



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

07 Luglio 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

GIORNALE DI SICILIA .it



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Giovanni Alongi migliore angiologo d'Italia, vince il "MioDottore Award"

MESSINA (ITALPRESS) – Il medico Giovanni Alongi è il migliore angiologo d'Italia secondo la piattaforma web e social più grande e autorevole in ambito medico, che ogni anno assegna un premio allo specialista più apprezzato e votato sia dai pazienti che dai colleghi della medesima specializzazione. Alongi ha raccolto oltre 700 recensioni positive, il numero



MESSINA (ITALPRESS) - Il medico Giovanni Alongi è il migliore angiologo d'Italia secondo la piattaforma web e social più grande e autorevole in ambito medico, che ogni anno assegna un premio allo specialista più apprezzato e votato sia dai pazienti che dai colleghi della medesima specializzazione. Alongi ha raccolto oltre 700 recensioni positive, il numero più alto nel suo campo: è la terza volta che riceve questo riconoscimento, già ottenuto nel 2020 e 2022.

Il "MioDottore Awards 2023" è giunto alla VI edizione e ha l'obiettivo di mettere in luce non solo la qualità professionale dell'operato dei medici recensiti ma anche l'empatia, la disponibilità, la dedizione e l'umanità nella prestazione delle cure. Tutto questo viene trasferito nei giudizi favorevoli sul network che sono visibili a tutti. "Un riconoscimento che mi inorgolisce, perchè ho sempre messo al primo posto il rapporto medico/paziente - spiega



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Alongi - oltre all'aggiornamento professionale, oggi fondamentale per stare al passo con le nuove frontiere terapeutiche. Nel mio settore specifico, le patologie venose (safene, vene varicose, ulcere ecc..) sono tutte croniche, dunque conquistare la fiducia è essenziale per il successo della cura. Ringrazio i colleghi angiologi e chirurghi vascolari per la stima dimostrata nel votare per me". Alongi, agrigentino di nascita e messinese d'adozione, ha 36 anni ma già una carriera ricca di traguardi: fondatore dei centri "Angiocor", presenti al momento a Palermo, Messina e Agrigento che accolgono anche pazienti da altre Regioni, grazie ad un protocollo specifico che consente di "saltare" la prima visita specialistica attraverso una prevalutazione diagnostica da remoto e accelerare i tempi di trattamento. In questi ambulatori viene eseguito in esclusiva il metodo Angiocor che consente di dire addio alla tradizionale chirurgia di vene safene e varicose, evitando anestesia, sala operatoria e complicanze e privilegiando approcci non invasivi. La notevole richiesta di tali trattamenti a volte può causare attese di alcuni mesi. Negli ultimi due congressi mondiali di flebologia, a Dubai e Istanbul, Alongi aveva presentato una delle varie tecniche all'avanguardia utilizzate: "Varixio", primo e unico apparecchio che produce in maniera automatica una "mousse" di altissima qualità e stabilità per il trattamento ecoguidato delle vene safene e vene varicose. Uno strumento che sarà illustrato al prossimo meeting internazionale di Miami, in programma a settembre: la stessa metodica è usata dai proctologi dei centri Angiocor per gestire le emorroidi in modo non invasivo. MioDottore quest'anno ha premiato complessivamente 43 medici italiani, uno per ogni specialità.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti
Sicilia**

Pronto soccorso chiuso: per riaprirlo si ricorrerà anche a servizi esterni

A Barcellona persiste la carenza di personale perchè numerosi concorsi sono andati a vuoto. Da qui l'esternalizzazione ad agenzie.

7 Luglio 2023 - di [Redazione](#)

Il **pronto soccorso** dell'ospedale Ospedale Cutroni Zodda di **Barcellona Pozzo di Gotto** non può aprire poiché tuttora persiste un evidente carenza di personale, nonostante i numerosi bandi espletati dall'Asp per risolvere il problema. Difatti, nella maggior parte dei casi non è pervenuta alcuna domanda e solo in un caso ne sono pervenute 7, ma si è in attesa della nomina di un componente della commissione da parte dell'Assessorato regionale alla Salute, per dare seguito al concorso.

L'Asp di Messina, nel tentativo di giungere ad una soluzione, ha chiesto ora l'autorizzazione all'assessorato regionale alla Salute per poter applicare l'articolo 21 della legge regionale 5 del 2019 ed esternalizzare i servizi del Pronto Soccorso ad agenzie esterne. D'altronde, la carenza di personale in altre Asp regionali o del nord Italia è stata risolta con questo espediente.

Di seguito elenchiamo le Procedure di reclutamento già avviate, in modo celere dall'ASP senza risultati, per le UU.O.O. di Pronto soccorso del presidio ospedaliero di Barcellona Pozzo di Gotto:

1) Avviso pubblico per titoli per la formulazione di una graduatoria per il conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato di dirigente medico di medicina d'emergenza - urgenza per il P.O. di Barcellona. Scadenza termine per la presentazione delle domande 26/51/2023 Nessuna domanda pervenuta Nessuna domanda pervenuta;



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

2) Avviso pubblico per titoli per la formulazione di una graduatoria per il conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato di dirigente medico di medicina d'emergenza – urgenza per i presidi dell'Azienda. Scadenza termine di presentazione delle domande 14/6/2023. Nessuna domanda pervenuta;

3) Avviso pubblico di manifestazione di interesse per il conferimento di eventuali incarichi libero professionali di medico di medicina d'emergenza -urgenza per i presidi dell'Azienda. Avviso attivato dal 26/6/2023 ed aperto fino al 31/10/2023. Nessuna domanda pervenuta fino ad oggi;

4) Concorso pubblico, titoli ed esami, n. 2 posti Dirigente Medico di medicina d'emergenza – urgenza. Termine per la presentazione delle domande scaduto il 5/6/23 Sono pervenute 7 domande. In attesa della designazione del componente da parte dell'Assessorato regionale.

