di qualità. Un obiettivo prioritario e non più derogabile, considerata l'elevata complessità della gestione delle malattie oncologiche/oncoematologiche e delle problematiche a esse connesse.

L'integrazione ospedale-territorio per l'oncologia è una delle maggiori sfide contemporanee che ci troviamo a fronteggiare, in grado di ridisegnare il nostro Sistema Salute. Il recente documento AGENAS "Linee di indirizzo sull'integrazione ospedale-territorio in oncologia" si inserisce in questo contesto in via di ridefinizione del percorso di cura del malato, oggi che l'innovazione ha cambiato la storia di molti tumori del sangue, migliorando diagnosi e prognosi. Cronicizzazione e guarigione sono due parole entrate finalmente nel lessico dei tumori ematologici. L'aspettativa di vita è decisamente aumentata e possiamo parlare di Cancer survivorship. Allora è proprio adesso che dobbiamo lavorare, congiuntamente con tutti gli attori del Sistema, per una migliore qualità di vita che è in larga parte connessa alla prossimità delle cure. Potenziare il territorio, ovvero aumentare e delocalizzare alcuni servizi, significa da un lato essere vicini al cittadino, rispondere alle esigenze di presa in carico, follow-up e monitoraggio nel tempo, dall'altro vuol dire anche alleggerire ed efficientare gli ospedali. L'effetto paradosso infatti è che i numeri della guarigione e della cronicizzazione, particolarmente in ematologia oncologica, sono così in crescita che questa popolazione di persone non potrà più essere gestita in ospedale, non solo per la loro qualità di vita, ma anche per la sostenibilità delle strutture nel prossimo futuro.

Il documento AGENAS ipotizza un'organizzazione che si dispiega per setting assistenziali, bisogni effettivi dei pazienti e specificità territoriali (e demografiche), con processi di riorganizzazione del percorso oncologico e della delocalizzazione/deospedalizzazione di alcune attività, indicando responsabilità e integrazione di Distretti, Rete Nazionale Tumori Rari, MMG e altre professionalità/organizzazioni, insieme con il Gruppo oncologico multidisciplinare (GoM). Il territorio diventa un nodo della rete e si dovranno ridisegnare i PDTA alla luce di questa riorganizzazione.

Un contesto in cui giocano un ruolo fondamentale, inoltre, le Associazioni Pazienti, sempre più strutturate e organizzate secondo modelli efficienti ed efficaci sul territorio, in grado di informare e orientare pazienti sempre più partecipi del proprio percorso di cura, empowered. La scienza laica di chi ha vissuto l'esperienza di malattia rappresenta di fatto un valore aggiunto di valore inestimabile di cui il Sistema può giovare. I bisogni dei malati cambiano insieme alla malattia, nella fase acuta e post-acuta ma anche nella lungosopravvivenza; persone che devono essere prese in carico continuativamente a livello territoriale, dove il percorso è poco presidiato da competenze e strutture dedicate, oltre a essere molto frammentario sul territorio nazionale. Sono fondamentali, in questo senso, risorse che possano garantire la messa a terra di progetti che rimarrebbero altrimenti soltanto idee. Con La Lampada di Aladino ETS abbiamo potuto realizzare progetti di valore, come il tutoraggio ai giovani pazienti con leucemie e linfomi, o l'assistenza – dal trasporto all'assistenza domiciliare - durante la pandemia da Covid-19. Progetti che sono stati sostenuti dal bando Community Award Program, un contributo agli Enti del Terzo Settore del Paese a sostegno di progetti con ricadute concrete sulla qualità di vita di chi ha una malattia oncoematologica che quest'anno è alla sua tredicesima edizione.

Tutti gli attori del Sistema Salute – medici, tecnici e Istituzioni in primis – hanno il dovere di agire per potenziare il territorio e adeguare l'organizzazione sanitaria in modo da rispondere coerentemente ai bisogni che il paziente esprime in fase extraospedaliera.

L'innovazione ha fatto passi da gigante. Grazie alla ricerca scientifica sempre più persone ricevono cure che migliorano quantità e qualità della vita. La sfida della territorialità è oggi una delle più difficili, ma anche la più entusiasmante. Dobbiamo tutti unire le forze in questo senso perché diventi realtà in ogni Regione.

*\*Presidente La Lampada di Aladino ETS; F.A.V.O. Neoplasie ematologiche; Vicepresidente Fondazione AIOM*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**13** set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S  
24

## Tumori, in Italia servono 14 mesi per accedere ai farmaci innovativi. Aiom, subito al lavoro con Aifa per abolire i prontuari regionali

di Francesco Perrone \*, Massimo Di Maio \*\* Giuseppe Curigliano \*\*\*

È pari a un anno e mezzo (559 giorni, circa 18 mesi) il tempo medio in Europa (nel 2023) per disporre dei nuovi farmaci anticancro, tempi che si sono allungati di oltre un mese rispetto al 2022, quando erano pari a 526 giorni. L'Italia è più rapida rispetto alla media europea, però i pazienti oncologici del nostro Paese devono aspettare ancora 417 giorni, cioè quasi 14 mesi, per accedere ai trattamenti anticancro innovativi. Basti pensare che in Germania, che si colloca al primo posto in questa classifica, sono sufficienti 3 mesi (93 giorni).

Da qui la necessità di nuovi modelli per consentire l'immediata disponibilità delle terapie salvavita, partendo dall'abolizione dei Prontuari terapeutici regionali (PTR), ancora presenti in 12 Regioni (Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano, Emilia-Romagna, Marche, Umbria, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna, Sicilia). La richiesta viene dall'Associazione italiana di Oncologia medica (Aiom), nella conferenza stampa ufficiale della società scientifica al Congresso della Società Europea di Oncologia Medica (Esmo) di Barcellona.

