



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

9 FEBBRAIO 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



La storia

“Rientro dei cervelli”: al Bonino Pulejo il ritorno da Madrid di un giovane cardiologo

Giulio La Rosa ha vissuto diversi anni fuori dalla Sicilia per formarsi e specializzarsi in elettrofisiologia e cardiostimolazione.

9 Febbraio 2024 - di [Valentina Campo](#)

MESSINA. **È tornato in Sicilia** dopo aver vissuto diversi anni tra Roma e Madrid, per formarsi e specializzarsi nell'ambito della elettrofisiologia e della cardiostimolazione. Si tratta del dott. **Giulio La Rosa, giovane messinese classe 1990**, che ha firmato un contratto a tempo indeterminato come Dirigente medico cardiologo all'IRCCS Centro Neurolesi **Bonino Pulejo** di Messina, scegliendo di rientrare e mettere le competenze acquisite al servizio dell'U.O. di **Cardiologia con Utic**, diretta dal dott. Piercataldo D'Aleo. **Una tendenza controcorrente** rispetto a quella di tanti specialisti siciliani, che spesso lasciano la nostra regione con un biglietto di sola andata. Dopo essersi laureato e specializzato in Cardiologia all'Università Cattolica presso il **Policlinico Gemelli** di Roma, il dott. La Rosa si è recato a **Madrid**, dove ha lavorato come ricercatore per il Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), diretto da Valentín Fuster, editor-in-chief del Journal of the American College of Cardiology (JACC), una delle riviste di cardiologia più importanti al mondo. Il giovane medico ha anche frequentato **due master**, rispettivamente in “Aritmologia Clinica” presso l'Universidad Rey Juan Carlos e in “Elettrofisiologia Interventistica” presso l'Universidad Complutense di Madrid. Nel periodo tra la laurea e la specializzazione, si è recato ad **Oxford**, dove ha approfondito la ricerca sull'infiammazione cardiovascolare. Nel 2023 è stato nominato membro della “**Società di Ricerca Scientifica Americana Sigma Xi**” per meriti accademici e a settembre dello stesso anno è arrivato all'IRCCS Bonino Pulejo con un contratto a tempo determinato, vincendo poi il concorso a tempo indeterminato. «Ho scelto di fare ritorno in Sicilia-**racconta ad Insanitas il dott. La Rosa** – perché mi piaceva l'idea di portare le esperienze collezionate in



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

questi anni in una realtà come la nostra, specie nell'ambito dell'elettrofisiologia, che attualmente è senza dubbio al centro dell'innovazione tecnologica. Non si è trattata di una decisione facile, ma stiamo provando ad implementare aspetti nuovi, nonostante gli ostacoli e le difficoltà quotidiane». La Rosa aggiunge: «L'obiettivo del nostro primario il dott. Piercataldo D'Aleo e del dott. Giuseppe Picciolo, che è un maestro in questo campo, è quello di potenziare il **laboratorio di elettrofisiologia**, dato che fino ad oggi molti pazienti scelgono di recarsi fuori regione per ricevere questi trattamenti. In particolare, insieme al dott. Picciolo, stiamo rafforzando l'attività di ablazione della **fibrillazione atriale**, una delle patologie più frequenti la cui prevalenza è in costante aumento poiché associata all'invecchiamento della popolazione. I centri che fanno ablazione in Sicilia sono pochissimi e noi stiamo lavorando per offrire queste opzioni di trattamento anche qui». L'ambito del dott. La Rosa riguarda anche la **cardiostimolazione**, che tratta disturbi del ritmo cardiaco quali blocchi atrioventricolari, disfunzione del nodo del seno e incompetenza cronotropa associata a sintomi: «Mi occupo- ha illustrato il cardiologo- pure di impianto di pacemaker, defibrillatori, dispositivi di resincronizzazione. Inoltre, i miei studi di ricerca riguardano la prevenzione della **morte cardiaca improvvisa** attraverso modelli sperimentali in vivo e tramite lo sviluppo di algoritmi, che ci permettono di vedere quando si verificano tali eventi e come prevenirli, attraverso una **gestione terapeutica mirata**. Quando ero a Madrid, mi sono dedicato alla **cardiologia molecolare** in diversi tipi di aritmie, ambito che continuo ad approfondire grazie ad una convenzione firmata tra il Bonino Pulejo e il CNIC, che mi permette di recarmi mensilmente in Spagna per proseguire i progetti di ricerca avviati». Recentissimo è un lavoro pubblicato sulla rivista internazionale **Nature Communications**: «Con il CNIC abbiamo condotto uno studio riguardante un **algoritmo**- ha spiegato il dottore- che consente di caratterizzare la progressione del rimodellamento degli atri nei pazienti affetti da fibrillazione atriale, rappresentando una novità assoluta tanto dal punto di vista diagnostico, poiché non tutte le fibrillazioni atriali sono uguali, che **prognostico**, in quanto ci consente di personalizzare le **strategie terapeutiche** sul paziente, in modo assolutamente più preciso rispetto a quanto fatto finora. Al momento, si sta procedendo ad implementare l'algoritmo nei **nuovi ecocardiografi** e a validarlo sui grandi numeri in studi di clinici multicentrici». Un'ulteriore novità riguarda poi la **stimolazione fisiologica**: «È una tecnica che già utilizzavo e che stiamo promuovendo nei pazienti candidabili- ha riferito il cardiologo- in cui si sfrutta il proprio sistema di **conduzione del cuore** per la stimolazione. La stimolazione con il **pacemaker** è più efficace e sicura, perché riduce i danni della cardiopatia mediata da pacemaker e ripristina la fisiologia dell'elettrostimolazione cardiaca, favorendo una **contrazione normale** ed evitando lo sviluppo di disfunzioni ventricolari».