“L'ospedale c'è, i posti di lavoro pure, ma **nessuno vuole occuparli**– spiega il manager **Bernardo Alagna**– Riteniamo questa situazione nasca dalla condizione della sanità pubblica che non può certo competere gli stipendi della sanità privata per problematiche di budget. Inoltre è bene ricordare che “pubblico” e “privato” non hanno gli stessi vincoli gestionali e i manager pubblici non possono combinare i **fattori produttivi** in loro disponibilità come vorrebbero per raggiungere gli obiettivi a loro assegnati, ma devono seguire dei limiti stabiliti. Nonostante gli sforzi messi in atto dalla nostra azienda sanitaria la totalità dei concorsi è andata deserta, e non è la prima volta. Sarebbe opportuno prevedere delle **premierità** per alcuni posti considerati disagiati”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA .it

Tumori: grazie a Pnrr operativo mammografo digitale al Cro



07 LUGLIO 2023

(ANSA) - AVIANO, 07 LUG - Al Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (Pordenone) è da poco operativo un nuovo mammografo digitale con tomosintesi, che l'Istituto ha acquistato grazie ai fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Si tratta di uno dei primi progetti Pnrr giunti a conclusione nell'ambito sanitario. Il costo dell'apparecchiatura - che sostituisce quella precedentemente in uso alla Radiologia Oncologica - è di 151 mila euro, interamente finanziati attraverso i bandi del progetto Next Generation EU. Si tratta di un macchinario innovativo che consentirà l'esecuzione di diverse procedure di screening e diagnostica senologica, compresi gli esami di tomosintesi (ovvero in 3D) e l'esecuzione di biopsie guidate, ed è dotato di un software d'intelligenza artificiale per calcolare la densità mammaria.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

"E' una dotazione tecnologica all'avanguardia e rappresenta un requisito importante per raggiungere e mantenere, nel tempo, i requisiti per l'accreditamento internazionale dell'Unità senologica del Cro" sottolinea l'assessore regionale alla Salute del Friuli Venezia Giulia, Riccardo Riccardi. Il Centro di riferimento oncologico di Aviano, infatti, ha ottenuto recentemente la conferma della certificazione come Centro europeo di eccellenza rilasciata da European Society of Breast Cancer Specialists, la Società europea degli specialisti del cancro al seno.

SINDACATI: eliminare l'anacronistico numero chiuso a medicina e i tetti di spesa che bloccano le assunzioni

Sanità, allarme sul default del sistema Le Regioni chiedono 4 miliardi



Il confronto sulla sanità riparte, mentre sale il pressing di Enti Locali, sindacati e lavoratori sugli investimenti. Le Regioni hanno chiesto al governo 4 miliardi aggiuntivi per evitare il default del sistema. Nell'ultimo incontro con il ministro della Salute, Orazio Schillaci, anche i sindacati hanno riproposto alcune questioni prioritarie. Su tutte, la carenza di operatori, che va risolta, secondo la Cisl Fp, affrontando il problema dei "tetti di spesa del personale, il cui permanere nell'ordinamento ostacola assunzioni e stabilizzazioni del precariato". Secondariamente, ha evidenziato il segretario generale della sigla cislina, Maurizio Petriccioli, va superato "l'anacronistico numero chiuso nei corsi di laurea". I sindacati chiedono inoltre che nella prossima Legge di Bilancio siano inserite risorse per il rinnovo dei contratti e per introdurre meccanismi di defiscalizzazione della produttività, con misure analoghe a quelle previste nel settore privato.

"Infine, in merito alla duravertenza nel settore privato - ha sottolineato il segretario generale Cisl Fp, Maurizio Petriccioli - abbiamo sottolineato lo

straordinario contributo dato, durante l'emergenza Covid, dalle donne e dagli uomini di questo particolare settore, chiedendo al Ministro di costruire un asse con il sindacato per giungere al rinnovo dei contratti scaduti, primo fra tutti quello dei centri di riabilitazione, case di riposo ed Rsa".

Va detto che anche il ministro Schillaci ammette e denuncia la mancanza di investimenti sulla sanità. Lo stesso Pnrr, ricorda Schillaci, nasce per "dare risposta alla pandemia" e, tuttavia, aggiunge, "dispiace osservare che il capitolo della sanità è quello meno finanziato all'interno del piano".

Il Piano, evidenzia il Ministro, è uno strumento che nasce per questo settore, al quale però "vengono assegnati molti soldi, ma meno rispetto ad altri capitoli".

Schillaci prova a muovere qualcosa. Le richieste dei sindacati sono urgenti e sono state ribadite negli ultimi incontri: risorse per il contratto ma anche riforme, come quella sulle ore di lavoro straordinario non pagate e, come detto, l'eliminazione del tetto sulle assunzioni che devia risorse pubbliche sui medici a gettone. Va ricordato che l'extraorario lavorato non pagato oggi costringe i medici del Servizio sanitario naziona-

le a regalare ore al servizio. Circa 300 ogni anno, secondo i sindacati.

Il confronto è aperto. Le richieste sono al centro delle trattative allargate tra Aran e le rappresentanze sindacali sul contratto ormai scaduto 2019-2021, con l'obiettivo di proseguire rapidamente così da chiudere le trattative prima delle vacanze estive.

"Con l'impegno di proseguire con la negoziazione senza soluzione di continuità nelle prossime settimane - ha sottolineato il presidente Aran, Antonio Naddeo - abbiamo programmato quattro giornate intere di trattative, fino al 26 luglio. Un calendario serrato per risolvere tutti i nodi del contratto e tentare di arrivare alla firma prima della pausa estiva".

A incontrare il Ministro sono stati anche gli infermieri, di cui c'è in Italia, una carenza strutturale di almeno 65-80mila unità, secondo una stima dei sindacati di settore.

Ilaria Storti



Verso la fine dell'isolamento Così cade l'ultimo divieto Schillaci: norma inapplicata

L'annuncio del ministro. Bassetti: regola ormai assurda

di **Margherita De Bac**

ROMA L'ultimo rimasuglio dei divieti anti-Covid sta per essere spazzato via. Il ministro della Salute Orazio Schillaci, ieri intervenuto all'assemblea di Farmindustria, ha anticipato che verrà «rimosso l'obbligo di isolamento fino a 5 giorni per gli asintomatici positivi» e per chi non accusa sintomi da due giorni.