I farmaci autorizzati da Ema, l'agenzia regolatoria europea, vengono commercializzati negli Stati membri dopo periodi più o meno lunghi, che possono essere anche molto diversi. Il tempo che trascorre fra il deposito del dossier di autorizzazione e valutazione all'Ema e l'effettiva disponibilità di una nuova terapia nella Regione italiana che per prima rende disponibile il farmaco si aggira intorno a 14 mesi. Tempi che si sono ridotti rispetto a 5-10 anni fa, quando superavano 2 anni, ma ancora troppo lunghi perché possono penalizzare fortemente i malati oncologici.

Per ridurre i tempi di latenza, devono essere aboliti i Prontuari Terapeutici Regionali e va consentita l'immediata disponibilità dopo la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, anche nelle more delle gare regionali. Dopo l'inserimento nei Prontuari Terapeutici Regionali, ulteriori ritardi possono essere causati dalle procedure burocratiche per l'inclusione anche nei Prontuari terapeutici ospedalieri.

Vogliamo collaborare con l'Agenzia Italiana del Farmaco, per definire nuovi modelli. Anche il Presidente Aifa, Prof. Nisticò, ha evidenziato l'importanza di garantire procedure celeri, rigorose ed efficienti e fare in modo che i farmaci autorizzati siano effettivamente disponibili per il paziente in tempi rapidi in un'ottica di appropriatezza, sostenibilità ed efficienza. Siamo inoltre preoccupati per i lunghi tempi richiesti per l'approvazione degli studi clinici, che rendono i centri italiani meno competitivi rispetto





a quelli degli altri Paesi. Nonostante vi siano regole, come il modello di contratto unico, non vengono applicate in Italia. Restano quindi difficoltà burocratiche nelle sperimentazioni che prolungano i tempi di approvazione e attivazione.

In generale, è cruciale puntare a un'armonizzazione e semplificazione delle procedure amministrative che in tanti casi comportano mesi di attesa prima di attivare le sperimentazioni cliniche nei centri italiani: questo mette a rischio l'attrattiva del nostro Paese per i promotori profit e comunque ritarda l'opportunità della partecipazione agli studi per i pazienti. Nel 2022, sono state autorizzate da Aifa 663 sperimentazioni e quasi il 40% ha riguardato l'oncologia, una percentuale costante negli ultimi anni. In Italia ogni anno migliaia di cittadini colpiti non solo da tumori ma anche da altre patologie, partecipando agli studi clinici, possono beneficiare di trattamenti innovativi con grande anticipo, rispetto alla loro disponibilità e, quindi, di maggiori possibilità di guarigione, ottenendo miglioramenti anche in termini di qualità di vita.

I vantaggi degli studi clinici non sono solo per i pazienti e per la scienza, infatti il Servizio sanitario nazionale ottiene un beneficio anche economico grazie ai costi evitati per le terapie, sostenuti dalle aziende sponsor dei trial.

È dimostrato che un euro investito in uno studio clinico ne genera quasi 3 (2,95) in termini di benefici per il Ssn. L'effetto leva, determinato dai costi evitati per l'erogazione a titolo gratuito di terapie sperimentali e prestazioni diagnostiche alle persone arruolate nei trial, raggiunge addirittura 3,35 euro nelle sperimentazioni contro il cancro. Basti pensare che il costo medio di una ricerca in oncologia è di 512mila euro, ma quelli evitati sono più del doppio, pari a 1 milione e 200mila euro.

Il Regolamento europeo n.536 del 2014 per la ricerca clinica ha uniformato tra loro i Paesi europei ma ha allungato di fatto i tempi di approvazione rendendo nel complesso l'Europa meno competitiva rispetto alle altre macroregioni, per cui le aziende farmaceutiche tendono ad investire altrove. Ad esempio, gli studi di fase I sempre più spesso iniziano negli Stati Uniti, Australia e Asia. È importante risolvere questi problemi, perché i risultati della ricerca scientifica sono evidenti. Grazie anche alle terapie innovative, l'Oncologia del nostro Paese ha fatto registrare importanti passi avanti, con migliaia di vite salvate. Dal 2007 al 2019, in Italia sono state evitate quasi 270mila morti oncologiche. E in Europa, dal 1988 a oggi, i progressi contro i tumori hanno salvato più di 6 milioni di vite.

Un ruolo decisivo nella riduzione della mortalità è svolto anche dai programmi di screening. Come ha evidenziato Saverio Cinieri (Presidente Fondazione Aiom), è necessario investire di più nella prevenzione secondaria. Servono campagne di informazione per sensibilizzare la popolazione e le nuove tecnologie dovrebbero essere maggiormente sfruttate per coinvolgere i cittadini. L'Unione Europea, infatti, chiede che il 90% della popolazione che soddisfa i requisiti per lo screening del carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon-retto abbia la possibilità di eseguire questi esami entro il 2025.

*\* Presidente Aiom*

*\*\* Presidente eletto AIOM*

*\*\*\* Presidente eletto Esmo (European Society for Medical Oncology) e membro Direttivo Aiom*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**13** set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

NOTIZIE FLASH

S  
24

## Abbott: disponibile in Italia primo sistema di pacemaker bicamerale senza fili

Abbott ha annunciato la disponibilità in Italia di Aveir DR, il primo sistema di pacemaker bicamerale senza fili per trattare le persone con un ritmo cardiaco anomalo o più lento del normale. “Si tratta di un’innovazione - spiega una nota - che consente a due pacemaker senza elettrocatereteri di comunicare e sincronizzarsi tra di loro ad ogni singolo battito del cuore grazie alla tecnologia di comunicazione implant-to-implant (izi) brevettata da Abbott”. Il nuovo sistema di pacemaker, risolvendo la sfida tecnologica della stimolazione bicamerale senza elettrocatereteri, “amplia le possibilità di trattamento rispetto ai pacemaker monocamerale senza fili che consentono di trattare solo il 20% dei pazienti”. Nel mondo ogni anno si contano circa 1,25 milioni impianti di pacemaker. In Italia si effettuano oltre 50mila impianti di pacemaker ogni anno, in media 137 al giorno, con una crescita superiore al 30% negli ultimi 15 anni.

