



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**19 Giugno 2023**

**A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA**

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



Malattie genetiche rare "nonsense"

## Cura della distrofia muscolare, dal Ministero fondi per una ricerca palermitana

*Sarà svolto da ricercatrici di chimica e biologia del Dipartimento STEBICEF dell'Università degli studi.*

19 Giugno 2023 - di [Caterina Ganci](#)

PALERMO. Una terapia efficace rappresenta una difficile sfida ancora aperta per combattere la **distrofia muscolare**, la **coroideremia** e l'immunodeficienza primaria. A restituire una speranza ai pazienti, i risultati attesi di una **ricerca** che in questi giorni ha ricevuto un finanziamento di 257mila euro dal Ministero dell'Università e della Ricerca, per il progetto PRIN 2022 *"Innovative therapies for the treatment of rare genetic diseases characterized by nonsense mutations"*.

Il programma ha una durata di **due anni**, coordinato dalla professoressa e chimica Ivana Pibiri, sarà svolto da ricercatrici di chimica e biologia del Dipartimento di Scienze e TECnologie Biologiche Chimiche e Farmaceutiche (STEBICEF) dell'Università degli Studi di Palermo: la stessa **Ivana Pibiri, Laura Lentini, Raffaella Melfi, Annamaria Almerico** e **Maria Grazia Zizzo**. Al progetto parteciperanno anche le ricercatrici **Gabriella Esposito** e **Federica Zarrilli** dell'Università Federico II di Napoli. Come dice il titolo del progetto, la ricerca ha l'ambizioso obiettivo di trovare una terapia innovativa per il trattamento delle malattie genetiche rare nonsense.

«Il nostro progetto è stato presentato nel marzo 2022 e i primi di giugno 2023 abbiamo avuto l'esito di finanziamento- spiegano le ricercatrici Pibiri e Lentini (*nella foto*)- Con questo progetto ci proponiamo come obiettivo la ricerca di **molecole** in grado di agire su particolari **mutazioni genetiche**, dette nonsense, che comportano l'interruzione precoce della sintesi proteica, causando l'assenza di una proteina funzionale. In base alla posizione di questo difetto sul gene, una specifica proteina non è prodotta, provocando patologie genetiche gravi».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

«Le molecole, cosiddette **TRiDs** (*translational readthrough inducing drugs*), agendo sul difetto genetico, piuttosto che sui sintomi, possono trovare applicazione su varie patologie aventi lo stesso tipo di alterazione come denominatore comune. In particolare- aggiungono- con questo finanziamento studieremo l'attività di molecole brevettate dal nostro team palermitano su malattie rare come la distrofia muscolare, la coroideremia e l'immunodeficienza primaria».

La ricerca è come sempre fondamentale e in questo caso è rivolta alla soluzione di un problema che accomuna diverse patologie, tra queste anche la fibrosi cistica.

Da anni le professoressse Lentini e Pibiri sono coinvolte nella ricerca di molecole attive nei casi di Fibrosi cistica dovuta a mutazioni nonsense, nell'ambito di progetti finanziati dalla **Fondazione italiana Fibrosi Cistica** e da Terzo Pilastro int. I risultati ottenuti da questi progetti giunti alla fase di sperimentazione preclinica hanno fatto da volano per nuove idee da sfruttare su diverse patologie.

Nei laboratori dello **STEBICEF** è nata una collaborazione multidisciplinare tra biologi e chimici che lavorando gomito a gomito in un team sempre più affiatato, ha reso possibile il passaggio dalla ricerca di base ad un approccio di medicina di precisione.

I SINDACATI MINACCIANO LO SCIOPERO: "SIAMO ALLO STREMO". CARTABELLOTTA: STIAMO FINENDO NELLE MANI DEI PRIVATI

# La grande fuga dagli ospedali

In sei mesi 10mila medici hanno chiesto di andare in pensione o di ridurre il lavoro nella sanità pubblica

PAOLO RUSSO

Nel 2020 erano un fenomeno irrilevante. Nel 2021 se ne contarono duemila, 2.870 l'anno dopo. Oggi 10mila medici ospedalieri meditano l'addio alla sanità pubblica. -PAGINE 2-4

# Ospedali la grande fuga

Altri 10 mila camici bianchi pronti a lasciare o ridurre le ore nel pubblico  
I sindacati minacciano sciopero: "Siamo allo stremo". E il contratto è scaduto

**IL CASO**  
PAOLO RUSSO  
ROMA

Nel 2020, anno primo della pandemia, era un fenomeno irrilevante. Poi nel 2021 se ne sono contati duemila, saliti a 2.870 l'anno successivo. Ma ora si rischia l'emorragia, una fuga dall'Egitto di dimensioni bibliche. Perché stanchi di turni massacranti, demoralizzati dall'assenza di prospettive di carriera, visto che con il taglio di 30mila posti letto in dieci anni sono sfumati anche migliaia di posti da Primario, arrabbiati per le buste paga più basse d'Europa, sono 5mila i medici ospedalieri che negli ultimi sei mesi hanno chiesto al loro sindacato più rappresentativo, l'Anaa, informazioni per fare armi e bagagli dicendo addio alla sanità pubblica. Una parte per andarsene all'estero, altri per lavorare privatamente, un'altra fetta per ritirarsi anticipatamente in pensione. Come se

non bastasse altrettanti hanno alzato il telefono per farsi fare dallo stesso sindacato un po' di conti su quanto perderebbero non lavorando più in esclusiva per l'Ssn, ma acquisendo piena libertà di lavorare privatamente "a studio". In tutto 10mila camici bianchi pronti a lasciare del tutto il lavoro in corsia o a ridurre le presenze.

A riferirci i numeri di questo malessere montante è Pierino Di Silverio, segretario nazionale dell'Anaa. «Dalle chiamate che riceviamo in continuazione abbiamo la chiara percezione che meno si sta in ospedale e meglio ci si sente. E chi può se ne va».

Il 15 giugno i medici ospedalieri hanno manifestato un po' in tutta Italia contro le condizioni precarie di lavoro e le difficoltà nell'erogare livelli accettabili di assistenza, come dimostrano liste d'attesa e caos dei pronto soccorso. «La Sanità pubblica è allo stremo» - prosegue Di Silverio - da questo

momento o si agisce in fretta o noi siamo pronti a tutto pur di impedire la disgregazione del servizio sanitario nazionale. Se arriveremo allo sciopero non sarà di un giorno, così come di sicuro non sarà l'unico strumento estremo che useremo, non escluse le dimissioni di massa». Alle quali in tanti stanno già pensando senza aspettare le indicazioni sindacali. Tanto più se la trattativa per il rinnovo di un contratto 2019-21 già scaduto non prenderà un'altra piega rispetto a quella che attualmente promette un aumento medio del



# LA STAMPA

4%, che è la metà del salario già corroso dall'inflazione.

