



## **RASSEGNA STAMPA 29-09-2019**

1. CORRIERE DELLA SERA Il farmaco «jolly» contro 29 tipi di tumore
2. QUOTIDIANO SANITA' Speranza: "In Manovra battaglia per andare anche oltre i 2 miliardi di aumenti già previsti"
3. DOCTOR 33 Fondo sanitario, personale e superticket. Ecco i temi prioritari del Patto per la Salute
4. QUOTIDIANO SANITA' Legge Gelli. Ecm e Assicurazioni, tra grida di allarme e inesattezze
5. IL TEMPO Arriva l'influenza. E sarà cattiva
6. IL MESSAGGERO Pronto soccorso in crisi «mancano gli specialisti»
7. AVVENIRE Se la taglia si 'allarga' troppo cresce il rischio di mortalità

**Barcelona, il congresso di oncologia**

## Il farmaco «jolly» contro 29 tipi di tumore

dall'inviata a Barcellona **Adriana Bazzi**

**N**on conta più dove il tumore si trova, se nel polmone, nella tiroide o nel cervello: adesso c'è un nuovo modo per curare questa malattia con farmaci che vanno a colpire un difetto genetico, comune a molte forme di cancro, a prescindere dalla loro localizzazione. E funzionano. Il primo di questa categoria si chiama larotrectinib, è appena stato approvato dalla Commissione Europea per la sua commercializzazione e a Barcellona, al congresso della Società Europea di Oncologia (**Esmo**), le ricerche confermano la sua efficacia in almeno 29 tipi di tumore. Neoplasie del polmone, della tiroide, melanomi, sarcomi, tumori gastrointestinali. Che hanno, appunto, questa alterazione genetica in comune. È un farmaco «jolly», che gli esperti definiscono «agnostico» (non vuole riconoscere l'organo colpito, ma solo la mutazione genetica) ed è capace di aumentare la sopravvivenza nei pazienti. È vero che l'alterazione, bersaglio della molecola, è rara (si chiama Ntrk, comporta la fusione di due geni e quando c'è favorisce la proliferazione tumorale), ma in Italia interessa circa 4 mila pazienti ogni anno. Da curare. Quindi: farmaci efficaci, ma a quando la disponibilità nel nostro Paese?



29 SETTEMBRE 2019

## Speranza: "In Manovra battaglia per andare anche oltre i 2 miliardi di aumenti già previsti". E poi annuncia lo stop ai commissariamenti: "Servono modelli più flessibili"

***Il Ministro della Salute dalla festa della Cgil di Napoli a tutto campo sul comparto: "Il capitolo sanità, in questa fase di avvio del governo, conta molto, perché pesa molto nella vita delle persone. La mia opinione è che le risorse che si mettono nella sanità non vanno considerate banalmente come una spesa, ma come un investimento".***

"Ho fiducia in questo governo. Gli ultimi anni sono stati difficili ma appena insediato ho stipulato il Patto della Salute con le Regioni che sarà firmato a breve. Per la prima volta si passa da 114 a 116 miliardi e dovremo fare una grande battaglia per fare anche un passo in avanti. Negli anni scorsi c'è stata una grande difficoltà finanziaria ma ora occorre coraggio". Parole pronunciate dal Ministro della Salute, **Roberto Speranza** ieri sera a Napoli alla festa della Cgil.

Speranza ha parlato anche delle misure sul superamento dei commissariamenti contenute nel Patto per la Salute: "Serve una discussione spiega il ministro per superare questa stagione perché è una modalità che non ha portato a grandi risultati. Servono modelli più flessibili" tranne che in "casi straordinari".

E in riferimento alla Campania dove il governatore **Vincenzo De Luca** chiede l'uscita dal commissariamento precisa: "C'è una relazione istituzionale molto corretta e proficua con la Regione. Si sta discutendo, ma ci sono stati grandi passi in avanti". Sui tempi Speranza si dice "fiducioso che non saranno lunghi. Dobbiamo sciogliere gli ultimi nodi ancora sul tavolo".

Il Ministro ribadisce poi il suo pensiero generale sul comparto. "Il capitolo sanità, in questa fase di avvio del governo, conta molto, perché pesa molto nella vita delle persone. La mia opinione è che le risorse che si mettono nella sanità non vanno considerate banalmente come una spesa, ma come un investimento straordinario sulla salute e sul benessere delle persone. Questo è un salto culturale che noi dobbiamo fare, e lavoriamo per questo obiettivo".