Norma nella realtà poco applicata, ma che disturba la Federazione turismo organizzato. In una lettera a Schillaci e alla ministra del turismo Santanchè, il presidente dell'organizzazione Gabriele Milani aveva chiesto l'eliminazione di questa misura in quanto oltre a non essere più giustificata sul piano del rischio «rappresenta una criticità per gli operatori: il Codice del turi-

simo prevede che un cliente ammalato possa recedere dal contratto in ogni momento ma alcuni di loro pretendono di poter rinunciare senza penalità se positivi al SarsCoV2».

L'ultima circolare sulla gestione dei casi e dei loro contatti stretti è del 31 dicembre 2022. Non è stata mai aggiornata nonostante la dichiarazione di fine pandemia da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità lo scorso maggio e il progressivo calo delle infezioni.

Nell'ultima settimana di giugno i positivi erano 4.700, in discesa ulteriore rispetto ai precedenti 7 giorni. Ottanta-sei i morti, 180 mila i tamponi con un tasso di positività del 2,6%. Si stanno svuotando gli ospedali. La circolare prevede l'uscita automatica dall'isolamento per gli asintomatici anche senza test negativo trascorsi 5 giorni dal tampone positivo, molecolare o anti-

genico. Stessa tempistica per chi non ha sintomi da almeno 48 ore: può tornare in circolazione dopo 5 giorni. In questi casi c'è il vincolo della mascherina Ffp2 il cui uso viene raccomandato per i 10 giorni successivi alla fine dell'isolamento. Precauzioni poco rispettate nella pratica quotidiana. La pandemia è scomparsa dall'immaginario collettivo.

«Non ha senso chiedere alla gente di rinunciare alla vacanza a causa di un virus oggi profondamente diverso. Assurdo mantenere un tipo di regolamentazione così restrittivo», dice l'infettivologo Matteo Bassetti. Secondo lui il Covid è un'infezione come tante altre e deve essere trattata alla stessa stregua dell'influenza e di altre malattie respiratorie per le quali non vi è l'obbligo di isolamento. Si allinea la microbiologa del Sacco di Milano, Maria Rita Gismondo.

Forse la circolare del 2022 non era stata ancora modificata anche a causa dell'avvicendamento al ministero. A maggio l'ex direttore della Prevenzione, Giovanni Rezza, è andato in pensione e si è in attesa della nomina del sostituto. Il ministro sceglierà nella rosa di candidati che hanno risposto a un interpellato per riempire una casella-chiave del sistema sanitario. Qualche precauzione nell'isolamento potrebbe ancora permanere per i fragili immunodepressi e per gli operatori sanitari.

I dati

● Nel suo complesso, la pandemia provocata dal virus Covid del 2020 e oggi ha provocato in Italia quasi 193 mila vittime. Le persone positive sono state 25,9 milioni, mentre attualmente i positivi risultano 133.965.



Medico Orazio Schillaci. 56 anni, ministro della Salute



Farmindustria: «Brevetti a rischio con la riforma Ue»

► Il settore vale il 2 per cento del Pil e chiede regole per investire ancora

► Le imprese sollecitano anche un freno agli esborsi legati al "payback" sanitario

I NUMERI

ROMA Un settore che cresce ed esporta (sempre di più) creando occupazione di qualità. Ma che chiede di essere messo in condizione di investire ancora. L'assemblea di Farmindustria, alla quale hanno preso parte quattro ministri, è stata l'occasione per dare i numeri di un'espansione che si è fatta più vistosa a partire dai mesi difficili della pandemia. La farmaceutica, se si include anche l'indotto, vale circa il 2 per cento del Pil del Paese. La produzione totale ha toccato lo scorso anno quota 49 miliardi e l'export è cresciuto del 176% in dieci anni, più della media europea. Gli investimenti in Italia nel 2022 ammontano a 3,3 miliardi, dei quali 1,4 in impianti ad alta tecnologia e 1,9 in ricerca e sviluppo.

LE TERAPIE

Oltre ai numeri economici e finanziari ci sono poi quelli che toccano da vicino la salute degli italiani. Grazie a terapie innovative, in 20 anni nel nostro Paese la mortalità per malattie croniche, quelle cardiovascolari e il diabete, è scesa del 41%. Attualmente due persone su 3 a cui viene diagnosticato un tumore sopravvivono dopo 5 anni, mentre 30 anni fa erano una su tre.

Le imprese però pensano di poter fare meglio. «Con misure a favore degli investimenti, nel giro dei prossimi 5 anni si potranno centrare obiettivi altrettanto ambiziosi: contribuire all'incremento del Pil fino all'1%, aumentando l'occupazione di 20 mila addetti diretti e indiretti» ha ricordato ieri il presidente Marcello Cattani. A cui ha risposto il ministro Urso promettendo sostegno a un'industria «che è un orgoglio del made in Italy e che è anche quella che investe di più in innovazione».

RAPPORTI BUONI

I rapporti con il governo sono buoni, ma nel riconoscere questo stato delle cose Farmindustria ha ricordato anche alcune storiche richieste del settore. La prima riguarda il cosiddetto "payback", quel meccanismo previsto dall'attuale normativa per cui le aziende sono chiamate a ripianare una parte dello sfioramento di spesa delle Regioni. Il conto atteso è 1,5 miliardi nel 2023, destinati a crescere a 1,8 il prossimo anno. Per le imprese chiamate a farsi carico di questa voce, l'incidenza è pari al 15 per cento del fatturato. Nei mesi scorsi l'esecutivo ha dato una qualche disponibilità a intervenire (come confermato anche ieri dal ministro Schillaci) ma c'è naturalmente il nodo delle risorse necessarie.

LA RIFORMA

Altro tema quello della proprietà intellettuale, oggetto di una possibile riforma a livello europeo. «Nella competizione mondiale abbiamo bisogno di più Europa nel mondo e più Italia in Europa», ha spiegato Cattani, chiedendo di cambiare la proposta di revisione della legislazione farmaceutica europea presentata dalla Commissione Ue che «riduce la data protection da 8 a 6 anni e l'esclusiva di mercato per i farmaci orfani da 10 a 9». La data protection è il periodo in cui il titolare dell'autorizzazione di un farmaco può far valere il diritto di proprietà intellettuale sui dati di sicurezza e di efficacia. I farmaci orfani sono quelli utilizzati per le malattie rare. Su questa materia però un chiarimento è arrivato dal ministro Fitto, titolare degli Affari europei oltre che del Pnrr, secondo il quale tutto il percorso della riforma potrebbe non concludersi entro la fine della legislatura europea, il prossimo anno. In ogni caso Fitto ha ribadito l'intenzione di «portare avanti le proposte finalizzate alle modifiche nell'interesse del nostro sistema nazionale e della capacità di poter dare risposte concrete al mondo della farmaceutica».