I camici bianchi però non rivendicano soltanto soldi ma condizioni migliori di lavoro, visto che ognuno di loro accumula in media 300 ore di lavoro extra che non vengono né pagate e nemmeno recuperate. I sindacati di categoria chiedono poi che le aziende sanitarie e ospedaliere smettano di utilizzare i soldi dei cosiddetti "fondi di posizione" per la carriera e quelli "di risultato" per pagare gli straordinari. «Che in pratica ci vengono remunerati con i nostri stessi soldi», chiosa il segretario dell'Anao. Che insieme alle altre sigle di categoria si prepara alla serrata a settembre se dal Governo non arriveranno risposte concrete alle loro richieste.

Intanto però c'è da capire se i reparti dei nostri ospedali questa estate chiuderanno per ferie, visto che tra carenze di organico e fuga dal servizio pubblico non sarà facile sostit-

uire chi per contratto ha diritto ad almeno 15 giorni di vacanze da prendere quando si vuole. Ossia, come pressoché tutti chiedono, a luglio ed agosto. E le difficoltà maggiori si

incontreranno proprio nella medicina di emergenza e urgenza, nelle sale operatorie dove scarseggiano gli anestesisti, nei reparti di infettivologia e, in generale, per tutte quelle specialità mediche dove si lavora quasi esclusivamente per il pubblico perché c'è poca richiesta di visite private. Che sia così lo mostrano i numeri dell'altra grande fuga: quella dei giovani dalle specializzazioni meno remunerative. Da un lato infatti è rimasto scoperto solo lo 0,4% dei posti nella dermatologia, gettonatissima nel privato. E altrettanto dicasi della chirurgia plastica, dove appena il 2,32% delle borse di studio non è stato assegnato. Dall'altro invece il 78,3% dei posti in virologia e micro-

biologia sono rimasti senza giovani aspiranti specialisti, che nonostante le virostar hanno preferito settori dove le visite a studio sono più richieste. Non assegnate anche il 61% delle borse di studio in medicina di emergenza e urgenza, quelle che spalancherebbero poi le porte del pronto soccorso, una volta considerati palestra indispensabile alla carriera, oggi equiparati solo a un inferno dal quale fuggire.

Ora i ministri della Salute e dell'Università, Schillaci e Bernini, si apprestano ad accogliere 3mila aspiranti medici in più nelle Facoltà di medicina. «Ma così passeremo solo da un imbuto formativo o ad uno lavorativo perché con l'aumento delle borse di studio che già c'è stato di medici tra qualche anno ne avremo a sufficienza. Il problema è invece rendere più

attraive quelle specialità mediche oggi snobbate dai giovani», afferma Di Silverio.

Per i medici del pronto soccorso Schillaci qualche soldo in più sotto forma di incentivi economici è riuscito a rastrellarlo. Trovarli anche per gli altri medici in fuga sarà un'impresa.—

**Nel periodo estivo  
i pronto soccorso  
e le sale operatorie  
entreranno in difficoltà**

**Sono 3 mila i posti  
in più a Medicina  
"Ma così si rischia  
un imbuto formativo"**

**leri su La Stampa**



Per non perdere i soldi del Piano di ripresa e resilienza, il governo prepara un testo che possa accelerare gli interventi nella Sanità, intervenendo anche sul modo di lavorare dei medici di base

## 5 mila

I medici ospedalieri che negli ultimi 6 mesi si sono informati sulle dimissioni

## 300

Le ore di lavoro extra che in media i medici accumulano e non vengono pagate

## 78,83%

I posti non assegnati nelle specializzazioni in virologia, sono il 61% in medicina d'urgenza



### La trincea

I Pronto soccorso degli ospedali italiani sono i reparti più in sofferenza e le lunghe liste d'attesa per gli esami restano uno scoglio



L'INTERVISTA

## Filippo Anelli

# “Turni abnormi e stipendi bassi bisogna investire il 9% del Pil”

Il presidente dell'Ordine: “Il servizio nazionale va reso più attrattivo”

LUCAMONTICELLI  
ROMA

«**C**osì non si può andare avanti, servono le risorse». Filippo Anelli, presidente nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, va al nocciolo del problema: «La priorità è affrontare la carenza di personale, senza i professionisti è difficile immaginare un servizio sanitario nazionale. Bisogna investire più del 9% del Pil come fanno in Francia e in Germania, noi invece nel 2024 scenderemo al 6,3%».

**I medici vanno pagati di più?**

«Certo, fanno turni abnormi e per questo scappano nel privato. Siamo i peggio pagati in Europa. I professionisti non sono i nemici del sistema, sono coloro che possono risolvere i problemi. Oggi, incredibilmente, molte Regioni fanno la guerra ai medici».

**Perché nemici? A cosa si riferisce?**

«Le Regioni vogliono una limitazione della loro autonomia e li ritengono responsabili dell'aumento della spesa farmaceutica. Per non parlare dei medici di famiglia, costretti ad avere 1.200 pazienti, in alcu-

ne regioni arrivano addirittura a 1.300-1.500».

**È questa la ragione della fuga nel privato?**

«Nel privato i turni sono più umani, il medico è considerato tale, le sue scelte non sono messe in discussione, si lavora meglio in team e si è in numero sufficiente per fare ognuno il proprio lavoro».

**Il Servizio sanitario nazionale rischia di saltare?**

«Le preoccupazioni sono molto forti, le abbiamo espresse da tempo. Occorre rendere più attrattivo il sistema, perché in realtà i medici in Italia ci sono, i numeri ci dicono che noi abbiamo 4 medici ogni mille abitanti, in Europa ce ne sono mediamente 3,8, negli Stati Uniti 3,5. I medici ci sono ma preferiscono andare altrove: all'estero, nei privati e facendo i gettonisti. Così diventa difficile reggere la richiesta di salute del 40% degli italiani che sono soggetti cronici».

**Qual è il problema dei “gettonisti”?**

«Molti medici lasciano il sistema perché non ce la fanno più, così gli ospedali si trovano senza personale e devono chiamare i sanitari in libera professione per coprire i turni».

**Il governo non era già in-**

**tervenuto per limitare questo fenomeno?**

«Ci ha provato con una misura di un decreto che durante il passaggio parlamentare è stata modificata. Si sono resi conto che senza i gettonisti la sanità chiude».