Così come il Ministro rivendica la necessità di risorse per il personale: "Occorre trovare la forza e le risorse per garantire i servizi ai cittadini".

Infine, un passaggio sull'autonomia dove tra le righe il Ministro boccia ulteriori concessioni sulla sanità alle Regioni: "Credo che il programma del governo sia la Costituzione, l'articolo 32 è molto chiaro e molto netto: dice che la salute è un diritto fondamentale dell'individuo e un interesse della collettività. Penso che questo è il faro che ci deve guidare".

"Questo significa - ha aggiunto Speranza - provare ad offrire servizi di livello alto in tutto il territorio nazionale. Questo è il nostro obiettivo, su questo dobbiamo lavorare".

"Purtroppo - ha concluso il ministro - oggi nel Paese ci sono differenze molto significative tra i sistemi regionali. Noi dobbiamo lavorare perché la qualità sia alta dappertutto e perché i servizi che offriamo ai cittadini siano servizi adeguati alle domande che vengono espresse".

Sulla questione poi il Ministro ha ricordato che "Il nostro obiettivo è avere un sistema Lea efficace, e che in tutte le regioni, superando le differenze che ci sono oggi, i servizi siano adeguati. Credo che nella prima settimana di

ottobre personalmente riunirò questa commissione, che però è già istituita ed opera da tempo, per l'aggiornamento dei Lea, perché i livelli essenziali di assistenza mutano col mutare dei tempi, mutano con le evoluzioni che ci sono, ed è evidente che il sistema sanitario deve adeguarsi a queste evoluzioni".

<http://www.doctor33.it/>

## Fondo sanitario, personale e superticket. Ecco i temi prioritari del Patto per la Salute



Confermato l'aumento da 3,5 mld al Fondo sanitario per il 2020-2021 e via il superticket. Scompare la clausola di salvaguardia finanziaria e viene introdotta maggiore flessibilità ai tetti di spesa per il personale. Secondo quanto si apprende sono alcuni dei contenuti del Patto della Salute inviati dal ministero alle Regioni. Il commissariamento viene indicato solo per le Regioni in gravi difficoltà, con contestuale superamento del sistema dei Piani di rientro. Si tratta di 15 schede, la base per il nuovo Patto per la Salute. I lavori si erano interrotti prima della pausa estiva e il testo è ora nelle mani delle regioni. Previsto anche un capitolo dedicato alla ricerca e alla prevenzione, così come una parte sulla formazione dei medici specialisti, "valorizzandone il ruolo all'interno delle strutture sanitarie regionali pubbliche facenti parte della rete formativa, con progressiva autonomia e responsabilità coerenti con il grado di conoscenze e competenze acquisito". Quest'ultimo tema è in via prioritaria sul tavolo della Conferenza Stato-Regioni.

Il ministero della Salute, si legge nel documento, in collaborazione con le Regioni, ha effettuato una ricognizione sullo stato del patrimonio immobiliare e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale, la cui analisi ha evidenziato la necessità di procedere a interventi infrastrutturali per un importo complessivo pari a 32 miliardi di euro. A questi vanno aggiunti circa 1,5 miliardi di euro necessari per un adeguato ammodernamento tecnologico delle attrezzature a disposizione dei servizi sanitari regionali. Prevista anche una riorganizzazione dei servizi territoriali: attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità, in stretta correlazione con il Piano di governo delle liste di attesa e basati sulla medicina di iniziativa, un forte impulso dell'assistenza domiciliare, un investimento sull'assistenza semiresidenziale e residenziale per i soggetti non autosufficienti. Infine, il documento affronta il tema di una riforma degli Enti Pubblici Vigilati del Ministero della Salute, con particolare riferimento ad Aifa, Iss e Agenas, "al fine di superare la frammentazione normativa che si è stratificata nel corso degli anni e la potenziale duplicazione di funzioni e compiti tra soggetti in numerose aree di attività".