[Il commento del primario](#)



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Molto soddisfatto di aver acquisito stabilmente in squadra lo specialista, il dott. **Piercataldo D'Aleo** primario dell'U.O. di Cardiologia con Utic sottolonea: «Il dott. La Rosa ha lavorato nei migliori centri nazionali ed europei e adesso potrà mettere in pratica la sua esperienza anche all'interno della nostra Unità Operativa, che stiamo rilanciando, grazie anche al supporto indispensabile delle direzioni strategiche, che negli ultimi anni hanno creduto fortemente in questo progetto. È una bellissima storia, dal punto di vista professionale e umano, che racconta di **un giovane che è voluto tornare** nella sua terra, e di una struttura che gli ha dato la possibilità di continuare ad esercitare la medesima attività svolta all'estero, accogliendolo e mettendo a sua a disposizione le migliori tecnologie. Si è trattato di un arrivo che ha portato una ventata di novità nel nostro **valido team** e su cui potrà contare la nostra città».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Il conferimento dell'incarico

Policlinico Giaccone, il nuovo direttore dell'Ortopedia è Lawrence Camarda

Ordinario di Malattie dell'apparato locomotore e direttore della Scuola di specializzazione in Ortopedia e Traumatologia dell'Università di Palermo.

Il Commissario straordinario del Policlinico, **Maria Grazia Furnari**, ha conferito l'incarico quinquennale di direttore dell'unità operativa complessa di **Ortopedia** al professore **Lawrence Camarda**, ordinario di Malattie dell'apparato locomotore e direttore della Scuola di specializzazione in Ortopedia e Traumatologia dell'Università di Palermo.

Camarda finora ha ricoperto l'incarico di responsabile della stessa unità operativa dove, con la sua equipe, ha realizzato, nel 2023, oltre 1.250 interventi. **Il neo direttore, 45 anni**, esperto in chirurgia del ginocchio e dell'anca, ha introdotto presso l'U.O.C. dell'Azienda ospedaliera universitaria alcune tecniche innovative, tra cui l'accesso mininvasivo all'anca per l'impianto di protesi e la chirurgia robotica del ginocchio.

«Formulo al Professore Camarda i migliori auguri di buon lavoro - dichiara la dottoressa **Furnari** – Sono sicura che con la sua qualificata e consolidata esperienza il Policlinico potrà potenziare ulteriormente l'offerta assistenziale».

Case di comunità
a quota 350,
però mancano
i dottori

Marzio Bartoloni — a pag. 7

Aperte 350 Case di comunità, ma dentro non ci sono medici

La Sanità territoriale. Il nuovo monitoraggio delle strutture previste dal Pnrr: in oltre un terzo non è ancora attivata la presenza di camici bianchi, nelle altre solo per alcune ore e meno della metà sono aperte sette giorni

Marzio Bartoloni

Sono già 350 le Case di comunità che hanno aperto i battenti e altre ne continueranno ad aprire nei prossimi due anni per arrivare entro giugno del 2026 alla quota minima prevista dal Pnrr di 1.038 in tutta Italia. Anche se le Regioni puntano ad aprirne con altri fondi fino a 1.421. Una buona notizia per gli italiani che finalmente potranno beneficiare di visite, esami e servizi più vicini a casa e senza dover ricorrere, come troppo spesso accade, al pronto soccorso per avere una risposta. Peccato però che i pazienti che bussano a queste nuovissime strutture immaginate durante il Covid per avvicinare di più il Ssn agli italiani con servizi h24 sette giorni su sette rischiano di trovare poco o niente di quello che si aspettano perché in molte case di comunità la presenza di un medico non c'è. Oppure c'è, ma solo per poche ore al giorno: in oltre un terzo (120) delle 350 case di comunità già aperte al momento non è prevista una presenza di pediatri o medici di famiglia, mentre in altre 56 strutture la presenza medica è prevista al momento per meno di 30 ore a settimana (al massimo 4-5 ore al giorno). In pratica in metà case di comunità i servizi sono soprattutto di tipo infermieristico (previsti anche psicologi e assistenti sociali), mentre

in altre 60 la presenza di medici di famiglia e pediatri varia tra le 30 e le 49 ore e in 112 tra 50 e 60 ore a settimana. Tra l'altro, delle 350 strutture già aperte meno della metà (148) sono aperte sette giorni su sette e solo 110 anche h24, mentre 61 offrono servizi 6 giorni su 7 e ben 141 meno di 6 giorni. Se queste sono le premesse della nuova Sanità territoriale su cui il Pnrr investe oltre 7 miliardi tra nuove strutture, cure domiciliari e telemedicina bisogna allora cominciare a preoccuparsi che si rischi di trovarci tra due anni - quando dovranno essere a regime tutte - con delle "scatolette vuote" con poco personale e servizi contati per i cittadini.

Questo almeno emerge dall'ultimo monitoraggio sull'attuazione della nuova Sanità territoriale appena arrivato sul tavolo del ministro della Salute Orazio Schillaci e aggiornato al 31 dicembre scorso, che riporta anche 105 ospedali di comunità aperti e 103 Centrali territoriali operative, oltre alle 350 case di comunità (presenti soprattutto in Lombardia, Emilia e Veneto). Il nodo però non è più tanto quello del rispetto dei tempi nel costruire i muri delle nuove strutture - soprattutto dopo lo stralcio di una parte di queste deciso con l'ok di Bruxelles - ma quanto il fatto di popolare del personale necessario per offrire i servizi che sono previsti. La scorsa manovra stanziava 250 milioni per il 2025 e 350 milioni dal 2026 per assumere il personale sul territorio. Ma intanto c'è da trovare subito medici e infermieri per le strutture aperte e tra i nodi fondamentali mai sciolti

finora c'è quello del ruolo da assegnare ai medici di famiglia che dovrebbero essere tra le figure cardine: tramontato il tentativo chiesto dalle Regioni di assumere i giovani medici delle cure primarie come dipendenti per farli lavorare nelle case di comunità, sono oltre tre anni che si discute come "vincolarli" a lavorare almeno qualche ora nelle nuove strutture (si veda articolo a fianco).

Ma cosa devono fare le Case di comunità? Le più grandi (quelle «hub») - secondo i requisiti del Dm 77 - devono garantire una «presenza medica» 24 ore al giorno sette giorni su sette, insieme agli infermieri (12 ore al giorno per 7 giorni). Tra le altre figure anche specialisti come psicologi, logopedisti, fisioterapisti, tecnici della riabilitazione e assistenti sociali. Qui gli italiani - soprattutto gli oltre 14 milioni di malati cronici - potranno ottenere, almeno sulla carta, oltre alla classica visita anche servizi diagnostici primari con apparecchiature come ecografi, elettrocardiografi, retinografi, oct, spirometri. Previsti anche punti per i prelievi e per gli screening oltre che per le vaccinazioni.