**Il Piano nazionale di ripresa e resilienza prevede 15 miliardi per la sanità, non bastano questi soldi?**

«Il governo Draghi ha fatto un'operazione importante di sostegno, queste risorse però sono destinate a strutture e infrastrutture, anche quelle di carattere tecnolo-

gico e digitale, ma non per i dottori. È giusto innovare e cambiare le apparecchiature, ma il problema vero è la carenza dei professionisti e questo è dovuto a una serie di errori clamorosi fatti in passato. Noi avevamo lanciato l'allarme sulla “gobba pensionistica” tra il 2021 e il 2027, quando andrà in pensione il 40% in più dei medici che normalmente escono dal mondo del lavoro. Ma non si è cambiato nulla. Oggi, per correre ai ripari si devono aumentare le borse di specializzazione come ha fatto l'ex ministro Roberto Speranza e incrementare gli accessi a medicina come ha fatto questo governo. Gli effetti però si avranno tra i 5 e gli 11 anni».

**E allora che fare?**

«Lo ribadisco: rendere attrattivo il sistema, avere il coraggio di investire. Il ministro della Salute Orazio Schillaci l'ha detto, bisogna ascoltarlo».

**Il Pnrr punta sulle case di comunità, maxi ambulatori dove i cittadini possono trovare i servizi di primo livello, cosa ne pensa?**

«Il finanziamento è stato di un miliardo e duecento milioni, con questi soldi non si fa nemmeno mezzo rinnovo contrattuale». —

“  
I medici in Italia  
ci sono: ne abbiamo  
4 ogni mille abitanti  
e in Europa  
la media è 3,8  
ma vanno altrove.

Le risorse del piano  
sono destinate  
a strutture e  
infrastrutture  
anche tecnologiche  
ma non per i dottori



L'INTERVISTA

## Nino Cartabellotta

# “La sanità pubblica rischia il caos così finiamo nelle mani dei privati”

Il presidente della Fondazione Gimbe: “Vanno cercate le risorse per il personale e trovato un compromesso con i medici di base. Servono nuove regole per le regioni”

FRANCESCO RIGATELLI

«**S**enza l'intervento del governo rischiamo di trovarci con gli ospedali rinnovati, ma con il sistema territoriale nel caos e sempre più in mano ai privati». Nino Cartabellotta, medico e presidente della Fondazione Gimbe di Bologna, analizza il ritardo sul Pnrr per la sanità. **Che idea si è fatto di questa lentezza?**

«Un elemento sottovalutato a cavallo tra i due governi è che il sistema sanitario aveva già delle criticità importanti poi messe a nudo dalla pandemia. La riorganizzazione territoriale, tra gli obiettivi del Pnrr, non può non tenere conto di carenze precedenti, come la quantità di personale e la differenza tra regioni. I primi due anni del Pnrr sono stati responsabilità dello Stato. Ora siamo nella fase di messa a terra dove a seconda delle regioni si verificano dei problemi. Un obiettivo per esempio è la telemedicina per un milione e mezzo di cittadini entro il 2026. Nel 2019 erano 700mila per cui ce la si può fare, ma in Emilia Romagna ne mancano il 17%, in Veneto e Lazio circa il 20%, mentre in Lazio, Calabria e Campania sono molto indietro».

**Altre cause del ritardo?**

«Sedici regioni si sono affidate a Invitalia per le gare d'appalto, mentre altre vanno per conto loro affrontando delle difficoltà.

Poi il governo Meloni ha messo in discussione alcuni punti, come le case di comunità».

**Ci sono i soldi per realizzarle, ma non la volontà politica?**

«In alcune regioni sono a rischio, in particolare al Sud».

**Eppure gran parte dei finanziamenti dovrebbe andare lì...**

«Il Pnrr sulla Sanità dà 7 miliardi per la riorganizzazione territoriale, tra cui case di comunità, ospedali di comunità, telemedicina e assistenza domiciliare, e 8 miliardi per la tecnologia degli ospedali».

**Sulle case di comunità si è registrata anche la resistenza dei medici di base?**

«È uno degli scogli. Si era pensato di farli diventare dipendenti del sistema sanitario o di impiegarli per la metà del tempo in quelle strutture, ma si sono opposti. Al momento le case di comunità sono presenti in una minoranza della città italiane».

**Qual è l'alternativa?**

«Sono strutture complicate da realizzare per vari motivi ed è possibile che alla fine si permetta ad ogni regione di fare quel che preferisce. Dove le strutture territoriali funzionano continueranno a operare, mentre altrove no».

**Un favore ai privati in tante regioni?**

«Certamente ci sono molti interessi in gioco, anche perché l'offerta territoriale è sempre più in mano ai privati».

**E i 7 miliardi destinati alle case di comunità che fine faranno?**

«L'aumento delle materie prime potrebbe portare a spenderli, anche se non si sa con quali risultati e se ci sarà il personale necessario».

**E gli 8 miliardi per la tecnologia degli ospedali?**

«È più semplice spenderli perché le strutture ci sono e basta infilarci dentro i macchinari». **Dunque gli ospedali verranno rinnovati mentre il territorio resterà nel caos?**

«Sostanzialmente sì, a meno di un intervento del governo».

**Cosa bisognerebbe fare?**

«Investire sul personale territoriale, supportare le regioni in difficoltà, riformare la situazione dei medici di base, altrimenti sarà solo un lifting costoso di un sistema che non si dice di voler privatizzare ma che diventa sempre più privato nei fatti».

**Il sistema sanitario pubblico è sempre più costoso e meno efficiente?**

«Purtroppo sì, e la prima ragione è che si è disinvestito sul capitale umano».

**Si è disinvestito, ma la spesa aumenta di continuo?**

«Giusto che aumenti: in Ue siamo i primi tra i Paesi poveri perché gli altri investono di più».

**Dovremmo farlo anche noi?**

«Certo, almeno 12 miliardi all'anno. Servirebbe un rilancio programmato per arrivarci».

**Il sistema va reso anche più efficiente?**



# LA STAMPA

«Sì, bisogna puntare innanzitutto sul personale da rimotivare, e poi ci sono sprechi, disorganizzazione, esami e farmaci inutili. Eva digitalizzato tutto».

**E il privato va regolato?**

«Servono nuove regole nazionali, mentre ora ogni regione può mettere il tetto di finanziamento al privato dove vuole. Questo tra l'altro spinge molti medici pagati poco a portarsi i pazienti nel privato».

**I medici dovrebbero scegliere se lavorare nel pubblico o nel privato?**

«La riforma Bindi lo proponeva, poi non se ne fece nulla. Oggi probabilmente è una divisione superata, ma una regolamentazione di qualche tipo sarebbe utile e dovrebbe passare anche da stipendi adeguati al ruolo professionale».