Luca Cifoni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La farmaceutica vale il 2% del Pil «Ma ora servono regole nuove»

Farindustria

Cattani: con le misure giuste più investimenti e un punto di Pil in più in cinque anni

Fitto: riforma Ue sui farmaci potrebbe fermarsi. Schillaci: tetti di spesa saranno rivisti

Marzio Bartoloni

La produzione che ha raggiunto i 49 miliardi di euro nel 2022, gli investimenti che toccano i 3,3 miliardi di cui 1,9 miliardi in ricerca e gli occupati che superano i 68mila addetti (+9% in cinque anni). E poi l'export che corre come nessun altro settore (+176% in 10 anni) trainato anche dai vaccini e farmaci per il Covid raggiungendo quota 47,6 miliardi: in pratica quasi il 10% delle esportazioni della manifattura italiana (era il 3,9% dieci anni fa). Ecco i numeri che da soli raccontano l'avanzata della farmaceutica italiana che oggi con il suo contributo diretto e con tutto l'indotto vale il 2% del Pil, ma con le misure giuste il suo apporto nel giro di cinque anni potrebbe crescere fino a 1 punto di Pil in più aggiungendo altri 20mila addetti visto che da qui al 2028 si stima in tutto il mondo una montagna di investimenti - ben 1600 miliardi di dollari - per scoprire nuove cure.

«L'Italia può giocare la sua partita, ma non si può gestire questa rivoluzione che promette grandi innovazioni nella salute con le vecchie regole», avverte il presidente di Farindustria Marcello Cattani all'apertura dell'assemblea annuale che ieri ha visto la partecipazione di una bella fetta del governo con ben 4 ministri - Adolfo Urso (Mimit), Orazio Schillaci (Salute), Anna Maria Bernini (università) e Raffaele Fitto (Politiche Ue) - e il governatore della Campania Vincenzo De Luca. Una partita quella della corsa ad attrarre gli investimenti globali della farmaceutica che si gioca anche a livello europeo e che vede l'Europa partire già in ritardo visto che «deve invertire una tendenza che da 20 anni la vede perdere quote mondiali di investimenti ri-

spetto a Usa e Cina», ricorda Cattani. Che sottolinea anche come oggi ci sia «la forte concorrenza anche di Paesi emergenti, come Arabia Saudita, Emirati Arabi Uniti, Singapore che mettono sul piatto misure molto attrattive. Una concorrenza alla quale l'Italia e l'Europa devono rispondere come nazione e come continente». E su questo punto la prima *sliding door* dell'Europa è la riforma della legislazione farmaceutica presentata qualche settimana fa dalla Commissione Ue che il presidente di Farindustria definisce «ideologica e anti-industriale» soprattutto nella parte in cui colpisce la protezione brevettuale (in particolare si riduce la *data protection* da 8 a 6 anni) mentre «Usa e Cina vanno nella direzione opposta». Ma sulla riforma il Governo italiano ha manifestato la sua contrarietà fin dalle prime battute della proposta presentando una *position paper* a Bruxelles che sta trovando la sponda anche di altri Paesi come Danimarca, Austria, Francia e Germania. In più come ha anticipato ieri il ministro Fitto che ha lavorato al dossier in prima battuta «c'è una tempistica rispetto al percorso legislativo che è ancora lunga, complessa e potrebbe anche non concludersi in questo periodo finale di legislatura europea (le elezioni del Parlamento Ue sono previste a giugno 2024, ndr)». Insomma la riforma potrebbe fermarsi subito, anche grazie al pressing dell'Italia.

Del resto come ha ricordato anche il ministro delle Imprese e del Made in Italy Urso «la farmaceutica e il settore biomedicale fanno parte della sicurezza nazionale». Ma se in Italia la ricerca in campo farmaceutico «è cresciuta del 4%, in Usa è aumentata dell'8% e, in Cina del 16%. La Cina - osserva Urso - è sempre più competi-

tiva, dobbiamo sostenere la nostra industria, che è anche quella che investe di più in innovazione». Per questo il governo «è impegnato in questo campo» assicura il ministro che annuncia una nuova riunione del tavolo per l'industria farmaceutica - promosso insieme al ministro per la Salute Schillaci - per il prossimo 20 luglio: «Delineeremo insieme alle imprese una politica industriale in sede italiana ed europea per aumentare capacità di attrattività degli investimenti stranieri», promette Urso, facendo presente che sono «diverse» le multinazionali che si sono «affacciate» al suo ministero annunciando di voler aumentare gli investimenti.

Ma oltre all'attrazione degli investimenti l'altro nodo è legato al sistema di regole che governa il settore: nel mirino ci sono i tetti di spesa e il payback che obbliga le industrie farmaceutiche a ripagare il 50% dello sfondamento del tetto sulla spesa farmaceutica diretta (i farmaci ospedalieri): un conto salato arrivato «a livelli ormai insostenibili di payback, proiettati a 1,5 miliardi nel 2023 e 1,8 nel 2024, il 15% del fatturato di chi lo sostiene. Servono interventi già in legge di bilancio che riguardino anche i farmaci innovativi e il fondo che non viene speso completamente», sottolinea Cattani. Su questo il ministro Schillaci apre a delle modifiche



da fare subito: «Daremo presto un segnale sui tetti e spero che, a breve, avremo anche la ristrutturazione dell'Agenzia italiana del Farmaco. Ciò che a me interessa è che le medicine che arrivano, siano prontamente disponibili per tutti. Quindi una nuova governance è fondamentale».