Sabato 28 SETTEMBRE 2019

## Legge Gelli. Ecm e Assicurazioni, tra grida di allarme e inesattezze

***Il tema della correlazione tra l'operatività delle coperture e l'adempimento, da parte degli esercenti, degli obblighi formativi Ecm ha sollevato diverse polemiche. Queste, però si basano su di una interpretazione normativa errata. Non si dice affatto che la copertura dal rischio di rivalsa in caso di colpa grave non sarebbe operante per i medici che non abbiano ossequiato gli obblighi Ecm. Ciò che è condizionato all'assolvimento degli obblighi formativi è il "diritto di rivalsa dell'assicuratore"***

Abbiamo letto, con interesse, alcuni recentissimi interventi pubblicati su *Quotidiano Sanità* ([Luca Benci](#), [Marco Castioni](#)) a proposito dello stato di avanzamento dei lavori di attuazione della Legge Gelli, con particolare riferimento alla [disciplina delle coperture assicurative](#). L'accelerazione impressa dall'esecutivo durante l'estate rinforza - un po' più credibilmente rispetto al passato - l'idea che il testo del decreto attuativo possa veder definitivamente la luce in tempi ragionevolmente brevi.

A seguito delle prime consultazioni istituzionali, le bozze iniziali sono state opportunamente (ri)lavorate, migliorando/risolvendo alcune gravi imprecisioni tecniche ma lasciando irrisolti alcuni complessi problemi e nodi interpretativi che certamente dovranno esser affrontati nel prosieguo del percorso. Uno di questi riguarda proprio il tema della correlazione tra l'operatività delle coperture e l'adempimento, da parte degli esercenti, degli obblighi formativi e di aggiornamento loro imposti in materia di educazione continua in medicina (ECM).

Si tratta di un argomento che ha subito suscitato reazioni critiche, diremmo quasi sdegnate, da chi ha ritenuto inaccettabile che il decreto possa condizionare l'operatività della garanzia all'adempimento di obblighi che, in realtà, si risolvono frequentemente in adempimenti di pura forma e che talvolta non assolvono alcuna effettiva finalità educativa, ponendo semmai un ulteriore impaccio burocratico alle già difficili condizioni ambientali in cui i professionisti sono chiamati ad operare (in questo senso si legga la [lettera al direttore di Massimiliano Zaramella](#)).

Di qui il grido di allarme, lanciato, da chi ha voluto vedere dietro al lavoro di attuazione, spinte lobbistiche tese a privilegiare gli interessi dei formatori, e degli assicuratori, rispetto a quelli di quei soggetti - anzitutto i medici - che la legge Gelli aveva in animo di proteggere, quale obiettivo primario della riforma.

Ora, al di là di qualsiasi valutazione politica o sindacale, che davvero non compete a chi scrive, vi sono alcune precisazioni da fare, per porre un po' più di chiarezza sulla norma e correggere alcune inesattezze che sono state scritte.

**Occorre, infatti, dire subito che il "J'accuse" è stato lanciato sulla base di una interpretazione normativa errata.**

La principale norma in discussione, l'art. 3 comma 3, non dice affatto quello che si è sentito affermare, ossia che la copertura dal rischio di rivalsa in caso di colpa grave non sarebbe operante per i medici che non abbiano ossequiato gli obblighi ECM.

Tutto al contrario tale disposizione - comunque irricevibile perché priva di qualsiasi ratio giuridica e palesemente in contrasto con la disciplina della legge 24/2017 - sembra fornire (e non togliere) un sostegno alla categoria di (alcuni) medici liberi professionisti.

### **Leggiamola:**

*III- "Per le coperture di cui all'articolo 10, comma 3, della Legge, l'assicuratore si obbliga a tenere indenne*

*l'esercente la professione sanitaria presso la struttura, a qualunque titolo, per tutte le azioni di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga esercitate nei suoi confronti ai sensi e per gli effetti dell'articolo 9, commi 5 e 6 della Legge e, in caso di azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicuratore, ai sensi dell'articolo 12, comma 3, della Legge. In questo caso, il diritto di rivalsa dell'assicuratore può essere esercitato nei confronti dell'assicurato qualora l'esercente la professione sanitaria non abbia regolarmente assolto all'obbligo formativo di aggiornamento previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina per il triennio formativo precedente la data del fatto generatore di responsabilità."*

Ciò che è condizionato all'assolvimento degli obblighi formativi è il "diritto di rivalsa dell'assicuratore", ossia il diritto di recuperare dal proprio assicurato quanto ha pagato al terzo danneggiato senza potergli opporre eccezioni fondate sul contratto (si pensi alla polizza che escluda la garanzia nel caso in cui il medico abbia operato in condizioni psicofisiche alterate, perché in stato di ebbrezza o sotto l'influsso di sostanze stupefacenti). In questi casi, esattamente come accade nella rc auto, l'assicuratore che, a rigore di contratto avrebbe potuto rifiutare l'indennizzo, è comunque tenuto a risarcire il terzo danneggiato salvo poi agire in rivalse nei confronti del proprio assicurato.