**Fatti cento i problemi della sanità quanto pesa la mancanza di personale?**

«Oltre il 50% sia come quantità sia come qualità. Avere professionisti demotivati danneggia tutto il sistema. Molti se ne vanno per i turni esagerati, il calo della sicurezza, la mancanza di tempo per i corsi di aggiornamento e le ferie, la pochezza degli scatti di carriera e le crescenti aggressioni».

**Può essere utile un patto Schillaci-Speranza per la Sanità?**

«Tutti devono convincersi che il sistema sanitario può essere un fattore di sviluppo: il benessere della popolazione è un investimento e non un costo».

**Il governo attuale vanta di aver messo 4 miliardi...**

«Sì e speriamo diventino 8 l'anno prossimo per recuperare. Monti tagliò per risanare la fi-

nanza pubblica, Letta, Renzi e Gentiloni pure, Speranza ha investito per la pandemia ma senza rilanciare il sistema».

**Cosa consiglia a Schillaci?**

«D Cercare risorse per il personale, persistere nell'assistenza territoriale trovando un compromesso con i medici di base, e adoperarsi perché le regioni riducano gli sprechi e vengano monitorate in modo efficiente». —

“



**Gli appalti**

Sedici regioni si sono affidate a Invitalia, cinque fanno da sole e sono in difficoltà

**Gli operatori**

Vanno rimotivati perché se restano scoraggiati si danneggia tutto il sistema

**Gli obiettivi**

Va programmato un aumento della spesa sanitaria di 12 miliardi annui

## IL BILANCIO DEI PROGETTI

Confronto tra strutture di prossimità da realizzare e già disponibili

|                  | Numero di Case della comunità Target regionale | Case della salute attive nel 2020 | Differenza |
|------------------|--|-----------------------------------|------------|
| • Piemonte       | 82   | 71                                | 11         |
| • Valle d'Aosta  | 2  | 0                                 | 2          |
| • Lombardia      | 187  | 0                                 | 187        |
| • PA Bolzano     | 10   | 0                                 | 10         |
| • PA Trento      | 10   | 0                                 | 10         |
| • Veneto         | 91   | 77                                | 14         |
| • Friuli V. G.   | 23   | 0                                 | 23         |
| • Liguria        | 30   | 4                                 | 26         |
| • Emilia-Romagna | 84   | 124                               | -40        |
| • Toscana        | 70   | 76                                | -6         |
| • Umbria         | 17   | 8                                 | 9          |
| • Marche         | 29   | 21                                | 8          |
| • Lazio          | 107  | 22                                | 85         |
| • Abruzzo        | 40   | n.d.                              | n.d.       |
| • Molise         | 9  | 6                                 | 3          |
| • Campania       | 169  | 0                                 | 169        |
| • Puglia         | 120  | 0                                 | 120        |
| • Basilicata     | 17   | 1                                 | 16         |
| • Calabria       | 57   | 13                                | 44         |
| • Sicilia        | 146  | 55                                | 91         |
| • Sardegna       | 50   | 15                                | 35         |
| <b>TOTALE</b>    | <b>1.350</b>                                   | <b>493</b>                        | <b>857</b> |

Fonte: Decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022. Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali

Withub





La sanità

# Più diagnosi ai medici di base per liberare i pronto soccorso

La proposta del governo ai sindacati per centrare gli obiettivi del Piano

di Rosaria Amato

**ROMA** – Un tavolo con i sindacati per mettere a punto una strategia che permetta di trovare i medici e gli infermieri che mancano e che mancheranno sempre di più nella sanità italiana. Il ministro della Salute Orazio Schillaci ha convocato per domani alle 11.30 Cgil, Cisl, Uil, Confasal e Ugl per discutere del Fondo sanitario nazionale, dei contratti ma soprattutto dell'attuazione del Pnrr, e in particolare delle nuove case della comunità che, insieme all'assistenza domiciliare integrata, e al potenziamento del ruolo dei medici di famiglia, dovrebbe decongestionare i presidi di pronto soccorso, lasciando i casi meno gravi a una medicina di prossimità che però è ancora tutta da costruire.

E non si tratta di un problema edilizio: per quanto l'ultima relazione sul Pnrr inserisca la costruzione degli ospedali di comunità tra le misure che presentano criticità sotto il profilo dell'aumento dei costi e della scarsa attrattività, il ministero della Salute guarda con una certa tranquillità alla messa a terra dei progetti, ritenendo che al momento non presentino alcun ritardo rispetto alla tabella di marcia. Mentre la vera criticità è un'altra: chi andrà a lavorare in questi centri sanitari di pros-

simità, una volta che saranno completati, visto che già adesso mancano i medici e, soprattutto, gli infermieri?

La convocazione rientra in una serie di incontri che si terranno in settimana (dalle pensioni alla sicurezza sul lavoro) e che, rivendica il leader della Cisl Luigi Sbarra, «sono il risultato tangibile della mobilitazione di questi mesi». Ai sindacati Schillaci domani presenterà un piano che integra la valorizzazione dei medici di base con la formazione di nuove figure professionali che possano essere di supporto agli infermieri, operatori socio sanitari che abbiano una formazione universitaria ad hoc. In un'intervista a *Repubblica* Schillaci aveva anche ipotizzato un accordo per fare arrivare in Italia medici indiani, un progetto che rimane in piedi, ma che certo non è risolutivo. Al tempo stesso, per "smistare" l'assalto al pronto soccorso, si agirà su due direttrici: da un lato rafforzando le competenze dei medici di famiglia, con una formazione equiparata a una scuola di specializzazione. Dall'altro dando ai medici di famiglia la possibilità di disporre ricoveri ospedalieri senza passare dal pronto soccorso. Questa nuova categoria di medici generali specializzati potrebbe poi essere impiegata a tempo pieno con regolari contratti nei nuovi

ospedali di comunità. Per il ministro la valorizzazione del ruolo dei medici generali renderebbe più attrattiva la professione. Ma per sindacati e organismi di categoria l'attrattività passa anche per «una remunerazione più alta»: «Molti medici laureati in Italia scelgono di andare a lavorare in Paesi come la Svizzera o l'Austria, dove gli stipendi sono più alti - rileva Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici - Registriamo poi temi che ledono l'autonomia dei medici, accentuando gli abbandoni e la tendenza a lavorare come gettonisti. E sui territori i medici di famiglia vengono lasciati da soli». Il tema della remunerazione è anche al centro delle rivendicazioni degli infermieri: «Mi sembra difficile che il governo riesca a far venire infermieri dall'estero, perché mancano in tutto il mondo, e l'Italia è tra i Paesi in cui sono pagati di meno - afferma Andrea Bottega, segretario nazionale Nursind, sindacato autonomo di categoria - ritengo poi che se il governo vuole davvero discutere dei problemi della categoria dovrebbe convocare anche noi autonomi».