Infine la ministra dell'Università e della Ricerca Bernini ricorda la scommessa del Pnrr da vincere a tutti i costi: «Abbiamo da spendere 9 miliardi in soli 5 anni per creare un ecosistema della ricerca, che tenga insieme tutti e anche l'impresa. In più da settembre - ha sottolineato - avremo 4mila posti in più l'anno e con il mini-

stro Schillaci ci focalizzeremo sulle specializzazioni, cercando di valorizzare i talenti di ciascuno e puntando a più borse di specializzazione tarate sui fabbisogni di salute».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Italia può giocare la sua partita, ma per gestire la rivoluzione delle nuove cure serve una nuova governance

I NUMERI DEL COMPARTO

49

i miliardi di produzione

Per la farmaceutica sono 49 i miliardi di euro di produzione nel 2022, di cui 47,6 miliardi di export (+176% in 10 anni), 3,3 miliardi investiti di cui 1,9 miliardi solo per la ricerca e sviluppo, 68.600 addetti, di cui le donne rappresentano il 44% del totale.

Un'occupazione di qualità cresciuta del 9% in 5 anni, soprattutto tra i giovani (+16%) e le donne (+13%). Il contributo della farmaceutica diretto e con l'indotto totale è pari a circa il 2% del prodotto interno lordo.

IL TAVOLO

Il ministro Urso ha convocato di nuovo il tavolo della farmaceutica con le imprese il 20 luglio



Alla guida.

Il presidente di Farindustria, Marcello Cattani, ieri durante l'assemblea annuale cui hanno partecipato quattro ministri e il governatore della Campania



TUMORE AL SENO MORTALITÀ IN CALO CONTINUO

Non è un mistero che quella alla mammella sia la forma di tumore più diagnosticata nelle donne. Secondo i dati diffusi dal ministero della Salute, in Italia rappresenta circa un terzo dei quasi 56 mila tumori diagnosticati nelle donne nel 2022. Facendo registrare, complessivamente, oltre 12 mila decessi. La mortalità, però, è in calo dalla fine degli anni Novanta, grazie ai programmi di diagnosi precoce e al miglioramento delle terapie.

La conferma di una drastica diminuzione della mortalità è venuta da una ricerca pubblicata sul *British Medical Journal* da Carolyn Taylor, oncologa dell'Università di Oxford, e colleghi. Seguendo per dieci anni oltre 500 mila donne con un carcinoma mammario diagnosticato tra il 1993 e il 2015, le ricercatrici hanno concluso che le donne in cui la malattia era stata accertata negli anni Novanta avevano il 14,4 per cento di rischio di morire entro cinque anni dalla diagnosi. In chi invece il tumore era stato individuato tra il 2010 e il 2015, il rischio era inferiore al 5 per cento. Una riduzione di due terzi.

Ma c'è di più. Lo studio ha dimostrato anche che il rischio di

morte diminuisce in tutte le fasce di età, sia che le donne si siano sottoposte a screening o meno. Il che lascia aperto un interrogativo, vale a dire se la ridotta mortalità sia dovuta più all'aumento delle mammografie o al miglioramento delle terapie. Probabilmente la causa è una combinazione dei due fattori, ma non si può stabilire in quale percentuale. Ed è questo, soprattutto, l'obiettivo dei grandi studi epidemiologici. Verificare l'efficacia di diagnosi precoce e trattamenti per orientare gli investimenti in sanità pubblica e le campagne di informazione. L'obiettivo di azzerare o quasi la mortalità per questo tumore è ancora lontano, ma la sempre maggiore efficacia degli strumenti e la consapevolezza dell'opinione pubblica lasciano spazio a un cauto ottimismo.

MARCO CATTANEO



Esame mammografico, indispensabile appuntamento per la prevenzione





FINANZIATO DALL'ALLEANZA «GAVI» E COORDINATO DALL'OMS

Il mondo promette a dodici Paesi africani 18 milioni di dosi di vaccino anti-malaria

Almeno il segnale è forte e rappresenta «un passo in avanti fondamentale nella lotta contro una delle principali cause di morte nel continente africano». È stata presentata infatti così l'imminente distribuzione di 18 milioni di dosi del primo vaccino contro la malaria verso 12 Stati africani nel corso dei prossimi due anni. L'obiettivo è di ridurre radicalmente l'80 per cento di tutti i decessi per malaria: in Africa si tratta in prevalenza di bambini sotto i cinque anni di vita. Almeno 28 nazioni africane hanno espresso interesse a ricevere il vaccino Rts,s/Aso1 sviluppato e prodotto dall'azienda Gsk. Sebbene a detta di alcuni esperti si tratti di un vaccino meno efficace rispetto ai vaccini di altre malattie già approvati, dal 2019 sono state somministrate più di 1,7 milioni di dosi del farmaco della Gsk. Secondo quanto sostiene Gavi, un'alleanza di organizzazioni internazionali nel settore della salute, le assegnazioni per i dodici Paesi del Continente sono determinate attraverso «un sistema per l'allocazione di forniture di vaccini». Tale sistema assegna la priorità alle aree più bisognose, dove cioè il rischio di malaria e eventuale decesso tra i bambini è più alto. Oltre a Ghana, Kenya e Malawi, saranno inclusi Benin, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Repubblica democratica del Congo, Liberia,

Niger, Sierra Leone e Uganda. E le prime dosi dovrebbero arrivare nell'ultimo trimestre di quest'anno: i Paesi inizieranno quindi a distribuirle e somministrarle entro l'inizio del 2024. «Questo vaccino ha il potenziale per avere un grande impatto contro la malaria - ha commentato questa settimana Thabani Maphosa, dirigente dell'alleanza Gavi -. Se ampiamente utilizzato, con altri interventi, potrà prevenire decine di migliaia di morti ogni anno». Gavi sta inoltre discutendo e collaborando con alcuni produttori di farmaci per aumentare la fornitura del vaccino ed espandere il suo raggio d'azione. La malaria rimane una delle malattie più mortali attraverso l'intero continente africano, ogni anno muore quasi mezzo milione di bambini sotto i 5 anni mentre i numeri legati a questa malattia in Africa rappresentano «circa il 95 per cento dei casi di malaria registrati a livello globale e il 96% dei decessi nel 2021». Esperti del centro africano per il controllo e la prevenzione delle malattie, dell'Unicef, dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), nonché rappresentanti della società civile e consulenti indipendenti, hanno studiato per anni il modo più efficace per affrontare la distribuzione del vaccino anti-malarico. La domanda globale annuale di vaccini contro la malaria è stimata in «40-60 milioni di dosi