“La tecnologia dei pacemaker è rimasta sostanzialmente invariata negli anni a causa delle notevoli sfide tecnologiche per consentire un’efficace sincronia atrio-ventricolare tra due pacemaker senza fili - dichiara Marcello Mestriner, Country Manager Cardiac Rhythm Management di Abbott Italia -. “Aveir DR risponde a un sostanziale bisogno delle persone con bradiaritmie risolvendo la sfida tecnologica della stimolazione bicamerale senza elettrocatereteri grazie al suo rivoluzionario sistema di progettazione”. Il sistema utilizza un nuovo metodo di erogazione della terapia bicamerale essendo composto da due pacemaker, uno che stimola il ventricolo destro e uno che stimola l’atrio destro. Il dispositivo è appena stato certificato in Europa e sono già stati eseguiti i primi impianti in Italia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**13** set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

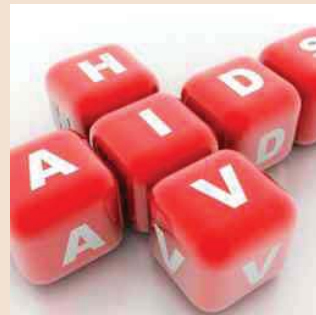
MEDICINA E RICERCA

 S  
24

## Fermare la diffusione dell'epidemia di Hiv è possibile. Grande attenzione verso le strategie pre-esposizione a rilascio prolungato e le cure Long-Acting

di Massimo Andreoni \*

Con oltre 120.000 persone con Hiv nel 2023, questo virus resta una delle più urgenti sfide di salute pubblica del nostro Paese. Di cui si parla troppo poco. Guardando ai numeri italiani, la fotografia dell'emergenza è chiara: in soli 20 anni il numero è raddoppiato, contando che nel 2000 le persone con diagnosi di Hiv erano circa 70.000. Per comprendere il fenomeno con un colpo d'occhio, è come se a tutti i cittadini della città di Monza, oppure di Bergamo o di Sassari fosse stato diagnosticato il virus. Complici di tutto ciò la scarsa informazione intorno all'Hiv, che porta a diagnosi tardive e ritarda ulteriormente la possibilità di contrastare al meglio la diffusione del virus. Ciò comporta un aumento annuale del numero delle persone positive residenti in Italia, sebbene l'incidenza dell'infezione gradualmente si riduca.



A fronte di questo quadro allarmante, l'evoluzione e l'innovazione terapeutica rappresentano una grande speranza, per le persone a rischio di contrarre il virus e per le persone con Hiv. Gli strumenti terapeutici oggi disponibili permettono di ridurre significativamente il rischio di infezione così come gli esiti gravi, rendendo l'Hiv una condizione cronica curabile.

### La prevenzione Long-Acting

Un significativo passo avanti è rappresentato dall'evoluzione dei trattamenti farmacologici preventivi. Secondo Unaid, entro il 2025 l'86% delle persone con Hiv dovrebbe raggiungere una carica virale non rilevabile e il 95% delle persone a rischio dovrebbe avere accesso alla profilassi pre-esposizione (PrEP).

Questa nuova strategia a lento rilascio rappresenta un significativo avanzamento nella prevenzione dell'Hiv rispetto alla tradizionale profilassi giornaliera. La Profilassi Pre-Esposizione (PrEP) Long-Acting, somministrata per via intramuscolare ogni due mesi, garantisce un rilascio prolungato e costante del principio attivo nel sangue, mantenendo livelli terapeutici ottimali per contrastare l'infezione.

Le linee guida aggiornate dell'Oms sottolineano l'importanza di rendere la Long-Acting PrEP iniettabile ampiamente disponibile, riconoscendone il ruolo essenziale nella tutela della salute pubblica. Inoltre, secondo la relazione dell'Ecdc del 2021, l'Italia si colloca al 16° posto su 28 Paesi per il numero di persone che hanno ricevuto la PrEP almeno una volta.

La proposta Long-Acting

Per il nostro Paese, dunque, il monito appare chiaro: comprendere e capitalizzare, oggi, il concetto di Long-Acting (LA) per contestualizzare la migliore strategia di contrasto al virus, anche alla luce dei nuovi plus di quality of life e adesione ai percorsi di follow-up che il Long-Acting rappresenta.

Realizzare questo obiettivo significa riconoscerne il ruolo - in tutte le sue forme - come elemento essenziale di tutela della salute pubblica. È infatti necessario sottolineare come, il trattamento Long-Acting, aiuti anche a superare lo stigma e l'auto-stigma associato non solo alla malattia, ma anche alle terapie. È utile ricordare che questa innovazione terapeutica riduce le probabilità di sospensione o interruzione del trattamento, che è un elemento fondamentale per le patologie trasmissibili, in particolare per l'Hiv dove U = U è il cardine di ogni strategia preventiva.

Oltre a ciò, queste terapie offrono numerosi vantaggi: il miglioramento della qualità della vita del paziente, oltre che semplificarne la gestione, dà un'opportunità unica legata alla somministrazione periodica, in quanto utile anche al monitoraggio complessivo della persona con Hiv, riducendo al tempo stesso il rischio di fallimento della terapia e aumentando l'efficacia della prevenzione dell'infezione. Inoltre, la formulazione delle terapie Long-Acting, iniettabile, migliora la biodisponibilità del farmaco e riduce le interazioni con altri medicinali, offrendo un'opzione terapeutica più pratica ed efficace.

Per fermare l'epidemia silenziosa che sta colpendo il nostro Paese è dunque fondamentale uno sforzo congiunto sul piano istituzionale e assistenziale per rispondere ai bisogni delle persone con Hiv.