**Il ministro**  
Orazio Schillaci  
ministro della  
Salute del  
governo Meloni  
Domani vertice  
con i sindacati



# Battaglia fuori e dentro la Camera contro la surrogata reato universale

Oggi in aula la legge bandiera voluta da Meloni. Le opposizioni: "Sì alla Gpa solidale" E i "genitori criminali" sfiliranno davanti a Montecitorio

**ROMA** – La legge che istituisce il reato universale di maternità surrogata arriva oggi in aula alla Camera. Preceduto da forti dubbi di costituzionalità e di applicabilità, soprattutto sulle ricadute che potrebbe avere sui bambini nati con gestazione di supporto all'estero, i cui genitori, se davvero il testo vedrà la luce, potrebbero rischiare addirittura il carcere.

Il testo di legge è un unico articolo che estende ai cittadini italiani che eseguono la maternità surrogata in paesi esteri dove è legale, le sanzioni presenti nella legge 40 che già la vieta in Italia. La relatrice è Carolina Varchi, deputata di Fratelli d'Italia. Le pene previste sono il carcere da tre mesi a due anni e multa da 600mila a un milione di euro. Una legge che troverà enormi ostacoli di applicabilità e di certo non scoraggerà il turismo procreativo, ma che per il centrodestra è una "legge bandiera", fortemente voluta da Giorgia Meloni. Dopo l'approvazione in commissione Giustizia oggi inizia la discussione in aula, le opposizioni annuncia-

no un dura battaglia, anche se naturalmente le posizioni sulla gestazione di supporto sono differenziate.

Se parte del Pd (a cominciare da Elly Schlein) è favorevole a una legge sulla maternità surrogata solidale e altruistica, c'è invece una forte corrente che la condanna senza appello. Stessa situazione nel terzo polo. Due giorni fa il senatore Ivan Scalfarotto ha depositato un testo di legge sulla gestazione di supporto altruistica messo a punto dall'Associazione Luca Coscioni, che oggi sarà in piazza durante la votazione alla Camera, con diverse coppie di "genitori criminali" che hanno fatto la "Gpa" in Ucraina. Una posizione opposta a quella di Mara Carfagna aveva invece sottoscritto il testo Meloni sul reato universale.

In ogni caso le opposizioni, pur appunto da fronti diversi, hanno votato compatte (abbastanza) contro la proposta di Fratelli d'Italia. È probabile che alla Camera si riproporrà lo stesso schema, ma la legge ha i numeri per essere approvata. Nonostante i dubbi, ad esempio,

della presidente della Corte costituzionale Silvana Sciarra, che in una intervista a *Repubblica*, ribadisce che dell'argomento si dovrà occupare il Parlamento, ma pone l'accento sui figli, comunque siano venuti al mondo. «Possiamo immaginare – dice Sciarra – che vengano trattati in modo diverso i nati? Partiamo da questi due fatti: sono "nati" e sono in "Italia"».

Il senso è che qualunque potrà essere la scelta del Parlamento, se mai le coppie etero o gay verranno perseguite al loro rientro in Italia, i bambini dovranno essere tutelati. C'è un altro elemento. Il tentativo del governo è quello di fermare anche l'importazione di gameti per la fecondazione eterologa, pratica del tutto legale in Italia. Se il rimborso spese che viene dato alle cliniche estere che forniscono seme e ovociti ai nostri ospedali verrà definito commercializzazione, anche l'eterologa tornerà a essere fuori legge. – **m.n.d.l.**



## Servono più investimenti per evitare il Covid-bis

Eugenia Tognotti

L'ANALISI

# Eugenia Tognotti

## Solo la ricerca su nuovi vaccini ci difenderà da un altro Covid

Mentre la minaccia del Sars-Cov-2 si allontana esiste una lunga lista di virus dal potenziale pandemico da Zika alle febbri emorragiche fino ad un inimmaginabile agente patogeno soprannominato "malattia X"

EUGENIA TOGNOTTI



**L**a domanda sulla prossima pandemia non contempla il se, ma il quando e il dove colpirà. Quale potrebbe essere? Quali agenti patogeni con potenziale pandemico dovrebbero essere al centro delle ricerche? Ci si deve aspettare una malattia X, del tutto nuova e fin qui ignota che l'umanità non ha mai incrociato

prima e che potrebbe comparire all'improvviso, mostrando un'elevata trasmissibilità e gravità? Per avere una risposta a queste domande occorre riferirsi agli aggiornamenti effettuati una volta l'anno dall'Oms dell'elenco di patogeni, "sorvegliati speciali" di un gruppo di

oltre 300 scienziati che scrutano negli "arcana imperii" del mondo dei microrganismi, misurando la trasmissibilità di un patogeno e le scelte di trattamento. Se all'inizio di questo secolo le previsioni - basate su dati storici e calcoli matematici - erano concentrate sulla possibilità che emergesse un nuovo virus (del tipo A), attraverso un cambiamento antigenico improvviso ("antigenic shift"), con una riedizione della famigerata Spagnola, oggi l'immaginazione delle minacce pandemiche si spinge oltre l'influenza (fortunatamente, per quanto riguarda la preparazione).

I coronavirus che fino a pochi anni fa non sarebbero stati considerati una minaccia pandemica, sono ora nella lista degli agenti patogeni dell'Oms da non perdere di vista. Sono ben 26 le famiglie di virus noti

per infettare gli esseri umani. I cinque gravi eventi pandemici che si sono susseguiti dal lontanissimo 1900, sono collegati a un virus influenzale o a un coronavirus, una famiglia di virus scoperta nella seconda metà del secolo scorso. Comuni nei pipistrelli, che costituiscono il 20 per cento di tutte le specie di mammiferi, e possono, con tutta facilità, estendersi ad altri mammiferi come zibetti, cervi, gatti e cani, visoni e altre specie. Negli ultimi due decenni, abbiamo registrato la presenza di Sars-Cov-1 (2002), Mers, la sindrome respiratoria del Medio Oriente (2015) e Sars-Cov-2 (2020).

Stando a un grande esperto come Matthew Bayliss, professore dell'Università di Liverpool e direttore del nuovo Pandemic Institute di quella città, c'è una «probabilità ragionevolmente alta» che un altro nuovo coronavirus ne segua le orme.

Nella lunga lista dei patogeni dell'Oms - con potenziale pandemico diverso - c'è il malefico virus Zika, trasmesso dalla zanzara femmina *Aedes aegypti*. Nel 2015-2016 avanzando inesorabilmente dal Brasile era stato in grado di colonizzare tutto il Sud America. Conosciuto da tempo, aveva causato il panico - spingendo alla dichiarazione di emergenza di salute pubblica di interesse internazionale - quando si è scoperta l'associazione tra l'infezione e la microcefalia e altri disturbi neurologici nei bambini.