entro il 2026» con un aumento fino a 80-100 milioni di dosi all'anno entro il 2030. Dopo la controversa esperienza con i vaccini legati alla pandemia di coronavirus, diversi leader africani rimangono comunque scettici rispetto alla buona riuscita dell'iniziativa di Gavi e dei Paesi occidentali in generale. Durante il summit di Parigi del mese scorso, discutendo le dinamiche del cosiddetto «nuovo patto finanziario mondiale» il leader sudafricano, Cyril Ramaphosa, ha infatti espresso la sua delusione citando i momenti in cui «noi africani ci sentivamo dei mendicanti mentre i Paesi dell'emisfero settentrionale avevano acquistato tutti i vaccini del mondo e li stavano monopolizzando». Un'amara considerazione che nessuno potrà, però mai, smentire.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MATTEO FRASCHINI KOFFI



L'INDAGINE

Antibiotici, dove nasce la minaccia dei superbatteri

DOMENICO RIBATTI

■ Fabrizio Pregliasco, professore di Igiene all'Università di Milano, e Paola Arosio, giornalista scientifica, hanno pubblicato un documentato ed articolato saggio su un tema di grande attualità: *I superbatteri. Una minaccia da combattere* (Raffaello Cortina, pp. 276, euro 23). Le infezioni da superbatteri potrebbero provocare circa 2,4 milioni di morti in Europa, Nord America e Australia tra il 2015 e il 2050 se non saranno intensificati gli sforzi per arginare la diffusione della resistenza agli antibiotici. Questo evento è un processo biologico naturale di selezione correlato alle mutazioni genetiche che si verificano nei microrganismi.

TRA I PATOGENI più noti si ricordano lo *Staphylococcus aureus* meticillino resistente, alcune *Enterobacteriaceae* che producono beta-lattamasi ad ampio spettro, gli enterococchi resistenti all'antibiotico vancomicina. Patogeni altrettanto pericolosi sono l'*Acinetobacter baumannii* e la *Klebsiella pneumoniae*. Queste infezioni rappresentano un esempio paradigmatico di come la salute e le malattie degli uomini so-

no strettamente legate ed interconnesse con quelle degli animali. La somministrazione di antibiotici agli animali è in crescita negli allevamenti, mentre dovrebbe essere limitata per arginare la diffusione dell'antibiotico resistenza. Secondo l'Agenzia Europea per i Medicinali, l'Italia resta fra i più grandi consumatori di antibiotici negli allevamenti nella Ue.

PER QUANTO RIGUARDA l'uomo, un trattamento antibiotico inappropriato iniziale che non provveda a fornire un'adeguata attività verso patogeni multi-resistenti è spesso responsabile di una aumentata mortalità. Per contro, un eccessivo uso degli antibiotici, spesso utilizzati per contrastare delle semplici colonizzazioni batteriche, facilita l'emergenza di antibiotico resistenza. Un report del 2019 del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie riportava che circa la metà dei morti europei per infezioni ospedaliere da batteri resistenti agli antibiotici avviene in Italia. Chi entra in ospedale rischia, nel 10% dei casi, di contrarre un'infezione ospedaliera e molto frequentemente il germe responsabile è resistente agli antibiotici.

RISPETTO A COVID-19, l'antibiotico resistenza è una pandemia continua e che richiede, per essere affrontata, impegno comune e azioni concrete non più rimandabili. La prevenzione è un aspetto chiave di questo fenomeno, ma solo il 30-50% delle infezioni è prevenibile attraverso buone pratiche. L'attacco alla resistenza antimicrobica dovrebbe essere incentrato su 5 punti cardine come il miglioramento delle condizioni igieniche; l'abbandono delle prassi di prescrizione eccessiva di antibiotici; la somministrazione di test diagnostici rapidi per determinare la natura virale o batterica delle infezioni nei pazienti; la non indiscriminata prescrizione di antibiotici; l'organizzazione di campagne sui media. Gli autori di questo saggio ci ricordano che «responsabilità significa questo: scegliere, agire e farsi carico delle conseguenze. Con il giusto sforzo possiamo impedire ai superbatteri di vincere. Dipende da noi».



Guardia medica a pagamento Affare d'oro per la sanità privata

Bertolaso porta i presidi pubblici da 8 a 12

Ma non basta: c'è chi chiede fino a 300 euro a visita

di ANTONIO MURZIO

La sanità privata lombarda ha trovato un altro filone d'oro da sfruttare. E anche in questo caso lo ha fatto inserendosi nelle carenze del pubblico. Chi accusa malesseri o sintomi che lo preoccupano e sa che non potrà ricevere dal medico di continuità assistenziale se non un rapido consulto telefonico, può rivolgersi a una guardia medica privata. Comparsa in sordina nel 2020, sfruttando l'effetto pandemia che inibiva molti medici di base a effettuare visite domiciliari, oggi in quasi tutte le città lombarde, a cominciare da Milano (dove l'assessore Bertolaso ha annunciato che da domani sabato 8 luglio i posti di guardia medica passeranno da 8 a 12 con orario 20-24 nei giorni feriali e 9-21 nei giorni prefestivi e festivi) sono diverse le società private che offrono il servizio di guardia medica a pagamento. Il costo minimo per il servizio di guardia

medica privata è quello dei centri medici Santagostino, che nel dicembre scorso sono stati acquistati dal gruppo Unipol (erano di proprietà della famiglia regnante del Liechtenstein). La tariffa è di 45 euro per la visita "generica" a un adulto di 77 per una visita pediatrica. Ma ci sono guardie mediche private, in altre zone della Lombardia, dove la visita a casa può costare anche tra i 250 e i 300 euro.