L'idea insomma è quella di farle diventare anche un'alternativa al pronto soccorso per i pazienti non urgenti. Qui si dovrebbero trovare anche i servizi classici di prenotazione di visite e ricoveri (il Cup). Addirittura già da quest'anno saranno attivate migliaia di postazioni con le quali erogare le prestazioni di telemedicina (il Pnrr investe 1,5 miliardi). Ma la do-

manda sorge spontanea: ci sarà almeno un medico che accenderà il pc per far partire la tele visita?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri della Sanità territoriale previsti dal Pnrr

7 miliardi

I fondi stanziati dal Pnrr

Il Pnrr stanziava oltre 7 miliardi per attivare la Sanità territoriale: in particolare 2 miliardi per costruire almeno 1.038 Case di comunità, 1 miliardo per 307 ospedali di comunità, 280 milioni per 480 centrali operative territoriali. In pista anche oltre 2 miliardi per le cure domiciliari e 1,5 miliardi per la telemedicina

1.038

Le Case di comunità

Dopo la rimodulazione del Pnrr con Bruxelles il target di Case di comunità da costruire entro metà giugno è sceso a 1.038 Case di comunità, anche se le Regioni con altri fondi puntano ad aprirne 1.421 in tutto. Si tratta di strutture sul territorio dove i cittadini potranno trovare servizi infermieristici, visite e prima diagnostica

307

Gli ospedali di comunità

In origine era prevista la costruzione di 400 ospedali di comunità, ma dopo la rimodulazione del Pnrr con l'Europa il target minimo di strutture da costruire è sceso a 307. Si tratta di strutture dove ricoverare pazienti cronici che non hanno bisogno delle cure ad alta intensità di un ospedale normale.

250mln

I fondi per le assunzioni

L'ultima manovra prevede uno stanziamento di 250 milioni nel 2025 e di 350 milioni a decorrere dall'anno 2026 per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale da reclutare, sia dipendente che convenzionato (e cioè medici di famiglia e pediatri)

«PROPOSTE SU CARENZE SANITÀ»

«Sulla Sanità formuleremo delle proposte al governo», avverte Massimiliano Fedriga, presidente della Conferenza delle Regioni e governatore del Friuli (in foto). Nel mirino la carenza di personale sanitario, «anche con prospettive diverse rispetto alla componente medica che dalle previsioni dal 2028 troverà un numero maggiore di medici formati rispetto ai professionisti che

vanno in pensione. Quanto invece alla carenza di infermieri c'è da dire che questa sarà sempre più consistente e su questo dobbiamo intervenire».



Intesa per 40mila medici di base: aumenti del 3,8%

Firmato l'accordo

Firmato l'accordo per 40mila medici di base e oltre 10mila di continuità assistenziale (le ex guardie mediche), scaduto da quasi 6 anni. Prevede aumenti contrattuali del 3,78% con i relativi arretrati e maggiori tutele. **Bartoloni e Gobbi** — a pag. 7

Sì all'accordo dei dottori di famiglia, resta il nodo del loro ruolo in futuro

Siglata l'intesa

Al via aumenti del 3,78% e arretrati per 15mila euro per oltre 50mila sanitari

Marzio Bartoloni
Barbara Gobbi

Aumenti contrattuali del 3,78% e arretrati da riscuotere di 15mila euro in media e poi novità su telemedicina e tutele per malattie e infortuni. E anche qualche aggancio al Pnrr e alla Sanità territoriale che sta bussando alla porta. Dopo 6 anni di attesa, arriva il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale (Acn) di medicina generale e continuità assistenziale 2019-2021 siglato ieri in Sisac dai sindacati di categoria che interessa 40mila medici di famiglia e oltre 10mila ex guardie mediche. A snocciolare i primi risultati è il segretario nazionale della Fimmg, il sindacato principale, Silvestro Scotti: «Con l'Accordo recuperiamo parte del ritardo accumulato negli anni. Aggiornando i compensi al 2021 e recuperando 5 anni di arretrati, parliamo di più di 700 milioni, soldi accantonati negli anni dalle regioni e che non aumentano la spesa pubblica».

Ma la vera partita sul futuro della medicina di famiglia si giocherà con il prossimo Acn 2022-2024 e visti i tempi lunghi con cui si arriva al traguardo il rischio è quello di arrivare troppo tardi mentre nel frattempo continuano ad aprire le

nuove Case di comunità. Il nodo è sempre quello e cioè come riformare una professione che dopo il Covid non può più restare isolata nel suo ambulatorio: oltre a qualche specialista e agli infermieri - anche loro difficilissimi da trovare - l'idea è far lavorare almeno parte dei 40mila medici di famiglia (e 17mila specialisti ambulatoriali) nelle Case di comunità. Ma come? Il precedente Governo Draghi aveva pensato di obbligarli a lavorare un certo numero di ore nelle nuove strutture, ma il progetto è naufragato con la caduta dell'Esecutivo e da allora ogni progetto è rimasto nei cassetti. Tramontate le strade più radicali come quella di assumere i nuovi medici di famiglia come dipendenti (oggi sono liberi professionisti in convenzione) l'idea a cui si sta lavorando è di lasciare questa opzione volontaria: chi lavorerà nelle Case di comunità almeno un po' di ore (con il massimale che scenderà a 800-1000 assistiti) avrà un incentivo economico, ma la vera novità riguarderà i nuovi medici di famiglia che avranno un "vincolo" fisico a lavorare nelle Case di comunità in associazione con gli altri colleghi.

Comunque già nell'intesa siglata ieri ci sono le prime tracce del futuro che verrà: c'è innanzitutto

il consolidamento delle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) come terminale di una rete mirata a tenere insieme il ridisegno dell'assistenza sul territorio voluto dal Pnrr, ma anche il via libera al ruolo unico per la medicina generale che consentirà anche alle guardie mediche di avere uno studio con propri assistiti, magari proprio nelle case di comunità. Oltre l'impegno a prestare servizio nelle stesse case di comunità con un orario inversamente proporzionale al numero degli assistiti il cui tetto (massimale) potrà espandersi da 1.500 a 1.800 pazienti.