Tale regola è stabilita dall'art. 12 comma 3 della legge 24 ed è ritenuta di tale importanza da imporre al professionista la stipula di una copertura specifica del suo rischio (passivo) di rivalsa. In questo senso dispone l'art. 10 comma della Legge Gelli, a mente del quale "Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma 3, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave". Si tratta, come noto, di una disposizione davvero mal scritta (quanto proprio alla rivalsa assicurativa), nella parte in cui limita la sua operatività alle sole ipotesi di colpa grave e ai soli esercenti strutturati (allorquando l'azione diretta è prevista soltanto per le coperture dei liberi professionisti e delle strutture).

Ma al di là di tali considerazioni critiche, che il decreto attuativo non può ragionevolmente risolvere, la bozza di testo precedentemente commentata su questo quotidiano non esclude affatto la garanzia in caso di inadempimento degli obblighi ECM. Tutto al contrario, limita la possibilità (ex lege riconosciuta all'impresa assicurativa) di agire in via di rivalsa nei confronti di coloro i quali siano in regola con gli obblighi formativi. Il che è razionalmente assurdo: la compagnia vedrebbe impedito il proprio sacrosanto diritto di rivalsa nei confronti di chi non avrebbe alcun altro merito se non quello di aver adempiuto a propri doveri di legge.

Al di là della incongruenza di questa disposizione (per fortuna ancora in bozza), ed alla sua manifesta illegittimità perché contrastante con la norma primaria (e dunque in eccesso di delega), dobbiamo dunque concludere che l'inadempimento degli obblighi ECM non toglie, nella versione attuale del testo, alcuna garanzia assicurativa ai professionisti, ma semmai limita (in modo incomprensibile) il diritto dell'assicuratore. E non si faccia confusione: la rivalsa dell'assicuratore non è nemmeno ipotizzabile nelle polizze della colpa grave (per la rivalsa erariale o privatistica), giacché, in assenza di azione diretta, la compagnia non ha alcun titolo per rivalersi verso colui il quale deve assicurare.

Vi è poi un'altra disposizione della bozza di decreto ad introdurre – qui effettivamente – un possibile impatto negativo della violazione degli obblighi ECM sulla situazione assicurativa dei professionisti assicurati (e delle strutture). Ci riferiamo all'ultimo comma dell'art. 3 che prevede la variazione in aumento o in diminuzione del premio delle polizze assicurative in funzione di determinati parametri, tra i quali, oltre all'andamento della sinistrosità, anche il corretto adempimento degli obblighi formativi. Si tratta del retaggio di una norma che era già stata introdotta dalla precedente legge Balduzzi, salvo poi essere espressamente abrogata a seguito dell'approvazione del ddl AS 1324-B (legge n. 3/2018 "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute").

Le ragioni della radiazione di tal meccanismo dal comparto del rc sanitaria si spiega facilmente: il meccanismo del bonus-malus ha origine nel mondo dell'automotive, in cui esistono regole tariffarie specifiche, attorno alle quali poter effettivamente costruire procedure di adeguamento del prezzo in funzione di determinati parametri (la sinistrosità) tesi a maggiormente responsabilizzare l'assicurato. Analoghe regole mancano nella assicurazione della rc generale. Ma non solo: la frequente lungolatenza dei sinistri da "med mal" (a differenza dei danni derivanti da incidenti stradali, immediatamente riscontrabili) non consente di stabilire periodi di osservazione attendibili, all'esito dei quali comprendere l'effettiva sinistrosità di un determinato soggetto o di una determinata struttura.

Ecco perché è lecito attendersi che anche tale disposizione, anch'essa in odore di eccesso di delega, venga

espunta dal testo definitivo del decreto, una volta che questo vedrà la luce.