NUOVO BUSINESS

Le guardie mediche private sono quasi sempre l'ultimo reddito spin-off di poliambulatori. È altamente probabile, quin-

di, che il paziente (un cittadino si rivolge alla guardia medica privata in due casi: o

ha il portafogli gonfio o è disperato perché si sente abbandonato dalla sanità pubblica) che necessita di visite specialistiche o esami diagnostici più approfonditi sarà indirizzato verso la stessa struttura che eroga il servizio di guardia medica privata. Che viene offerto giocando sulla tempestività dell'erogazione della prestazione (tutti promettono l'arrivo di un medico entro al massimo un'ora dalla chiamata), cosa che il pubblico non potrà mai garantire. Qui il medico di continuità assistenziale è solo e non può lasciare l'ambulatorio per

effettuare visite a domicilio.

E spesso invita chi lamenta di stare molto male a recarsi al più vicino pronto soccorso. E chi non può o non ha nessuno che possa accompagnarlo, che si arrangi. Almeno fino a quando non prenderà piede il privato anche nella medicina d'urgenza, come a Brescia, dove una società ha lanciato il primo pronto soccorso privato (solo per codici bianchi e gialli, costo dai 132 ai 182 euro, che può lievitare fino a



500 euro).

TITOLO

Per la visita domiciliare, è possibile pagare "in contanti, con un assegno, con bancomat, carta di credito o paypal", si legge sul sito di Guardia Medica Privata Milano, i cui medici "prescrivono terapie farmacologiche laddove necessario. Rilasciano certificati medici di malattia e giustificativi per il datore di lavoro con inoltro diretto all'Inps, quando richiesto. Sono operativi anche durante i festivi,

in modo da garantirti sempre assistenza medica domiciliare qualificata e tempe-

stiva". "Il servizio di Medicina Domiciliare Privata è un servizio che, oggi più che mai, vuole offrirti la sicurezza di una visita medica a domicilio, esame o un'ecografia nel comfort di casa tua", si legge invece sul sito degli ambulatori Santagostino, dove viene spiegato: "Il servizio di guardia medica privata propone una visita non specialistica, effettuata da un medico. Al termine della visita, il medico prescriverà una terapia oppure potrà indirizzare il paziente a ulteriori accertamenti o visite specialistiche". Che, ovviamente, "potranno essere prenotate direttamente in una delle sedi del Santagostino al costo di listino".

Salute da ricchi

Le strutture
che offrono il servizio
soltanto a chi può
permettersele
si stanno diffondendo
in tutta la Lombardia



Il tribunale di Trieste dà un mese di tempo all'azienda sanitaria: "Dopo scatterà una multa da 500 euro al giorno"

Suicidio assistito, il giudice alla Asl "Esaminare subito il caso di Anna"

LA STORIA

PIERO TALLANDINI
TRIESTE

Il giudice del Tribunale di Trieste Edoardo Sirza ha ordinato all'Asugi di accertare entro 30 giorni se sussistano le condizioni previste dalla sentenza Cappato della Corte Costituzionale (del 2019) per accedere al suicidio assistito: verifiche chieste dalla 55enne triestina Anna (nome di fantasia). La donna, affetta da sclerosi multipla, chiede da tempo di poter mettere fine alle proprie sofferenze: la patologia è irreversibile, non ci sono cure né terapie. Il 4 novembre aveva chiesto di accedere alla verifica delle sue condizioni per la morte assistita ai sensi della sentenza della Corte Costituzionale, ma non avendo ottenuto risposta nei tempi sperati ha incaricato l'avvocato Filomena Gallo, segretaria nazionale dell'associazione Luca Coscioni, e il collegio legale costituito, di avviare la procedura «contro le inadempienze dell'Azienda sanitaria» con un ricorso d'urgenza.

Il giudice ordina all'Asugi di verificare se nel caso di Anna ci siano i tre requisiti indicati nella sentenza del 2019 per concedere il suicidio assistito: il malato deve essere mantenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale; la patologia deve essere irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psichiche ritenute dal malato intollerabili; la persona deve essere pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli. Nell'ordinanza si sottolinea che «l'Asugi non ha adempiuto ai propri obblighi di tutela del diritto alla salute». Il giudice ha condannato l'Azienda a rifondere metà della spese processuali e, qualora trascor-

ressero più di 30 giorni senza adempiere all'accertamento, a pagare 500 euro per ogni giorno di ritardo.

Un'équipe di medici dell'Asugi dovrà visitare Anna e stilare una relazione in cui si indicherà se sussistano i tre requisiti. A quel punto servirà, come rimarca il giudice, il parere del «Comitato etico territorialmente competente». E, in caso di via libera, i medici individueranno farmaco, dosi e modalità di somministrazione.

Secondo l'ordinanza, l'Azienda ha sbagliato a chiedere già nei mesi scorsi un parere su competenze e percorso da seguire al Comitato etico unico regionale del Friuli (Ceur), prima di procedere all'accertamento delle condizioni di Anna. Il parere del Ceur, infatti, era risultato inevitabilmente generico in assenza delle verifiche mediche. Poi, c'è la questione annosa del vuoto normativo. Il giudice: «Trincerandosi erroneamente dietro al parere del Ceur e all'assenza di una disciplina legislativa di dettaglio, l'Asugi non ha adempiuto ai propri obblighi di tutela del diritto alla salute della paziente in quanto non ha accertato se versa nelle condizioni dettagliate dalla Corte Costituzionale». E poi la precisazione che il parere del Comitato dev'essere chiesto successivamente all'accertamento dei tre presupposti delineati nella sentenza del 2019: per il giudice non ha rilevanza «la genericità del parere trasmesso dal Ceur» proprio perché l'Asugi l'ha chiesto prima dell'accertamento delle condizioni della donna. «A tal proposito - si legge - non si può non sottolineare che il Ceur si è detto disponibile a collabora-

re con Asugi».

L'accoglimento del ricorso è stato, comunque, parziale. A differenza delle precedenti pronunce nelle Marche - i casi di Federico Carboni e «Antonio» -, dove il Tribunale aveva ordinato anche le modalità di somministrazione del farmaco, il giudice di Trieste le ha subordinate alla verifica delle condizioni del malato. Non essendo scontato l'esito dell'accertamento, non ci sono i «requisiti di attualità» per imporre all'Azienda sanitaria gli ulteriori adempimenti richiesti e, in particolare, per ordinarle di «determinare il trattamento farmacologico» e di «verificare le modalità di esecuzione del suicidio». «Si ritiene però congruo - aggiunge il giudice -, tenuto conto dell'urgenza data dalla gravità della situazione che coinvolge diritti fondamentali della persona costituzionalmente tutelati, dare un termine di 30 giorni».