Tra le altre novità per i dottori, maggiori tutele della genitorialità nell'ottica di una professione sempre più al femminile e una maggiore autonomia di gestione degli studi medici, che potranno anche ospitare specialisti per la presa in



carico dei pazienti cronici.

Non mancano i nodi e a metterli in fila è questa volta il vicesegretario della Fimmg, Pierluigi Bartoletti: «Sarà il prossimo Atto di indirizzo a definire le priorità e la prima è che il sistema va organizzato con la maggiore efficienza possibile, armonizzando ospedale, territorio e domicilio, per garantire risposte tempestive e appropriate ai cittadini. Adeguate -

aggiunge - a un modello di medicina sempre più mirato sulla prevenzione e su una presa in carico in sinergia con specialisti, infermieri e psicologi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MISERIA E SANITÀ

L'assistenza domiciliare dovrebbe essere la svolta per il Sistema sanitario. Ma, anche se finanziata dal Pnrr, il governo ha tagliato i progetti per realizzarla. E i soldi per le assunzioni. A vantaggio dei privati

GLORIA RIVA

In sella al suo motorino, Giuseppe Adaggio fa lo slalom tra il traffico di Napoli. In tasca ha il foglio delle visite domiciliari di oggi: nove pazienti, tutti in zona Fuorigrotta. Uno pensa che lì ci sia solo lo stadio Diego Armando Maradona. Invece ci vivono un sacco di anziani allettati e soli che necessitano di assistenza, medicazioni, fisioterapia costante. Dal 2005 Giuseppe è un Oss, un Operatore sociosanitario della zona centrale di Napoli e si occupa di assistenza domiciliare. Un lavoro importante: entra nelle case dei più fragili, si accerta delle loro condizioni fisiche e psichiche, fa loro un bagno caldo, pulisce le ferite, offre le cure minime per restare in salute. Il suo sforzo vale 8,8 euro lordi l'ora. Un fisioterapista, chiamato ad esempio a riabilitare l'anziano reduce da frattura al femore, vale 9,6 euro l'ora. E l'infermiere, intervenuto per curare una piaga da decubito, vale 10,4 euro l'ora. Tutto incluso: non c'è buono pasto, non c'è rimborso spese per gli spostamenti, l'auto (o il motorino) è a carico del lavoratore, addirittura il tempo impiegato per spostarsi da un paziente all'altro non



viene conteggiato. Speriamo non scoprano mai che in Svizzera sono pronti ad assumerli a 37 euro l'ora: l'infermiere è merce rara.

In teoria l'Adi, cioè l'Assistenza Domiciliare Integrata, dovrebbe essere fra i principali assi nella manica del Pnrr, il Piano di Ripresa e Resilienza, finanziato dall'Europa con 20 miliardi di euro solo per la Sanità. Per ridurre il carico di lavoro che grava sugli ospedali, presi d'assalto da malati cronici, anziani e persone con malanni più o meno gravi in cerca di un medico di base (che non si trova più) e costrette a intasare il Pronto Soccorso (al collasso), si è pensato di potenziare la medicina territoriale con 1.300 case della comunità, 600 centrali operative territoriali, 400 ospedali di comunità. Peccato che ancora nessuno si sia preoccupato di racimolare il denaro per assumere medici, infermieri, fisioterapisti e assistenti sanitari che in quelle strutture nuove di zecca dovranno lavorare. L'attuale governo non solo ha tagliato i presidi da realizzare - meno 414 Case di Comunità, meno 96 Ospedali di Comunità, meno 76 Centrali Operative - ma ha destinato briciole al personale necessario: 250 milioni per il 2024, 350 per gli anni a seguire. Troppo poco se si considera che servirebbero 272 mila infermieri (stima il Crea, Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità dell'Università Tor Vergata) per stare al passo con le richieste di cure sanitarie del Paese. Detto altrimenti la spesa per il personale sanitario, che attualmente si attesta a 40,3 miliardi, dovrebbe aumentare di un quinto: 8 miliardi. Nonostante i proclami di **Giorgia Meloni** che, a detta sua, deve risolvere i disastri lasciati da chi l'ha preceduta, e nonostante il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, abbia assicurato che nel 2024 sarà finalmente levato l'odioso tetto di spesa al personale, che in sostanza dal 2004 non consente nuove assunzioni, il Paese reale va in un'altra direzione: «Sono assunto da una cooperativa. Ogni tre anni l'Asl territoriale indice un nuovo bando e quindi, ogni tre anni, cambio datore di lavoro. Non sempre va tutto liscio», racconta Giuseppe Adaggio a L'Espresso e continua: «Qualche volta vincono le finte cooperative, che spariscono con Tfr e contributi. E a ogni cambio appalto addio scatti d'anzianità». Un gioco dell'oca al ribasso, perché anche la coperta delle prestazioni da eseguire diventa sempre più corta: «Le ore per l'assistenza domiciliare si riducono. Non perché ci sia meno bisogno di noi, ma perché ci sono meno soldi». Il rischio per gli assistenti domiciliari è di non avere abbastanza assistiti per arrivare a uno

stipendio dignitoso. L'alternativa è tentare un concorso pubblico per entrare a pieno titolo nel Servizio Sanitario Nazionale, anche se non c'è alcuna corsia preferenziale per chi quel lavoro l'ha svolto per 10 o 20 anni. Ad esempio, la Lombardia e la Toscana hanno deciso di farla finita con gli appalti e assumere direttamente il personale. A dicembre oltre 400 operatori sanitari precari della Toscana hanno protestato perché la Regione ha sì deciso di assumere 179 persone, ma pescando da una graduatoria attiva. Risultato: saltano gli appalti alle cooperative. E il personale precario resta senza lavoro. Insomma, la beffa, oltre al danno.