### **Ciò posto ci siano consentite alcune considerazioni finali.**

Al di là degli inutili allarmismi sin qui sollevati, la preoccupazione dimostrata circa la possibilità di condizionare l'effettività delle coperture assicurative all'assolvimento degli obblighi ECM merita comunque di esser presa in considerazione.

E' infatti ben possibile che il testo finale del decreto, correggendo la propria insostenibile impostazione attuale, insista nel regolare quel rapporto di correlazione, subordinando davvero l'operatività di determinate coperture al corretto assolvimento degli obblighi di formazione ed aggiornamento continuo. Potrebbe cioè esser previsto che tra le esclusioni di copertura, siano esse opponibili o meno al terzo danneggiato, vi siano proprio i sinistri cagionati da un soggetto che non sia in regola con i propri obblighi ECM.

Una tale previsione sarebbe del tutto allineata alla funzione educativa ed responsabilizzante dell'assicurazione del terzo millennio, che tende – prima che a risarcire un danno – a mitigare il rischio oggetto, inducendo l'assicurato a tenere condotte che possano controllarlo al meglio o provocare una diminuzione dei fattori che potrebbero invece aggravarlo. Per chi, come chi scrive, non è medico, l'idea astratta del beneficio che la formazione continua potrebbe portare al sistema pare, all'evidenza, financo ovvia.

Ma par più che comprensibile la rivendicazione di pensiero –non ideologica ma tremendamente concreta – di chi denuncia che le regole di principio sin qui declinate in astratto si scontrano con l'effettività di un sistema formativo ritenuto per nulla efficiente, talvolta cosmetico e, alla fine, inutilmente ingombrante rispetto alle esigenze di operatività sul campo.

E' però questo un tema che – ove fondato - andrebbe risolto su di un altro piano. Quello che attiene alla sostanza della formazione continua e non certo ai suoi rapporti di correlazione con la disciplina assicurativa. Rapporti di correlazione che, in un contesto sano, funzionante e ben calibrato, sarebbero certamente commendevoli, e quindi meritevole di esser regolamentati in ottica di sistema.

**Maurizio Hazan e Irene Avaldi**  
*Taurini & Hazan - studio legale*



## Arriva l'influenza. E sarà cattiva

**Allarme** Quest'anno il virus è «super-aggressivo». A rischio contagio 14 milioni di italiani. Bisogna vaccinarsi: nel Lazio campagna al via il 15 ottobre, profilassi gratis per gli over 65

■ L'influenza che verrà sarà «super-aggressiva». E già si prevede che il virus finirà per mettere a letto nel corso di tutta la stagione autunno-inverno circa 6 milioni di italiani, ma saranno almeno altri 8 milioni quelli che dovranno fare conti con quelli che si definiscono virus simil-influenzali. «Nell'ultimo an-

no sono stati 15 i decessi registrati in soggetti non vaccinati per complicanze dovute ai sintomi influenzali», ricorda la Regione Lazio, nella quale la campagna di vaccinazione antinfluenzale partirà dal prossimo 15 ottobre.

**Sbraga** → a pagina 13

## In arrivo l'influenza e sarà cattiva

**Le previsioni** Meno contagiosa ma super aggressiva per nonni e nipoti. Dal 15 ottobre la campagna di vaccinazione nel Lazio. Gratis per over 65

**Antonio Sbraga**

■ Nella stagione dominata dai vari "influenzer" rampanti, pure la vera influenza che verrà si annuncia più insidiosa, anche se meno contagiosa rispetto allo scorso anno. «Super-aggressiva», così almeno paventano gli infettivologi dopo aver isolato il primo virus influenzale della stagione, arrivato in anticipo a Parma, dove ha già colpito una bambina di 6 anni che accusava i sintomi di febbre e mal di gola nonostante le temperature siano ancora molto alte. E già si prevede che il virus finirà per mettere a letto nel corso di tutta la stagione autunno-inverno «circa 6 milioni di italiani, ma saranno almeno altri 8 milioni quelli che dovranno fare conti con quelli che si definiscono virus simil-influenzali», avverte Maria Triassi del Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università Federico II di Napoli, che fa appello ad aderire alla campagna vaccinale, soprattutto per bambini ed anziani. «Nell'ultimo anno sono sta-