«È significativo che il Tribunale abbia accertato il diritto costituzionalmente garantito a ottenere entro 30 giorni il completamento delle verifiche - commenta l'avvocato Gallo -. L'Azienda è stata ritenuta inadempiente, ha disatteso una sentenza della Corte costituzionale. Fondamentale, poi, la condanna al pagamento per ogni giorno di ritardo. È la prima ordinanza di un giudice in Italia in materia di suicidio assistito che prevede una sanzione per il ritardo e condanna al pagamento di parte delle spese». —

Gallo (Coscioni)
"Sancito il diritto
di avere una risposta
in tempi brevi"

Le tappe della vicenda

1

Il 4 novembre, Anna chiede la verifica delle condizioni per accedere alla morte assistita, come previsto dalla "sentenza Cappato"

2

L'Azienda sanitaria risponde tardi e in modo generico. La donna si rivolge a un legale per presentare un ricorso d'urgenza

3

Il tribunale di Trieste ordina all'Azienda sanitaria di fare le verifiche preliminari entro 30 giorni, pagando i danni per ogni giorno di ritardo



Chiuse le Uscar, a casa tremila sanitari

Erano nate con la pandemia. Il coordinatore: «Non è una scelta di buon senso»

Il verdetto è ufficiale: la Regione ha dismesso le Uscar, le unità nate durante il lockdown che in tre anni hanno effettuato tre milioni di interventi. Quasi tremila medici e infermieri altamente qualificati ora disoccupati. «Dismettere una struttura formata e pronta per affrontare ogni evenienza pandemica non è una scelta di buon senso - sottolinea Stefa-

no Marongiu, coordinatore emergenziale infermieristico delle Unità -. Questa sapienza non andrebbe dispersa».

a pagina 4 **Salvatori**

Covid, la Regione chiude le Uscar A casa tremila medici e infermieri

Istituite all'inizio della pandemia, hanno effettuato tre milioni di interventi

Il verdetto è ufficiale: la dismissione del servizio, a partire dal primo luglio, è stata inevitabile. «Facendo seguito alla determinazione Regione Lazio Go4257 del 30/03/2023, che ha disposto la proroga della disciplina di funzionamento delle Uscar e Usca fino al 30 giugno, non avendo ricevuto ulteriori aggiornamenti da parte della Regione Lazio si comunica la chiusura delle attività delle Uscar stesse». Firmato: Pietro Scanzano, direttore sanitario dell'Inmi.

Una decisione dolorosa, ma non più rinviabile, dal momento che la proroga concessa è scaduta ormai sette giorni fa. Eppure un'occasione persa di trarre qualcosa di positivo dalla pandemia da Covid-19 in favore di una sanità che dovrebbe virare verso un'assistenza più territoriale possibile. «Dismettere una struttura formata e pronta per affrontare ogni evenienza pandemica non è una scelta di buon senso - sottolinea Stefano Marongiu, coordinatore emergenziale infermieristico delle Unità -. Le Uscar in questi anni hanno formato 1.200 medici e 1.500 infermieri, garantito la capaci-

tà di intervenire nei grandi cluster come a domicilio. È un modello da replicare, non da mettere in garage. Questa sapienza non andrebbe dispersa ma trasformata in una sorta di "riserva" da attivare al bisogno. Il Covid non fa più paura, ma non è finito. Il 30 giugno la struttura di coordinamento ha ricevuto dalle Asl 12 richieste di intervento a domicilio. Dal primo luglio quelle persone non sanno a chi rivolgersi. Spero che si scelga di non smantellarle».

Nate nel Lazio a un mese dall'inizio del lockdown, nell'aprile del 2020, le Unità speciali di continuità assistenziale regionale - costituite da medici di base, specialisti, dottori e infermieri che prestavano servizio oltre l'orario di lavoro sotto la guida centralizzata dello Spallanzani che le ha formate - sono state fondamentali per la gestione dei malati di Covid. Il loro primo incarico fu il tracciamento dei positivi nel Comune di Nerola (seconda zona rossa del Lazio dopo Fondi) dove era esploso un cluster in una casa di cura. Poi l'emergenza si spostò a Contigliano (Rieti). Successivamente il turno toccò al No-

mentana hospital. Bardati tanto da non riuscire a vederne un centimetro di pelle, sono entrati nel cuore dei focolai delle carceri di Civitavecchia, Viterbo e Velletri. Hanno testato i cittadini stranieri provenienti dai Paesi a rischio nei caselli autostradali, così come al porto di Civitavecchia e negli aeroporti di Fiumicino e di Ciampino. Hanno assistito i malati nei Covid hotel, monitorato chi poteva trascorrere la malattia nella propria abitazione e affiancato i sanitari del 118 nei casi a bassa intensità. Non si sono fermati neanche quando sono arrivati i vaccini e li hanno somministrati negli hub così come a domicilio. Hanno curato con gli antivirali e con gli anticorpi monoclonali.

In totale questi quasi tremila professionisti sanitari, che da altamente qualificati sono passati allo status di disoccupati, in tre anni hanno effettuato tre milioni di interven-



ti.«L'esperienza Uscar ha dimostrato che una realtà in cui la medicina del territorio e quella ospedaliera collaborano e si integrano è possibile - si legge nella relazione delle attività delle Unità -. Questa collaborazione ha contribuito a far sentire il paziente realmente preso in carico, evitando la sensazione di abbandono di cui si tanto è parlato nel

corso della pandemia. In aggiunta, gestendo il paziente a domicilio, ha permesso di alleggerire il carico che gravava sul pronto soccorso e sugli ospedali».

Clarida Salvatori

Modello

Il coordinatore Marongiu: «Non è una scelta di buon senso, questa sapienza non andrebbe dispersa»

Nella foto d'archivio, Uscar in azione all'aeroporto di Fiumicino