L'elenco dell'Oms comprende anche cin-



# LA STAMPA

que febbri emorragiche, a cominciare da Ebola e Nipah – che se, malauguratamente, dovesse sviluppare la capacità di diffondersi velocemente come fa il morbillo – causerebbe una crisi sanitaria, dato l'alto tasso di mortalità e la mancanza di trattamenti disponibili. Sono inoltre inclusi il virus

Marburg (simile all'Ebola), la febbre di Lassa, la febbre della Rift Valley e la febbre emorragica della Crimea-Congo.

L'ultimo elemento nella lista dei patogeni su cui concentrare l'attenzione è la malattia X. Lo è stata Covid-19, nuova e inaspettata, saltata fuori, a cavallo tra il 2019 e il 2020, da un inquietante nulla, capace di diffondersi rapidissimamente intorno al mondo. Quello che ci ha insegnato è che non dovremmo sottovalutare la capacità di un virus di emergere, modificarsi e sviluppare adattamenti in una singola famiglia di virus. Come non concordare con Nicole Lurie, direttore esecutivo della preparazione e della risposta presso Cepi, cioè la Coalition for epidemic preparedness innovations: il mondo è entrato in una «nuova era di malattie infettive a causa dei cambiamenti climatici, della distruzione degli habitat animali, dell'invasione umana in aree precedentemente isolate e delle crescenti interazioni tra persone e animali, che sta

alimentando eventi di spillover e accelerando l'emergere della malattia X».

L'imperativo è quello di correre e di investire nella ricerca, raccomandando scienziati, esperti di sanità pubblica globale, responsabili di organizzazioni internazionali, grandi filantropi: esistono vaccini per 15 delle 26 famiglie virali, ma solo per una esiste una piattaforma vaccinale che consente di sviluppare e distribuire velocemente un vaccino. Converterà non perdere la memoria, mentre la minaccia Covid-19 si allontana dall'orizzonte delle nostre paure: solo una piattaforma di vaccino a risposta rapida, abbinata ad un sistema di diagnosi precoce sarà in grado di assicurare una possibilità di combattere per prevenire una futura pandemia, mantenendola sotto controllo e spegnendola prima che diventi una catastrofe globale. —

**Cambiamenti climatici  
e distruzione degli habitat animali  
hanno aperto una nuova era  
di malattie infettive**  
Le 26 famiglie di coronavirus  
che fino a qualche anno fa  
non destavano preoccupazione  
ora sono da non perdere di vista

## Così su La Stampa



Ieri in un'intervista a *La Stampa* l'immunologo americano Anthony Fauci ha definito «virus la disinformazione che minaccia le democrazie». Su future pandemie secondo lui oggi siamo più preparati: «Abbiamo imparato l'approccio scientifico l'utilità di investimenti medici la capacità di produrre vaccini»



**In Indonesia**  
A Depok due bambini davanti a un murale dedicato al contrasto alla pandemia



IL DIRETTORE GENERALE DELLO SPALLANZANI  
DALLA LOTTA AL COVID AI VACCINI A "MRNA"

# Oltre la pandemia i poli dell'eccellenza

di FRANCESCO VAIA

**L'**emergenza pandemica è alle nostre spalle. Dall'arrivo della coppia cinese allo Spallanzani, primi casi di Covid su territorio italiano, all'isolamento del virus, fino all'arrivo

dei primi vaccini, nulla sarebbe più stato come prima.

Sono stati anni cruciali e difficili, durante i quali l'istituto che dirigo si è dimostrato un vero baluardo per il nostro Paese nella lotta contro la pandemia. Un simbolo della buona sanità italiana e della sua validissima ricerca che ha varcato i confini nazionali, così come plasticamente testimoniato dalla nostra presenza al G20 tenutosi a Roma nell'ottobre 2021: i camici bianchi tra i grandi della terra. Un riconoscimento importante, meritato sul campo, avendo dimostrato che una sanità performante e orientata alla tutela della Persona è possibile. Una sanità sostenibile e virtuosa, anche sotto il profilo economico, come dimostra l'attivo di bilancio dell'Istituto.

In tempo di analisi e valutazioni si richiamano i dati: oltre 7.000 pazienti ricoverati e assistiti per Covid-19 nel nostro ospedale in questi anni e oltre 5.000 positivi a rischio di grave progressione clinica trattati tempestivamente in regime ambulatoriale con antivirali e anticorpi monoclonali per scongiurare l'ospedalizzazione.

Al di là dei numeri, che ci accomunano a tante realtà eccellenti diffuse sul territorio, non dobbiamo mai dimenticare i volti sofferenti e spaventati dei pazienti. Il dolore dei

familiari impossibilitati a visitarli. I volti, stanchi ma appassionati, di tutti i colleghi che, dai laboratori agli uffici amministrativi, passando ovviamente per i reparti di assistenza, hanno lottato per la sconfitta del virus.

Sconfitta che, è bene ribadirlo, non sarebbe stata ugualmente raggiungibile senza la grande arma della prevenzione. Ricordo bene quel 27 dicembre 2020 in cui proprio allo Spallanzani ebbe inizio simbolicamente la campagna vaccinale italiana. Un'emozione intensa: i primi vaccini, tanto desiderati. Percepimmo da subito che la primavera di rinascita che oggi viviamo sarebbe stata più vicina.

Per raggiungere questo traguardo non siamo mai rimasti dentro il perimetro del nostro ospedale: fu subito chiaro infatti che attendere l'evoluzione dell'epidemia non sarebbe bastato e che occorreva piuttosto una strategia di attacco che inseguisse il virus lì dove si sviluppavano i focolai. Iniziammo con uno screening della popolazione del comune di Nerola. Su quel modello si sarebbero poi formate le Unità Speciali di Continuità Assistenziale Regionale (Uscar), che l'istituto ha coordinato garantendo il controllo e il monitoraggio dell'infezione sul territorio, mediante attività di prevenzione, assistenza e cura, esportando rapidamente fino al domicilio del



# Il Messaggero

paziente nuovi strumenti e strategie, dalla diagnostica performante alle terapie più innovative già sperimentate in ospedale. Dalla campagna di screening biglietto-tampone («nessuno parta se positivo»), che avrebbe reso Fiumicino l'aeroporto più sicuro al mondo, alle attività di vera e propria territorializzazione dell'assistenza, queste unità hanno operato come cerniera efficace tra ospedale e territorio, fino all'importante coinvolgimento nelle attività di vaccinazione della popolazione.