Eppure la sanità pubblica ha sempre più bisogno dei precari. In base alle elaborazioni del dipartimento Funzione pubblica della Cgil sui nuovi dati statistici del ministero della Salute, nel Servizio Sanitario Nazionale lavorano 62 mila precari, cresciuti dell'80,7 per cento in dieci anni (erano 34 mila nel 2013). «È vero che la grande massa dei lavoratori della Sanità è assunta a tempo indeterminato (670 mila). Ma questa certezza viene erosa di anno in anno, come dimostra il costante aumento del ricorso al lavoro precario, alle cooperative, alle agenzie interinali, ai gettonisti e ai lavoratori a termine, indispensabili per far fronte al decennale blocco del turnover del personale», commenta **Michele Vannini**, segretario Fp Cgil, che nonostante i proclami del governo, non vede alcuna luce infondo al tunnel. Anzi: «Il governo Meloni non ha sbloccato il tetto di spesa per le nuove assunzioni. Giorgia Meloni e il ministro Schillaci fanno un sacco di annunci a cui corrispondono poche iniziative concrete e tutte nel solco di consolidare la situazione attuale, ovvero favori a ► ► pioggia alla sanità privata». A proposito di proclami, nell'ultima manovra finanziaria il governo ha annunciato, con soddisfazione, di avere stanziato oltre due miliardi per aumentare il salario dei medici, peccato che quei soldi fossero relativi al rinnovo del contratto risalente al 2019-2021, quindi scaduto da tre anni. E sempre Schillaci ha messo più soldi per finanziare le prestazioni aggiuntive utili ad abbattere le liste d'attesa: «Stiamo dicendo al personale già all'osso (che spesso non può permettersi la normale turnazione perché i colleghi fuggono verso la sanità privata) che, una volta terminato il proprio turno da 36 ore settimanali,



può benissimo guadagnare un extra facendo più ore di straordinario», spiega Vannini della Cgil. A profittare di tutta questa situazione è la sanità privata che può scegliere su quali prestazioni puntare e con più risorse a propria disposizione. Anche grazie a Giorgia Meloni che, nella legge di Bilancio, nel lasciare inalterati i tetti di spesa sul personale, ha previsto un incremento dei tetti di budget per i privati convenzionati di quasi un miliardo, cui vanno aggiunti 527 milioni per abbattere le liste d'attesa.

Sul fronte delle visite ambulatoriali, solo il 23 per cento viene erogato in regime di Ssn, per gli accertamenti diagnostici la prestazione è pubblica nel 30 per cento dei casi. E il peggio deve ancora venire: «Fino a dieci anni fa, quando il Servizio Sanitario Nazionale era finanziato almeno al 7 per cento del Pil, era possibile effettuare dei tagli sulle attività senza inficiare il servizio al paziente. Ora siamo al 6 per cento, minimo storico del finanziamento del Ssn: proprio le Regioni più virtuose, ovvero quelle abituate a offrire servizi

di qualità, si vedono costrette a tagliare la carne viva dei servizi. Non ci sono più inefficienze da sfolire, ci sono solo cure da sacrificare. Su tutte, l'assistenza domiciliare, che sta pagando il prezzo più caro», spiega **Francesco Longo** del Cergas Bocconi, che fa notare come, paradossalmente, la Regione meno problematica per il ministero dell'Economia e delle Finanze, è in questo momento la Calabria, dove si spende poco, a fronte di cure al lumicino.

In tutto questo, il nostro Operatore socio-sanitario di Napoli ha paura che, presto o tardi, l'intero sistema delle cure domiciliari sarà sostituito da un pratico voucher assegnato alle famiglie, che a quel punto potranno decidere in quale struttura (privata) spenderlo. Con buona pace del pubblico, sarà l'ennesimo regalone ai tanti re delle cliniche.

TE

© ANSA/OLIVIERO TOSCANI

PRONTO SOCCORSO
Il Pronto Soccorso
dell'Ospedale milanese
di Niguarda

Al personale vengono destinati 250 milioni per il 2024, 350 per gli anni a seguire. Ma per adeguare gli organici alle necessità bisognerebbe spendere 8 miliardi

PROTESTE

Manifestazione a Firenze contro i tagli alla Sanità pubblica

Ormai per risparmiare non c'è efficienza da aumentare. Solo cure da tagliare. Specie nelle Regioni finora più virtuose. Alla Calabria non si può più togliere nulla



Innovazione

La terapia genica accende le speranze

Alessandro Longo

Ho sperimentato cose che avevo solo sognato: un'energia sconfinata e la capacità di riprendermi semplicemente dormendo». «I miei sintomi fisici, tra cui una tinta giallastra negli occhi causata dalla rapida degradazione dei globuli rossi malfunzionanti, sono scomparsi nel giro di una notte». «Ho acquisito la certezza che la malattia non mi porterà via». Così racconta l'americano **Jimi Olaghere**. Tra i primi al mondo a beneficiare di una terapia genica basata su una tecnologia rivoluzionaria, che ha portato il Nobel alle due inventrici, **Emmanuelle Charpentier** e **Jennifer A. Doudna**. È Crispr/Cas9, sempre più sperimentata in Italia e all'estero per varie malattie. In primis quelle del sangue, come l'anemia falciforme e la beta-talassemia. Di questa patologia l'Italia ha la maggiore incidenza di malati al mondo, circa sette-

mila. Si lavora anche per cancro, colesterolo e diabete. Casi dove finora la speranza di vita era ridotta.

Il macchinario Crispr funziona disattivando i geni che causano i sintomi della malattia. In pratica, taglia le eliche del Dna. Casgevy, la prima terapia Crispr, è già stata approvata nel Regno Unito e negli Usa per trattare la malattia falciforme e la beta-talassemia trasfusione dipendente. Ed è in procinto di essere approvata nell'Ue. Cura innovativa, ma è bene chiarire alcuni punti. Primo: «A oggi questa terapia straordinaria modifica i sintomi non curando totalmente la malattia di base», spiega **Marco Pregolato**, dottore di ricerca in Biologia molecolare/epigenetica al Friedrich Miescher Institute in Svizzera e divulgatore scientifico. Significa comunque migliorare molto la vita del paziente. Secondo: «È necessario impiantare nei pazienti una nuova popolazione di cellule, prive del gene difettoso; perciò bisogna prima eliminare le cellule esistenti», aggiunge Pregolato. Con le attuali terapie Crispr i pazienti devono quindi sottoporsi a un trapianto di midollo osseo; dopo la chemioterapia per distruggere le

cellule difettose, le staminali sono estratte, modificate in laboratorio e reinfuse. «È un trapianto più sicuro di quello che si fa per la leucemia, perché le cellule trapiantate appartengono al paziente stesso». Resta un intervento pesante. «Ho affrontato nausea, debolezza, perdita di capelli, piaghe alla bocca e il rischio di esacerbare la condizione di base», scrive Olaghere sul *Mit Technology Review*. «Sono allo studio protocolli meno impattanti; ad esempio per le malattie ereditarie della retina», riprende Pregolato.