Sul tema è stato recentemente pubblicato il Position Paper "Farmaci Long-Acting (LA): nuove prospettive nella gestione e prevenzione dell'Hiv" realizzato con il patrocinio di Simit che delinea le strategie per la gestione e la prevenzione dell'Hiv, con un focus particolare sulle innovazioni terapeutiche. Il documento è stato presentato durante l'evento istituzionale "HIV Call 2024: Nuove opportunità di gestione e prevenzione, per l'emergenza sanitaria silente" tenutosi a Roma, su iniziativa dell'On. Luciano Ciocchetti, con il patrocinio di Intergruppo Parlamentare One Health, Istituto Superiore di Sanità, SIMaST e Simit, organizzato da Cencora-Pharmalex e con il contributo non condizionato di ViiV Healthcare Italia.

*\* Professore emerito di Malattie infettive, Università di Roma Tor Vergata, Direttore scientifico della Società italiana di Malattie infettive e tropicali (Simit)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**13** set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

## Sla, la Giornata nazionale celebra il diritto alla cura

di Pina Esposito \*, Mario Sabatelli \*\*

Per chi vive da sempre la Giornata nazionale Sla promossa da Aisla, l'Associazione italiana Sclerosi laterale amiotrofica, sa che questa diciassettesima edizione porta con sé i segni di una nuova speranza. Dopo 150 anni di ricerca sulla malattia, infatti, la conferma dell'efficacia di un farmaco, il Tofersen, rappresenta un cambiamento di prospettiva terapeutica che segna per la prima volta l'inizio di una nuova pagina per la Sla. Seppur destinato al 2-3% di pazienti (i portatori della mutazione del gene SOD-1 sono circa 150 persone in Italia), il farmaco è il risultato di un percorso lungo 25 anni, nel quale gli studi genetici hanno permesso di continuare a conoscere sempre di più e meglio i meccanismi di base che generano la patologia.

E oggi i primi dati ci mostrano come il trattamento precoce con Tofersen stia dando evidenze cliniche della sua efficacia per un numero significativo di pazienti coinvolti. Lo studio dei Centri clinici NeMO, il primo che ha analizzato il più alto numero di persone con Sla con mutazione SOD-1 nel nostro Paese e per il più lungo periodo di tempo, ne dà conferma grazie al monitoraggio clinico costante dell'andamento della malattia, dal punto di vista funzionale, della capacità respiratoria e della forza muscolare negli arti. Parliamo, dunque, di una stabilizzazione o addirittura di un lieve miglioramento per il 53% dei pazienti del gruppo di studio. A queste evidenze cliniche, si uniscono anche le osservazioni sulla riduzione, nell'82% dei pazienti, dei neurofilamenti, che sono un indice del processo di degenerazione delle cellule nervose.

Per la comunità Sla, fatta della forza di chi affronta la malattia, dei loro caregiver e delle famiglie, dei volontari, insieme ai clinici e ricercatori, ciò che si sta vivendo oggi ha dello straordinario. E la Giornata nazionale Sla celebra la consapevolezza che ogni piccolo e grande traguardo raggiunto, ci dà anche la responsabilità nel prepararci ad affrontare le nuove sfide, con l'unico obiettivo di garantire l'accesso alla cura per tutti e il diritto alla qualità di vita per ciascuno.

Pensiamo, prima di tutto, alla necessità di uniformare in tutti i centri di riferimento l'accesso immediato al test genetico al momento della diagnosi. La Sla, così schietta e tenace, ci costringe a contare il tempo e ad avere risposte immediate a un bisogno di cura che diventa sempre più complesso nel rapido decorso della malattia.

I dati del nostro Centro di ascolto indicano che il 70% dei pazienti con mutazione SOD-1 utilizza il farmaco, una percentuale in linea con quella aspettata. Tuttavia, ci preoccupano le nuove diagnosi. Nel nostro Paese, esistono ancora significative disparità nell'accesso alle terapie: si stima che la diagnosi di Sla richieda da 4 a 10 mesi, l'ottenimento dei risultati genetici richieda da 1 a 3 mesi e l'accesso al farmaco possa



richiedere fino a 2 mesi. Inoltre, molti pazienti non sono ancora consapevoli della propria condizione genetica. L'accesso tempestivo alle terapie ha un impatto significativo sulla progressione della malattia, dunque sulla qualità di vita. La sfida oggi è quella di lavorare insieme per definire linee guida condivise, che garantiscano a tutti ed in egual modo l'accesso alle opportunità di cura, sia per i farmaci attuali che per quelli che potrebbero essere sviluppati in futuro. In fondo, il valore del nostro ritrovarci tutti in piazza nei prossimi giorni racconta e celebra proprio questo sguardo di speranza e insieme di impegno nel proteggere il diritto alla salute. È il desiderio di continuare a costruire quella cultura della partecipazione attiva, capace di mettere a fattor comune l'esperienza di malattia di ciascuno. È insieme la bellezza di coltivare reti, di creare sinergie per prenderci cura l'uno dell'altro e per dare linfa ad una solidarietà capace di dare risposte concrete alla collettività. Questo è il messaggio dirompente della Giornata nazionale Sla del 15 settembre e i 300 volontari di Aisla anche quest'anno lo testimonieranno.

*\* Segretario nazionale Aisla*

*\*\* Direttore clinico Centro NeMO Roma e Presidente Commissione Medico-Scientifica Aisla*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

**13** set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S  
24

## Covid: casi ancora in discesa e Rt giù di 3 punti

di Radiocor Plus

Contagi da Covid-19 ancora giù dai 12.900 circa della scorsa settimana a meno di 10mila (9.670), per un numero di tamponi processati lievemente in calo a 86.872 e con un conseguente tasso di positività che scende del 3% a 11,1% (da 14,4%). In aumento i decessi, passati da 75 a 97. Stabile la presenza dei pazienti negli ospedali, con un tasso di occupazione dei posti letto di area medica, rilevato l'11 settembre, pari a a 3,1% mentre nelle terapie intensive si attesta sullo 0,7%. In calo l'indice di contagio Rt a 0,7 da 0,8 della scorsa rilevazione, effettuata da ministero della Salute e Istituto superiore di sanità nella settimana 5-11 settembre. Tra le Regioni, il maggior numero di casi si registra in Lombardia (1.951), Veneto (1.338), Lazio (1.216) e Campania (1.120).