Un'integrazione, quella tra ospedale e territorio, più volte invocata nel dibattito nazionale quale fondamento del SSN del futuro e che lo Spallanzani ha dimostrato possibile.

Una grande sfida quella della pandemia, dinanzi alla quale i medici italiani non hanno mai avuto paura, distinguendoci piuttosto per l'ottimismo razionale e la speranza che abbiamo saputo trasmettere ai cittadini grazie ad una chiara ed onesta comunicazione. Quanto allo Spallanzani, sin dai primi giorni, con la lettura dei comunicati stampa davanti alla fontana dell'istituto, divenuta ormai il simbolo di quella speranza, il nostro sforzo è stato orientato a tenere ferma la consapevolezza che avremmo potuto farcela, senza mai sottovalutare il nemico, ma anche senza mai cedere al catastrofismo, che purtroppo tanti danni, di carattere soprattutto psicologico, ha creato nel Paese, in particolare nelle fasce più fragili.

Penso agli anziani, ma anche ai giovani, particolarmente penalizzati dai prolungati lockdown: quando sei un adolescente affamato di vita e di socialità, le quattro mura di una cameretta possono diventare una

prigione di solitudine e paura.

Di queste ferite, che rimangono anche dopo la fine dell'emergenza, dobbiamo ora prenderci cura tutti insieme, come sistema Paese. Nessuno può illudersi di vincere da solo le sfide del futuro: servono risposte di sistema, che siano all'altezza della complessità e della multidisciplinarietà degli interventi richiesti.

Nel mondo della Sanità Pubblica chiamiamo questo approccio "sindemico", che vuol dire riconoscere lo stretto rapporto tra la salute umana, il contesto socio-economico e l'ambiente. È un cambio di paradigma enorme ma necessario se vogliamo fronteggiare adeguatamente minacce come l'antimicrobico-resistenza e le malattie emergenti.

In questo, la ricerca avrà un ruolo ovviamente fondamentale. Allo Spallanzani, dove la crescita dell'attività scientifica è testimoniata tra l'altro da un forte incremento dell'impact factor delle pubblicazioni scientifiche (del 15% nel 2021 rispetto al 2020 e del 31% nel 2022 rispetto al 2021), stiamo già lavorando in questo senso, progettando laboratori ancora più innovativi, per proiettarci oltre i confini che già conosciamo. Ci attendono nuove sfide, nuovi ambiziosi traguardi.

Penso in primis all'antimicrobico-resistenza, tema di cruciale importanza, tanto più se consideriamo che ogni anno in Europa un terzo delle morti causate da questa problematica si verifica proprio in Italia. Penso poi alle malattie cronic-degenerative e a quelle tumorali, che nel periodo pandemico sono passate purtroppo inevitabilmente in secondo piano. È

necessario intervenire anche in questo settore, impegnandoci nello studio di microrganismi ingegnerizzati con e approccio innovativo per la prevenzione e cura di alcune neoplasie ed approfondendo meglio l'interazione virus-cellula ospite, offrendo utili spunti per combattere molte di queste forme patologiche. Penso infine allo sviluppo di candidati vaccini per la terapia dei tumori, un campo affascinante e di grande interesse per le enormi possibilità offerte dalle nuove piattaforme a mRNA.

Superare i confini quindi significa necessariamente uscire dall'autoreferenzialità e dalle torri d'avorio: è importante mettere in rete le competenze, soprattutto con l'industria, che dovrà essere partner indispensabile per tradurre la ricerca dei grandi centri del nostro Paese nello sviluppo di prodotti fruibili dalla popolazione.

La politica e le istituzioni mettano il distretto farmaceutico laziale, già punto di riferimento per il Paese, nelle condizioni di accogliere le sfide del futuro per la produzione di vaccini e terapie sempre più performanti: ricerca e industria insieme potranno essere davvero volano per il rilancio del nostro tessuto socio-economico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

+

Nella Capitale il primo baluardo al virus, simbolo della buona sanità. Servono risposte di sistema tra ricerca e industria



## LA SALUTE

### Se adesso basta un pillola per evitare di ingrassare

ANTONELLA VIOLA

L'obesità è diventata una delle sfide più urgenti per la salute pubblica nel mondo moderno. Milioni di persone lottano con il sovrappeso e le sue conseguenze per la salute. Se in Italia è obeso il 12% della popolazione, negli Usa questa percentuale raggiunge il 42% degli adulti. - PAGINA 22



LA SALUTE

## Antonella Viola

# L'obesità è (anche) una questione genetica dai nuovi farmaci speranze per la cura

Non sempre la spinta a nutrirsi è una scelta volontaria ma il frutto di squilibri dell'appetito l'alimentazione troppo ricca di calorie è un problema sociale che agisce su un contesto biologico

ANTONELLA VIOLA



L'obesità è diventata una delle sfide più urgenti per la salute pubblica nel mondo moderno. Milioni di persone lottano con il sovrappeso e le sue conseguenze per la salute. Se in Italia è obeso il 12% della popolazione, negli Usa questa percentuale raggiunge il 42% degli adulti. Gli scienziati non sanno esattamente perché, ma è chiaro che il problema è esploso negli ultimi 60 anni e che finora le strategie utilizzate per aiu-

tare i pazienti a perdere peso - diete, esercizio fisico, integratori e pacchetti costosi - non hanno funzionato. Secondo alcuni questo è dipeso in gran parte dal fatto che si è considerata l'obesità come fosse un problema del singolo, della sua volontà o, peggio, della sua mancanza di volontà. E tutto ciò ha generato uno stigma, un senso di colpa o vergogna che non aiuta affatto ad affrontare un problema



# LA STAMPA

che è, invece, essenzialmente medico.

Se oggi possiamo dire qualcosa dell'obesità (o delle obesità, perché non sono tutte uguali) è che va considerata un problema sociale e biologico. Da una parte, infatti, gioca un ruolo importante la disponibilità costante di cibo-spazzatura, spesso ipercalorico e poco nutriente, che ci espone sin da bambini ad una alimentazione squilibrata ed eccessivamente ricca di calorie. Ma questo fattore sociale (non individuale) agisce su un contesto biologico, su una predisposizione genetica che non è uguale per tutti.

Esiste una terribile malattia genetica rara, la Sindrome di Prader Willi, caratterizzata da assenza del senso di sazietà. I bambini affetti da questa malattia mostrano iperfagia (mangiano troppo e di continuo) proprio perché al loro cervello non arriva il segnale di sazietà e sviluppano un'obesità molto grave che può condurli alla morte. Nonostante questa patologia sia una condizione rara ed estrema, ci mostra come la spinta a cercare cibo spesso non sia una scelta volontaria ma la conseguenza di squilibri a livello della regolazione dell'appetito. E c'è un dato importante a confermare e dare valore a questa visione: i nuovi ed efficaci farmaci anti-obesità.