«Curare l'occhio con il Crispr è uno degli obiettivi della mia startup, Alia Therapeutics», aggiunge **Anna Cereseto** del dipartimento Biologia cellulare dell'Università di Trento. I lavori di Cereseto e **Franco Locatelli** al Bambino Gesù di Roma e di **Luigi Naldini** dell'Ospedale San Raffaele di Milano sono tra i più avanzati in Italia, come spiega una delle pioniere nel campo, **Valeria Poli**, ordinaria all'Università di Torino. Usa il Crispr per ricerca di base sui topi, «per inattivare singoli geni e vedere quale ha una funzione importante, ad esempio per la resistenza ai farmaci». Locatelli ha già trattato volontari affetti da talassemia e anemia falciforme: questi ultimi, una trentina finora, sono riusciti a evitare ricoveri per almeno dodici mesi consecutivi dopo il trattamento. E a fine 2023 sono arrivati risultati promettenti anche per la cura di casi gravi di ipercolesterolemia familiare, come emerge da un anno di sperimentazione della società statunitense Verve Therapeutics. Se si conferma l'efficacia del Crispr nell'abbassare il colesterolo genetico, si apre una porta per altre malattie cardiache. Sperimentazioni in corso anche per il diabete e la leucemia linfoblastica acuta. Quest'anno, poi, è previsto l'arrivo di una versione di Crispr in grado di modificare i geni, non solo di tagliarli.

Adesso, però, l'Italia deve fare una scelta politica ed etica. Una terapia con Crispr costa un milione di euro per paziente, «il sistema sanitario dovrà scegliere se farne carico e garantirla a una vasta platea», dice Pregolato. Ma la spesa sanitaria pubblica è ridotta ai minimi termini: «Eppure usare terapie Crispr potrebbe rivelarsi conveniente per lo Stato. Queste patologie, infatti, pesano enormemente sull'Ssn».

E

Rivoluzione oncologica

Nature, Regno Unito

In un commento su Nature cinque ricercatori chiedono di cambiare l'approccio nella lotta ai tumori. Invece di classificare i tipi di cancro metastatico in base all'organo di origine, si dovrebbe usare come criterio il meccanismo biologico che li determina. Secondo i ricercatori, per esempio, invece che genericamente

di cancro al seno, in alcuni casi si dovrebbe parlare di cancro dovuto a mutazioni dei geni brca1 e brca2. Questo potrebbe migliorare le cure, rendendo disponibili più rapidamente per i pazienti i farmaci già presenti sul mercato. Attualmente l'oncologia è basata sulla localizzazione del tumore nel corpo. I reparti di oncologia

si specializzano basandosi su questa suddivisione, così come i medici oncologi. Anche i farmaci sono approvati in base a questo criterio. Ma il sistema è stato superato dagli ultimi sviluppi dell'oncologia, che hanno permesso di classificare i tumori basandosi sui geni, sulle proteine e sui meccanismi molecolari delle cellule. È quindi possibile usare lo stesso farmaco per tumori diversi, ma con lo stesso profilo molecolare. ♦



Scienza

Cos'è davvero la dieta mediterranea

Michael Marshall, New Scientist, Regno Unito

Fin dagli anni quaranta è noto che l'alimentazione dei paesi dell'Europa meridionale fa bene alla salute. Ma solo ora si comincia a capire perché

Quando si parla delle diete più sane, ce n'è una che sembra unire l'utile al dilettevole. Per decenni ci è stato detto che il segreto per stare bene è gustarsi i deliziosi cibi freschi del Mediterraneo. Aggiungere più pomodori, focacce e olio d'oliva al piatto della cena, e annaffiarlo con un bicchiere di chianti, è considerato un ottimo modo per ridurre la probabilità di avere un infarto o sviluppare il diabete di tipo 2.

La cosa più sorprendente è che non sono esagerazioni. Da più di cinquant'anni si moltiplicano le prove che la dieta mediterranea può davvero migliorare la salute. "Abbiamo studi clinici a lungo termine e di grandi dimensioni con risultati concreti", afferma Miguel Martínez-González dell'università di Navarra a Pamplona, in Spagna. E non sono molte le diete che possono vantare la tutela dell'Unesco. Una decina d'anni fa, l'organizzazione ha infatti aggiunto la dieta mediterranea alla sua lista rappresentativa del patrimonio culturale immateriale dell'umanità.

Ma nonostante tutte queste lodi, non è stato facile capire cosa sia all'origine di questi benefici. Per cominciare, i nutrizionisti non riescono a mettersi d'accordo sulla forma esatta che dovrebbe assumere. E poi bisogna considerare fattori come il mangiare in famiglia, cucinare a casa e altri elementi non attinenti alla dieta.

La buona notizia è che negli ultimi anni abbiamo cominciato a capire quali componenti della dieta offrono i maggiori benefici per la salute e perché.

Questo significa che oggi siamo in grado di offrire consigli migliori per mangiare bene, anche a chi non vive nella splendida campagna dell'Europa meridionale. La dieta mediterranea deve la sua fama al

fisiologo statunitense Ancel Keys e a sua moglie Margaret Haney, chimica e nutrizionista. Negli anni quaranta Keys fu uno dei primi a sostenere che i grassi saturi - presenti soprattutto nei prodotti di origine animale come carne e latticini - sono una delle principali cause di malattie cardiache perché portano all'accumulo di colesterolo nel sangue. I grassi insaturi, più comuni nei vegetali e nel pesce, sono un'alternativa più sana.