© RIPRODUZIONE RISERVATA

# «Cervelli di ritorno, Ia e ricerca Così sfidiamo la sanità privata»

VITO SALINARO

**M**atteo Stocco ha appena dismesso caschetto e scarpe antinfortunistiche. Ha compiuto la sua visita settimanale nel cantiere della più grande opera architettonica degli ultimi 90 anni nel centro di Milano: il nuovo Policlinico. «Stiamo limando alcune fisiologiche criticità con le imprese di costruzione», dice il direttore generale mentre entra nel suo ufficio ospitato in uno degli storici palazzi nella via intitolata a Francesco Sforza, il duca che fondò l'ospedale (con il concorso dell'Arcidiocesi) nel 1456. Su un aspetto il dirigente apicale è inflessibile: i tempi. «A inizio estate 2025 - assicura - ospiteremo il primo paziente». Inscindibilmente legato all'Università Statale della metropoli lombarda, il Policlinico, istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, è il primo ospedale pubblico d'Italia per produzione scientifica. Pronto, afferma Stocco, a «lanciare la sfida ai colossi della sanità privata».

**Come sarà il nuovo ospedale?**

Avrà molte novità. La più importante sarà il nuovo monoblocco, che ospiterà tutti i ricoveri, più di 800 posti letto, e che ci consentirà di separare le attività di ricovero da quelle diurne. L'area di Emergenza urgenza sarà potenziata anche grazie ai due nuovi Pronto soccorso ostetrico-ginecologico e pediatrico. Sarà poi riorganizzato il campus biomedico, dedicato alla ricerca; e, con tempi più lunghi, saranno rinnovati gli oltre 20 padiglioni esistenti e convertiti in "ospedali diurni", dedicati ai pazienti pediatrici, alle visite, ad esami, ai test di laboratorio, al day hospital. Il tutto nella più stretta integrazione con l'Università Statale: cura e

ricerca devono procedere di pari passo.

**Il nuovo polo aprirà nel 2025 ma già questo è un anno importante per l'ospedale, in termini di volumi.**

Abbiamo aperto le sale operatorie, anche per interventi non urgenti, nei fine settimana, ed esteso l'orario di visite ed esami anche alla sera. La cosa andrà avanti quando avremo il nuovo ospedale. Abbiamo svolto il 15% di attività ambulatoriale in più, più di 76.000 prestazioni diagnostiche (senza tener conto dell'attività dei laboratori), più di 1.000 interventi chirurgici da gennaio. Tutto questo grazie alla dedizione dei professionisti, "complici" nel raggiungimento di questi traguardi.

**Anche in questo modo vi siete messi a fare concorrenza ai gruppi privati?**

Dobbiamo imparare di più dai privati e mutuare quanto fanno sul fronte delle prestazioni e dei servizi. Dobbiamo essere attrattivi nell'incontrare le esigenze della gente. Un esempio: se i bambini da sottoporre ad interventi non vanno a scuola il sabato e la domenica, perché non aprire le sale operatorie in questi due giorni, favorendo così anche i genitori?

**Ma fare concorrenza ai privati non sarà facile. Basta guardarsi intorno: i suoi dirimpettai milanesi si chiamano San Raffaele, Humanitas, Ieo, per citarne alcuni. Tutti calibri pesanti...**

Certo, e noi siamo pronti. Ma chi lo dice che un istituto pubblico non debba essere sinonimo di eccellenza? La nostra

storia lo dimostra.

**Qual è la ricetta per l'eccellenza?**

Organizzazione, dotazioni tecnologiche, risorse, servono, eccome. Ma la vera "ricetta" sta negli uomini e nelle donne che danno lustro alla medicina. Ecco, per essere sempre più attrattivi, serve reclutare grandi medici. Noi ne abbiamo tanti. Ma non basta.

**Servirà reclutare ancora?**

Certo. E avremo risultati importanti già nei prossimi mesi.

**Mi scusi, direttore, ma dove li trovate nuovi medici in un periodo in cui sono "merce" sempre più rara e preziosa?**

Lo faremo all'estero, dove ci sono luminari italiani che hanno conseguito brillanti risultati.

**Ma un ospedale pubblico può permettersi di pagare grandi luminari?**

Di regola no. Ma se al grande professionista prospetti la possibilità di lavorare in un ospedale con

un'ampia casistica, di fare ricerca e insegnare e di insegnare all'Università di Milano le cose cambiano. E infatti, le sto dando una "primizia", stiamo registrando importanti adesioni al nostro progetto da parte di scienziati di chiara fama. In merito, poi, alla mancanza





di medici e infermieri, è ancora la sinergia con la Statale che ci viene in soccorso: è qui che si formano i professionisti ed è qui che abbiamo un serbatoio importante dove attingere. E la Statale, nelle aree sanitarie, è tra le migliori università d'Europa.

**Quali saranno le specialità che rafforzerete anche grazie agli specialisti in arrivo dall'estero?**

Siamo già tra i primi in Italia nel materno-infantile grazie all'attività delle nostre cliniche De Marchi e Mangiagalli. Quella su cui stiamo concentrando gli sforzi è l'area chirurgica, e soprattutto l'area delle chirurgie a impatto tecnologico avanzato, nelle quali eccellono, al momento, le strutture private.

**Proprio le nuove tecnologie costituiranno una sfida nella sfida. Non crede?**

E infatti, grazie anche al supporto della Regione, che ci considera centrali e che nelle scorse settimane ha stanziato ulteriori 50 milioni di euro per la dotazione di strumentazioni avanzatissime, stiamo diventando uno degli ospedali più moderni d'Europa. L'Intelligenza artificiale (Ia, ndr) è già strategica per noi. Con soluzioni che soppiantano metodi tradizionali.