Uno dei più promettenti sviluppi nel campo della terapia dell'obesità è l'emergere di farmaci che agiscono direttamente sul sistema nervoso centrale per regolare l'appetito e il metabolismo. Questi farmaci sfruttano le nostre sempre più approfondite conoscenze sulla fisiologia e sulla patogenesi dell'obesità e mirano a modificare i processi che regolano la fame, la sazietà e il metabolismo energetico. Uno dei più efficaci e promettenti è un agonista del recettore dell'ormone GLP-1 (il principio attivo si chiama semaglutide, mentre il farmaco ha nome commerciale Wegovy). Che significa? Il GLP-1 (glucagone-like

peptide 1) è un ormone rilasciato dall'intestino dopo un pasto. Tra i suoi effetti c'è il rallentamento dello svuotamento gastrico (e quindi favorisce la sensazione di sazietà) e l'azione diretta sul cervello per ridurre l'appetito. Il farmaco è simile quindi al GLP-1 naturale ma più stabile nel tempo e, data la sua efficacia, sta davvero rivoluzionando la cura dell'obesità. E' interessante poi aggiungere che i nuovi farmaci anti-obesità hanno la capacità di affrontare non solo la riduzione del peso ma anche le comorbidità associate all'obesità, come il diabete di tipo 2 e le malattie cardiovascolari. Questi farmaci possono migliorare la sensibilità all'insulina, ridurre i livelli di zucchero nel sangue e abbassare la pressione arteriosa, offrendo una soluzione olistica per la gestione dell'obesità e delle sue complicanze.

Oltre all'aspetto terapeutico di grandissimo impatto, questi farmaci sono interessanti perché ci mostrano, ancora una volta, che molte delle caratteristiche che abbiamo sempre ritenuto tipicamente una questione di volontà e di autocontrollo (e quindi lodabili o deprecabili) sono invece il semplice risultato di una biochimica favorevole o svantaggiosa. Se quindi non possiamo colpevolizzare una persona che soffre di ipertensione o di ipercolesterolemia, allo stesso modo va abbandonata la visione dell'obeso come di una persona debole, pigra, incapace di limitarsi. La scienza, con questi nuovi farmaci, può quindi fornire non solo una cura efficace per molti pazienti ma anche per una società che troppo spesso giudica senza conoscere. —

**Concepito come cura contro il diabete, il semaglutide si è mostrato efficace nel favorire un rapido dimagrimento**

**In Italia è obeso il 12% della popolazione, negli Usa questa percentuale raggiunge il 42% degli adulti**

## I medicinali novità

1

**Agiscono direttamente sul sistema nervoso centrale per modificare i processi che regolano fame, sazietà e metabolismo energetico**

2

**Possono migliorare la sensibilità all'insulina, ridurre i livelli di zucchero nel sangue e abbassare la pressione arteriosa**





# I nodi della Sanità

## Pronto soccorso in tilt ma la burocrazia blocca gli aumenti ai medici

► Nonostante l'intesa sindacati-Regione ► La Pisana riteneva l'accordo già efficace  
i fondi non sono arrivati in busta paga ma gli ospedali chiedono un atto formale

### IL CASO

Restano sulla carta - nel senso che non sono stati ancora erogati in busta paga - gli aumenti decisi dalla Regione per i medici del pronto soccorso. Cioè le strutture, nel sistema sanitario, che maggiormente risentono della mancanza di personale e dell'accesso - spesso selvaggio - di pazienti alla ricerca di assistenza. Secondo i direttori amministrativi di Asl e ospedali, non basta l'accordo siglato tra la direzione Sanità di via Cristoforo Colombo e i sindacati, ma serve un atto pubblico - una delibera, una determina o una semplice circolare - per liberarli da ogni rischio di natura erariale. Una posizione che ha sorpreso non poco la Regione.

Questa situazione sta creando già adesso non pochi problemi ai primari dei reparti di emergenza per organizzare il lavoro e i turni. E se non sarà risolta a breve, renderà ancora più complicato fare i piani ferie in prospettiva dell'estate.

### L'ITER

Il 9 giugno scorso la Regione annuncia un accordo con i sindacati

di categoria e le associazioni del settore - Cgil, Cisl, Uil da un lato, Anaa o Cimo dall'altro - per mettere in campo due misure, necessarie per frenare la fuga di dottori dai Dea. Sul primo versante, sale da 65 a 100 euro all'ora il pagamento degli straordinari. Intanto, ai medici di pronto soccorso viene anche riconosciuta un'indennità ulteriore, che in base ai turni lavorati oscilla dai 340 ai 1.040 euro al mese. Questi soldi vanno poi erogati in maniera retroattiva dal Primo maggio scorso, ma parallelamente si apre anche agli altri medici ospedalieri, cioè di altri reparto, la possibilità di poter effettuare prestazioni aggiuntive nei Dea. E, di conseguenza, ottenere i famosi cento euro.

Per la Regione l'intesa doveva essere applicata immediatamente. A suo dire, l'accordo con i sindacati ha forza di legge. Eppoi le misure messe in campo devono attuare il forte deficit di medici nei Dea, dove sono in organico 550 unità, ma ne servirebbero almeno altri 400. Senza contare che i concorsi per questa attività vanno regolarmente vacanti: l'ultimo organizzato nella Asl di Viterbo per 10 posti ha visto presentarsi alla selezione soltanto 3 aspiranti. Stesso

rapporto anche per una selezione al Sant'Eugenio. Di conseguenza, se l'aumento degli straordinari serve a ridurre la fuga dei dottori dai Dea verso altre strutture pubbliche o private (per non parlare delle

cooperative), l'allargamento dell'indennità per i turni aggiuntivi a tutti i medici vuole recuperare più personale in attesa dei futuri concorsi.

Fin qui le mosse della Regione. Ma finora nessun aumento per le prestazioni aggiuntive è stato ancora autorizzato. Alcuni primari di pronto soccorso hanno scritto all'area Risorse umane della giunta per segnalare che, a loro volta, i dirigenti amministrativi delle singole strutture attendono un atto formale dall'amministrazione per erogare i fondi in più. Una situazione pavloniana - aggiungono ancora i primari - che sta creando un imbuto: senza le risorse aggiuntive non è possibile reclutare nuovo personale; e senza questi medici sarà molto complicato coprire i turni estivi.

Nelle prossime ore la Regione sbloccherà quest'impasse con le singole aziende ospedaliere, comunicando loro di pagare le indennità. Anche perché a volere questo pacchetto di incentivi è stato in prima persona il presidente Francesco Rocca.

Francesco Pacifico