Sulla base di questa ipotesi, la coppia girò il mondo per studiare le diete seguite in diverse regioni. Il risultato fu il Seven countries study, avviato nel 1956, che confrontò dieta e salute in alcune parti degli Stati Uniti, in Giappone, in Finlandia, nei Paesi Bassi, in Italia, in Grecia e in Jugoslavia. La ricerca produsse ulteriori prove del legame tra il consumo di grassi insaturi e un minor rischio di malattie cardiache, poi confermato da altri studi.

Fin qui niente di sorprendente. Ma durante il loro lavoro, Ancel e Margaret notarono qualcos'altro. In una delle aree che avevano studiato, l'Italia meridionale, viveva un numero stranamente alto di centenari. La coppia si convinse che la dieta locale, ricca di grassi insaturi, fosse la chiave di questa longevità, e cominciò a pubblicizzarla. In seguito i due si trasferirono nel sud Italia per sfruttarne i benefici. Il fatto che entrambi siano vissuti a lungo (Ancel è morto a cent'anni, Margaret a 97), sembrò confermare la loro ipotesi. Così la dieta mediterranea è diventata sempre più popolare.

Ricette diverse

Ma con il passare del tempo era nata una



certa confusione su cosa comprendesse esattamente. Una cosa però è chiara: non prevede grandi quantità dei cibi più golosi di Italia, Grecia e Turchia, come lasagne, moussaka e kebab. In realtà in questi paesi molte persone non seguono la versione della dieta che è stata collegata ai benefici per la salute.

Una delle definizioni più usate di cosa dovrebbe comprendere è il Punteggio della dieta mediterranea (Mds), proposto negli anni novanta da Antonia Trichopoulos. Una sua versione aggiornata è stata pubblicata nel 2003. Secondo l'Mds una dieta veramente mediterranea contiene molte verdure, legumi, frutta e noci, cereali e una quantità moderatamente elevata di pesce. Prevede poca carne, pollame e latticini e, cosa forse sorprendente, una moderata quantità di alcol, in

particolare il vino rosso. "Questa è la definizione più usata", afferma Martínez-González. Tuttavia, nel 2011 lui e il suo team hanno sviluppato un'alternativa chiamata Aderenza alla dieta mediterranea, che prende in considerazione anche l'uso dell'olio d'oliva in cucina (consigliato) e il consumo di bevande gassate o zuccherate (sconsigliato).

Negli anni si sono accumulate altre modifiche alla definizione standard. "Oggi i latticini sono considerati ininfluenti", afferma Richard Hoffman dell'università dell'Hertfordshire, nel Regno Unito, mentre la quantità di alcol raccomandata è diminuita. Ma a causa di questi continui aggiustamenti "non esiste un consenso ufficiale" sull'esatto profilo della dieta, dice Martínez-González.

Nonostante l'elenco preciso sia oggetto di dibattito, una serie di studi su larga scala e a lungo termine ha ampiamente convalidato l'intuizione di Ancel e Margaret. "La conferma principale riguarda le malattie cardiovascolari", afferma Hoffman. "La dieta mediterranea è generalmente considerata la migliore per prevenire un infarto o un ictus". Nel 2022 uno studio chiamato Cordioprev ha suggerito che seguire la dieta mediterranea invece di una generica a basso contenuto di grassi porta a una riduzione statisticamente significativa delle possibilità di un secondo evento cardiovascolare nelle persone che ne hanno già avuto uno.

È anche dimostrato che la dieta mediterranea può ridurre il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari, come ha riscontrato un'analisi di 22 studi su questo problema, realizzata nel 2020 dall'organizzazione britannica Cochrane. Una pa-

noramica completa pubblicata l'anno successivo da due ricercatori dell'università di Harvard ha individuato "solide prove" del fatto che protegge la salute cardiovascolare. Secondo alcuni ricercatori le sue proprietà spiegano perché il tasso di mortalità per malattie cardiovascolari in Italia è molto al di sotto della media globale: le persone che seguono la dieta mediterranea sono abbastanza numerose da influire in modo sostanziale sulle statistiche.

I benefici sembrano non riguardare solo la salute cardiovascolare. Secondo un'analisi del 2020 le persone che seguono questa dieta hanno il 20 per cento in meno di probabilità di sviluppare il diabete di tipo 2. È stato inoltre ipotizzato che la dieta mediterranea riduca il rischio di alcune forme di cancro, come quelli del se-

no e della vescica (ma sono necessarie ulteriori prove per confermarlo).

Alcuni di questi presunti benefici potrebbero essere smentiti da studi più rigorosi, ma Martínez-González è convinto che vale comunque la pena seguire questo regime alimentare. "Nessuno studio che io conosca ha dimostrato che è dannoso", dice.

Il reddito conta

Sembra però che la dieta mediterranea non funzioni per tutti. Una delle più grandi ricerche sull'argomento è lo studio Moli-sani, che ha seguito più di ventimila persone residenti in Molise tra il 2005 e il 2010. In un aggiornamento del 2018, i ricercatori guidati da Maria Laura Bonaccio dell'istituto neurologico Ircs Neuromed hanno trovato quella che all'inizio sembrava solo una conferma di un fatto già noto. Sulla base di 4,3 anni di dati: le persone che seguivano la dieta mediterranea avevano meno probabilità di avere problemi di salute cardiovascolare. Tuttavia c'era una sorpresa: i benefici sono stati osservati solo nelle persone con istruzione e reddito più elevati. "Negli altri gruppi sociali questa protezione non è stata riscontrata", dice Bonaccio.

Perché le persone con redditi familiari più bassi o un livello d'istruzione inferiore non dovrebbero avere gli stessi benefici? Una possibilità è che i dettagli contino, dice Bonaccio. "Per esempio, chiediamo ai



partecipanti quanta frutta mangiano al giorno”, spiega. Ma gli studi non si interrogano sul tipo di frutta né su come è stata coltivata e preparata. La qualità del cibo può influire, e questo spiegherebbe i dati: le persone provenienti da famiglie a basso reddito potrebbero non avere altra scelta che comprare cibi surgelati o conservati, più economici ma meno nutrienti di quelli freschi. Per confermarlo servirebbero studi più precisi.