**Per esempio?**

La utilizziamo nella gestione degli esami ematici, nelle col-

ture batteriche, o nei referti di anatomia patologica; l'la "legge" i vetrini ed è affidabile nella diagnostica per immagini. Il vantaggio dell'la generativa è che i database hanno in pancia milioni di casi; siamo di fronte ad un grande Google che offre casistiche sterminate e che aiutano i medici nell'analisi ma anche nei percorsi terapeutici.

**Restiamo sulle dotazioni del nuovo ospedale.**

Cresciamo in tutto. Avremo tre sale ibride, sette Risorse e otto Tac, tutte di ultima generazione, e aumenteranno le attuali 30 sale operatorie.

**Che ruolo avrà la ricerca nel nuovo Policlinico?**

Sarà prioritaria. Siamo l'ospedale italiano con il maggior numero di riconoscimenti Em (le Reti di riferimento europee) per affrontare le malattie rare e le patologie che richiedono cure altamente specializzate. Abbiamo ottenuto 8,5 milioni di euro di finanziamenti dal Pnrr per 26 progetti, di cui 17 come centro coordinatore. Si va dalla diagnostica avanzata agli studi sui tumori rari, alle malattie croniche ad alta incidenza.

**Al "disegno" del nuovo ospedale hanno concorso anche gli architetti Stefano Boeri,**

**Gianandrea Barreca e Giovanni La Varra. Che tipo di impatto ambientale hanno previsto?**

L'ospedale ospiterà un giardino terapeutico pensile di oltre 7.000 metri quadri, un "polmone verde" grande come il Duomo di Milano. Avremo un approccio green, autoprodurremo energia elettrica, fino al 75%, con 4 cogeneratori.

**Quanti dipendenti avrete, a pieno regime?**

Oggi abbiamo 4.100 dipendenti. La Regione Lombardia ci ha autorizzato a procedere già con 200 nuove assunzioni. Man-

mano che cresceremo con produzione e attività continueremo a chiedere nuovo personale. E poi c'è l'area ricerca. Che impiega altri 700 professionisti circa.

**Quanto costerà quest'opera?**

I costi supereranno i 400 milioni. Ma è interessante sottolineare che il 70% dei 200 milioni di euro dell'investimento iniziale è stato ricavato grazie alla messa a reddito degli immobili del Policlinico. Con il nuovo ospedale restituiamo in parte alla città quanto ricevuto.

**Come immagina il Policlinico dei prossimi anni?**

Sarà un ospedale pubblico che

non teme alcuna concorrenza... Rivedremo i modelli di cura e di assistenza. Non c'è un manuale. Con la pandemia abbiamo capito che siamo capaci di adattarci. Mi piacerebbe pensare ad una cittadella della salute: non a caso due padiglioni, per circa 200 posti letto, saranno destinati a convitto, per ospitare infermieri e dipendenti che hanno difficoltà a trovare casa a Milano. Sarà un ospedale prestato al Paese che affronta un nuovo capitolo del suo percorso. Ce lo impongono i tempi, la concorrenza dei privati, la visione strategica. Ce lo impone, soprattutto, la nostra storia che, prima dei numeri, continua a farci prediligere il nostro spirito sociale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Apriamo le sale operatorie nel fine settimana, anche per interventi non urgenti, e faremo visite ed esami anche serali»

«Ospiteremo parte del personale che fatica a trovare casa. Il nostro giardino terapeutico è esteso quanto il Duomo»

**L'INTERVISTA**

Tra nove mesi aprirà a Milano il nuovo Policlinico universitario, primo ospedale pubblico d'Italia per produzione scientifica. Il direttore generale, Stocco: sarà un riferimento per il Paese



Il direttore generale del Policlinico, Matteo Stocco



# Giubileo, nuovo volto agli ospedali

► Si accelera su Santo Spirito, Umberto I, Tor Vergata e S. Filippo Neri. Dalla Regione 155 milioni Interventi per il pronto soccorso con l'acquisto di macchinari e restyling delle sale d'attesa

In vista del Giubileo, accelerano anche i cantieri sugli ospedali romani. Secondo quanto emerso nell'ultimo vertice a Palazzo Chigi, nel prossimo mese saranno quattro gli interventi in partenza: lunedì al San Filippo Neri e al Santo Spirito. Il 30 settembre invece toccherà all'Umberto I e due settimane più tardi al policlinico di Tor Vergata. Al San Filippo Neri si

prevede l'ampliamento del pronto soccorso con nuovi fabbricati esterni (per un totale di circa 400 metri quadri), destinati alle prestazioni ambulatoriali e radiologiche.

Carini a pag. 32 e 33

## L'avvicinamento all'Anno Santo



# Macchinari e restyling il rilancio degli ospedali in vista del Giubileo

► Accelerano i lavori per S. Spirito, Umberto I, Tor Vergata e San Filippo Neri Interventi mirati per potenziare il pronto soccorso. Dalla Regione 155 milioni

### IL PIANO

Con l'avvicinarsi del Giubileo, accelerano anche i cantieri sugli ospedali romani. Secondo quanto emerso nell'ultimo vertice a Palazzo Chigi, nel prossimo mese saranno quattro gli interventi in partenza: lunedì si comincia al San Filippo Neri e al Santo Spirito. Il 30 settembre invece toccherà all'Umberto I e due settimane più tardi al policlinico di Tor Vergata.

Al San Filippo Neri si prevede l'ampliamento del pronto soccorso con nuovi fabbricati esterni (per un totale di circa 400 metri quadri), destinati alle prestazioni ambulatoriali e radiologiche. Liberando così un po' di spazio che sarà destinato ai pazienti in attesa, oggi confinati in un'area piuttosto compressa. E inoltre saranno comprate una serie di attrezzature, tra cui un apparec-

chio per le tac e cinque ecografi. Il costo sarà di 6,48 milioni di euro e si punta a finire i lavori entro gennaio 2025. Sempre al San Filippo Neri qualche giorno fa sono stati inaugurati 77 nuovi posti



letto. Sono partiti a luglio invece i traslochi necessari per gli interventi al Santo Spirito, dove sarà ampliata la sala d'attesa del pronto soccorso. E ancora, sarà acquistata una macchina per la risonanza magnetica e tre ecografi.