Di conseguenza i ricercatori si stanno concentrando sull'importanza di alcuni fattori specifici. Un ingrediente in particolare sembra avere un ruolo fondamentale: l'olio extravergine di oliva. “La dieta mediterranea è quella dei paesi dove si coltiva l'olivo”, dice Bonaccio. L'olio d'oliva è ottenuto spremendo i frutti freschi, spiega Hoffman. Questo lo distingue da altri oli ricavati dai semi, estratti usando sostanze chimiche e ad alte temperature. L'olio extravergine di oliva, che tende ad avere un colore più scuro, è estratto a freddo in modo da non alterare le sue proprietà.

“La dieta mediterranea è molto più efficace se include l'olio extravergine di oliva”, afferma Hoffman. Uno studio del giugno 2023 ha rilevato che il consumo di olio extravergine è associato a una pressione sanguigna più bassa, a livelli più elevati di colesterolo “buono” e a livelli più bassi di colesterolo “cattivo”.

L'olio è ricco dei grassi insaturi di cui parlavano Margaret e Ancel Keys. Ma diversi studi hanno dimostrato che i suoi

benefici dipendono in parte da altri componenti che si perdono se viene raffinato, come i polifenoli. Da uno studio del febbraio 2023 è emerso che i polifenoli modificano il microbioma intestinale dei topi in modo tale da abbassare la pressione arteriosa rispetto a quelli alimentati con una dieta standard o arricchita con burro e olio d'oliva raffinato.

Anche la genetica personale può svolgere un ruolo importante. È stato dimostrato che alcuni nutrienti dell'olio d'oliva e di altri componenti della dieta mediterranea possono influire sull'attività dei geni legati, per esempio, all'infiammazione. A mano a mano che impariamo di più sul legame tra nutrizione e genetica, si potrebbe arrivare a consigliare versioni personalizzate della dieta.

Allora cosa bisogna fare per trarre beneficio dalla dieta mediterranea? Alcuni ricercatori pensano che non sia adatta a tutti, e non sono sicuri che possa funzionare al di fuori dei paesi mediterranei. Secondo Bonaccio ora sappiamo che ogni regione del mondo ha caratteristiche uniche, come il clima e i microbi, che influenzano sulla dieta ottimale. “Ogni paese dovrebbe scoprire la sua dieta”, dice.

Altri sono più ottimisti sul fatto che la dieta mediterranea possa essere seguita nel resto del mondo, e sostengono che è più importante replicare le sue caratteristiche generali piuttosto che le sue peculiarità.

Ma alcuni componenti come l'olio extravergine d'oliva sembrano irrinunciabili, sottolinea Hoffman, anche se incoraggiare le persone a comprare questo ingre-

diente chiave è difficile dato che il suo costo sta salendo. Secondo Martínez-González bisognerebbe introdurre tasse sui cibi ultraprocessati come le bibite gassate e i fast food, e usare il ricavato per sovvenzionare l'acquisto di alimenti più sani. I benefici per la salute pubblica di una dieta più sana abbasserebbero i costi delle cure mediche. “A conti fatti i governi risparmierebbero”, dice.

Ma non basta potersi permettere di comprare alimenti di alta qualità, perché c'è una componente di questa dieta che non si trova sugli scaffali dei supermercati. È possibile che alcuni dei suoi benefici non siano dovuti al mangiare, bensì allo stile di vita.

Bonaccio sottolinea che gli abitanti dei paesini studiati da Ancel e Margaret Keys - e più tardi da Trichopoulou - non solo seguivano una dieta specifica, “avevano anche un modo specifico di vivere”. Per esempio, abitavano in campagna e facevano un lavoro fisico all'aria aperta.

Inoltre può essere significativo il fatto che cucinavano da sé i pasti e mangiavano spesso insieme, il che secondo alcune ricerche aumenta la felicità e la soddisfazione, entrambe legate a una salute migliore. “Non si può seguire la dieta mediterranea senza cucinare”, conclude Bonaccio. ♦ *bt*

I benefici di una dieta più sana farebbero abbassare i costi per la sanità pubblica



Legge sul fine vita si dividono anche i medici

Emanuele Rossi e Bruno Viani

La proposta di legge in Regione sul fine vita divide anche i medici. Contrario Franco Henriquet, favorevole Roberto Lerza.

GLI ARTICOLI / PAGINA 11

Medici divisi sul fine vita

Liguria, il dibattito sulla proposta di legge del centrosinistra che sta ottenendo consensi nel centrodestra «Una norma ci vuole», dice Lerza. Mentre per Henriquet l'unica via percorribile è la sedazione del malato

ROBERTO LERZA Primario

«Come per l'aborto
un diritto esiste
se lo si organizza»

L'INTERVISTA/2

Emanuele Rossi / GENOVA

«**S**enza un modello organizzativo un diritto, anche se codificato, rimane lettera morta. Per questo sono favorevole ad una legge sul fine vita e il suicidio assistito, anche regionale». Roberto Lerza è il direttore dell'area emergenza della Asl 2 savonese e da quasi

un quarto di secolo (dal 2000) è il primario del pronto soccorso dell'ospede-

dale San Paolo di Savona.

Professore, è opportuno che nel consiglio regionale della Liguria si discuta di fine vita?

«Io credo di sì, perché una legge ci vuole. Abbiamo una normativa europea di riferimento, c'è una sentenza della Corte costituzionale, ma poi bisogna fare in modo di calare nella realtà e per questo si deve organizzare il sistema sanitario, come è stato fatto per la legge 194 sull'aborto. Altrimenti si continuerà ad assistere ai viaggi verso la Svizzera, per chi può permetterselo».

Come?

«Bisogna creare un percorso e definire chiaramente le condizioni. Chiariamoci: sono un medico e chiaramente penso che si debba lavorare sino all'ultimo per evitare lo scenario di un ricorso al suicidio as-

sistito. Ma proprio per questo penso che sia uno scenario che riguarderà una ristretta nicchia di persone. Parliamo di casi in cui la condizione è irreversibile e provoca sofferenza e in cui la volontà del paziente è chiaramente espressa. Ma insomma, uno deve avere il diritto di poterlo fare e anche di ricevere una valutazione da parte degli specialisti più adeguati. E ovviamente bisogna accertare la volontarietà del singolo».

Sarà difficile organizzare una risposta ad esigenze di questo tipo, nella sanità pubblica che non riesce a garantire i tempi delle normali prestazioni?