### I TEMPI

In questo caso si punta ad arrivare al collaudo per fine dicembre: per la sua vicinanza con San Pietro, il Santo Spirito sarà uno degli ospedali più importanti durante l'Anno Santo. Per i lavori sono stati stanziati 5,5 milioni. Il 30 settembre cominceranno anche i cantieri al policlinico Umberto I, dove saranno ristrutturati i percorsi emergenza e il pronto soccorso. Il costo è di 10 milioni e si punta a concludere per la metà del 2025.

L'intervento più complesso invece sarà quello a Tor Vergata, dove sarà creato un nuovo reparto di medicina d'urgenza. Qui i giorni cerchiati in rosso sul ca-

lendario sono quelli che vanno dal 28 luglio al 3 agosto 2025, quando nell'area a est di Roma arriveranno i pellegrini per il Giubileo dei giovani, uno dei maxi eventi legati all'Anno Santo. Entro quella data, i lavori dovranno essere finiti. Il costo dell'intervento in questo caso è pari a 8,4 milioni di euro.

### GLI ALTRI FRONTI

E ancora, al Sant'Eugenio saranno aggiunti 24 posti letto e potenziati i macchinari: un investimento da 5,85 milioni di investimento con la scadenza fissata per marzo 2025. Mentre al Sant'Andrea saranno ristrutturati i percorsi emergenza e il pronto soccorso e acquistati nuovi macchinari (per una spesa di 6,8 milioni di euro). Al Sandro Pertini sono stati collaudati i lavori. L'ospedale di via dei monti tiburtini avrà quindi 20 i nuovi posti letto previsti con la riqualificazione dell'ospedale (per un costo di 2,48 milioni di euro). Infine, al Grassi di Ostia a luglio sono stati

inaugurati 12 posti letto insieme a un nuovo reparto di terapia sub-intensiva. Per dicembre invece saranno comprati dei nuovi macchinari (compreso un mammografo) per una spesa complessiva di 8,2 milioni di euro.

In totale sono 155 milioni di euro sbloccati a gennaio dalla Regione (70 milioni su Roma) per portare a termine 34 nuovi interventi in vista del Giubileo, per il quale sono previsti 30 milioni di pellegrini.

Gianluca Carini

## AL GRASSI DI OSTIA A LUGLIO SONO STATI INAUGURATI 12 POSTI LETTO E UN REPARTO DI TERAPIA SUB-INTENSIVA

I NUMERI

70

In milioni di euro, la somma investita dalla Pisana per i lavori sugli ospedali di Roma

400

In metri quadri, l'estensione dei nuovi fabbricati creati al San Filippo Neri

77

I nuovi posti letto inaugurati di recente all'interno dell'ospedale San Filippo Neri

30

In milioni, i pellegrini attesi nella Capitale nel corso di tutto l'anno giubilare



*L'inchiesta*

# Gemelli, quei bonus al chirurgo del Papa anche quando non era in sala operatoria

di **Giuseppe Scarpa** • a pagina 5



## Gemelli, quei bonus al chirurgo del Papa “Ma Alfieri non era in sala operatoria”

di **Giuseppe Scarpa**

A Verona, Siena, Grosseto, Castiglione della Pescaia. Relatore in prestigiosi convegni medici, oppure al centro di Roma. In tanti e diversi luoghi, ma sempre lontano dalla sala operatoria del policlinico Gemelli dove il professore Sergio Alfieri, in almeno 29 occasioni, sosteneva di essere. Questa la tesi della procura di Roma. Ma c'è di più. Perché leggendo le carte dell'inchiesta si scopre che uno dei chirurghi più blasonati d'Italia – soprannominato il medico del Papa poiché in due occasioni con successo ha operato Bergoglio – non solo marcava una presen-

za fittizia, ma quella finta partecipazione agli interventi gli garantiva anche preziosi compensi. Tutto ciò emerge dall'indagine, appena chiusa, coordinata dalla pm Alessia Miele. Un'inchiesta che ha portato gli inquirenti ad accusare di falso in atto pubblico non solo il professore ma anche la sua equi-

pe, sei chirurghi colpevoli per gli investigatori di aver permesso al titolato collega di comparire in diversi interventi mentre era altrove. Una vicenda delicata, poiché adesso anche gli stessi pazienti che erano convinti di affidarsi alle mani esperte del professore scoprono che in sala operato-



ria del professionista non c'era nemmeno l'ombra.

Ma veniamo alle novità di questa indagine. Alfieri – come ricostruito dagli investigatori del Reparto operativo del comando carabinieri per la tutela della salute – in almeno 4 occasioni ha ricevuto degli importanti compensi per le operazioni in cui figurava come chirurgo, salvo poi essere da altre parti di Roma o d'Italia.

Il dieci ottobre del 2022 il nome di Sergio Alfieri compare nel registro della sala operatoria del Gemelli in qualità di primo operatore. Si tratta di un intervento di quasi un'ora dalle 9.42 alle 10.36. Il professore riceve per il suo lavoro 1.350 euro. Peccato però che il chirurgo, come documentato dai militari del tutela salute, fosse tra i relatori del convegno "Colon retto uno sguardo al futuro", nella sessione che andava dalle

10.00 alle 11.00 di mattina in un hotel nel quartiere della Balduina.

Un compenso molto più elevato, di 4.200 euro, Alfieri lo incassa per un intervento eseguito il 5 dicembre 2012 dalle 14.09 alle 15.14. Ma i tabulati telefonici del medico ne sconfessano la presenza in sala operatoria e collocano il professionista nel centro di Roma dalle 13.02 alle 16.53 tra Trastevere e Piazza Venezia. Il 17 settembre dello stesso anno al medico del Papa vengono bonificati 2.200 euro. In questa circostanza il chirurgo avrebbe operato un paziente dalle 14.30 alle 16.05. Ma per i carabinieri Alfieri era seduto su un treno dell'alta velocità. Era partito da Milano alle 11.15 e alle 14.38 era arrivato a Termini. Il suo ingresso al Gemelli, come da badge, è delle 15.37, ad operazione praticamente finita. Infine, il 22 giugno 2023 dalle 14.14 alle 15.30 Alfieri ufficialmente è impe-

gnato in un intervento, il suo compenso è fissato in 773 euro. Il suo cellulare dice che il professore è altrove. Alle 14.46 è nel quartiere Prati e alle 15.20 si prepara ad imbarcarsi su un treno che da Termini lo dovrà portare a Milano.

«Abbiamo ricevuto l'avviso di conclusione delle indagini, immediatamente abbiamo richiesto copia integrale degli atti che non ci è ancora stata fornita», spiega Carlo Bonzano, difensore di Alfieri. «L'avviso è volto solo a rendere edotto il destinatario della conclusione delle indagini e non esprime alcuna decisione circa l'esito del procedimento. Avremo presto modo di confrontarci con l'Autorità giudiziaria nel consueto spirito di piena e leale collaborazione e nella assoluta convinzione che Alfieri e la sua equipe non abbiano mai commesso alcun falso».

**Extra per quasi  
10 mila euro  
per quattro interventi  
a cui però era assente  
La difesa: "Siamo  
convinti, nessun falso"**



▲ Il medico Sergio Alfieri, chirurgo del Gemelli



*Le voci dallo Jazzolino, dove inizieranno i controlli dei soldati*

# La rabbia dei sanitari in corsia “Rischiamo la vita tutti i giorni ma i militari sono solo uno spot”

di **Alessia Candito**

Una jeep verde passa lenta lungo la strada che costeggia l'ospedale Jazzolino di Vibo Valentia. Non è un caso, ma un test, da lunedì sarà prassi. Per il prefetto Giovanni Grieco, auspicabilmente un deterrente in grado di raffreddare animi e intenti di chi trascenda i limiti della civile protesta, per sfogare frustrazione, dolore, rabbia su medici e infermieri.

L'esercito in città si vede da più di quindici anni, da quando è iniziata l'operazione Strade sicure. Nella zona dell'ospedale, mai. Almeno fino ad oggi. E anche se non ci saranno sacchetti di sabbia e militari schierati davanti al pronto soccorso, neanche un presidio fisso come spesso accade di fronte a edifici sensibili, in città la cosa fa notizia. E divide.

«Se pensano di risolverla così. A me sembra solo uno spot», sbuffa un infermiere a fine turno. «Dopo un'aggressione, anche io avevo chiesto che mandassero qualcuno, persino l'esercito, magari è un deterrente», dice la dottoressa Marianna Rodolico, da 25 anni in pronto soccorso. Due anni fa, il figlio di un paziente le ha letteralmente messo le mani al collo, tentando di strangolarla. Motivo? Il padre, con un piede rotto ma in condizioni non critiche, aspettava da giorni il trasferimento in un altro ospedale, ma non si riusciva a trovare un'ambulanza. «Gli ho solo chiesto se non preferisse portarlo lui», racconta la dottoressa. Apriti cielo. «Inizialmente avevo paura, ma la passione per questo lavoro mi

ha sempre spinto ad andare avanti».

E facile non è, perché insulti, minacce, aggressioni verbali e non, sono continue. Paolo è un “triagista”, l'infermiere che ascolta i pazienti all'arrivo, fa una prima valutazione, stabilisce gravità e priorità dei singoli casi. A luglio, il parente di una donna che attendeva di essere visitata lo ha quasi fatto finire a terra con uno schiaffone. «In due mesi, ho ricevuto tre aggressioni, una fisica e due verbali, minacce. Ma non mollo perché è qui che puoi davvero salvare la vita a una persona». Quindi la paura la mastichi e la vinci, ingoi gli insulti, con la consapevolezza che il problema non è dello Jazzolino, o di Vibo, ma di sistema.

«In Italia tocca decidere se si vuole ancora una sanità pubblica o no. Nel caso, ci vogliono risorse», spiega Franco Zappia, primario di Chirurgia generale. Quando ha preso in mano il reparto, il “caso Federica Monteleone”, la ragazzina morta durante un'appendicectomia a causa di un black out che ha paralizzato una sala operatoria, era ancora fresco. Nella Calabria capitale dei malati che emigrano in cerca di cure, oggi da lui “bussano” anche pazienti di altre regioni. «C'è una sanità che funziona, nonostante le strutture».

Più di un decennio di commissariamento ha svuotato la regione di ospedali e ambulatori, i reparti di personale. «La medicina territoriale è totalmente saltata, il pronto soccorso sono l'unico punto di accesso alle cure – spiega Vittorio Sacco di Usb – Noi da tempo abbiamo proposto

di dotarli di psicologi che assistano pazienti e familiari, di medici e paramedici. L'esercito è inutile».

Per dare fiato a reparti allo stremo, in Calabria da anni lavorano 270 medici cubani, altri 90 arriveranno a dicembre, altri ancora nel 2025, mentre si lavora per assumere gli specializzandi. «L'esercito è solo un'altra sconfitta. La violenza nei reparti è un fenomeno complesso, diffuso in tutta Italia, e che merita un approccio articolato», spiega il dottore Rubens Curia, manager sanitario di lungo corso, incluso dell'ospedale di Vibo. «Bisogna rafforzare gli ospedali, sviluppare una medicina territoriale perché l'80 per cento degli ingressi in pronto soccorso è inappropriato e troverebbe migliore risposta in presidi più prossimi, ma abbiamo anche un problema culturale». Ci vorrebbero campagne informative, spiega il manager «ma dopo tanti colleghi che si sono sacrificati, si mette in piedi una commissione d'inchiesta sul Covid che è una vergogna. L'ennesimo colpo all'autorevolezza dei sanitari, della medicina in generale. Sono messaggi pericolosi, che sui più fragili rischiano di fare presa».

**“Non è possibile risolvere così questa situazione. Servono più risorse e un piano di assunzioni”**