ti 15 i decessi registrati in soggetti non vaccinati per complicanze dovute ai sintomi influenzali», ricorda la Regione Lazio, nella quale la campagna di vaccinazione antinfluenzale «partirà dal prossimo 15 ottobre e sarà completamente gratuita per gli over 65 anni, per i soggetti a rischio di ogni età con patologie croniche, donne in gravidanza, per il personale sanitario e di pubblica sicurezza e per i donatori di sangue - annuncia l'assessore alla Sanità, Alessio D'Amato - Vaccinarsi è importante ed evita serie complicazioni di salute soprattutto nei soggetti più deboli e consente di evitare inutili accessi al pronto soccorso e l'utilizzo inappropriato degli antibiotici per combattere la sindrome influenzale. È sbagliato sollecitare il proprio medico di famiglia per avere la prescrizione antibiotica quando è assolutamente consigliato fare il vaccino antinfluenzale».

### I RISCHI

L'apprensione maggiore riguarda soprattutto bambini piccoli ed anziani fragili: «I

rischi maggiori saranno legati alle nuove varianti di virus A, H3N2 e H1N1, ma non mancheranno i virus B/Colorado e B/Phuket», spiega Triassi. La quale ricorda a tutti di ricordarsi sempre di «lavare e asciugare regolarmente le mani, coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, con fazzoletti monouso da smaltire correttamente. Cercare di evitare di stare a contatto con chi presenta sintomi influenzali ed evitare di toccarsi occhi, naso o bocca». Anche per evitare di finire preda del picco influenzale, che fatalmente congestionerà ulteriormente anche Pronto Soccorso e reparti ospedalieri.

### LETTI CARENTI

Secondo le ultime rilevazioni del Ministero della Salute, infatti, il Lazio è al di sotto dello standard nazionale dei 3 posti letto per acuti ogni mille residenti: ne sono rimasti solo 17 mila e 220, pari a 2,92. Stanno messi peggio solo in Calabria (2,40), Piemonte, Puglia e Campania (2,80), Basilicata (2,84) e Sicilia (2,85). Questa la situazione

dopo le "amputazioni" imposte negli ultimi 13 anni, con ben 9 mila posti letto tagliati, pari a oltre un quarto dell'originaria dotazione ospedaliera: «la contrazione del loro numero raggiunge il 26,9%: dai 30mila del 2006 agli attuali 21.056», quantifica il Rapporto sullo Stato delle Province del Lazio, stilato dall'Istituto Eures. Una notevole riduzione dell'offerta nonostante «il sacrificio richiesto ogni anno alle famiglie e alle imprese laziali per il finanziamento dei disavanzi sanitari, che si è attestato a 2,3 miliardi di euro, di cui 1 miliardo a carico delle famiglie, 700 milioni a carico delle imprese e altri 500 milioni sostenuti da entrambi», lamentano i 5 enti provinciali del Lazio. E le proteste trovano conferma nel nuovo decreto di programmazione 2019/2021 della Regione, che ammette i punti deboli della rete ospedaliera e cerca di correre ai ripari tentando «soluzioni per il superamento di specifiche criticità dell'assetto attuale, quali una disomogenea distribuzione territoriale dei posti letto».

### Le complicanze

Nell'ultimo anno 15 decessi tra malati non vaccinati in regione

## Prevenzione

La Regione punta a superare la media nazionale dei vaccinati

to, il numero elevato di posti letto inattivi, il sovraffollamento nei Pronto Soccorso e Dea». E anche «il numero di posti equivalenti presso strutture residenziali per anziani non autosufficienti si attesta a 4,28 per 100 anziani, in diminuzione, comportando un peggioramento nella valutazione dell'indicatore cui corrisponde, dunque, uno scostamento non accettabile dalla soglia di riferimento».

”

**6 milioni**

I potenziali malati nell'arco della stagione influenzale 2020



**D'Amato**  
L'assessore alla Sanità della Regione Lazio che apre la campagna



# Pronto soccorso in crisi

## «Mancano gli specialisti»

► Gli anestesisti scrivono al Ministero della Salute: «Un pericolo i medici senza esperienza» ► La denuncia: entro il 2025 ci sarà un buco di oltre 17mila professionisti ospedalieri

### IL CASO

ROMA Tra qualche anno farsi curare in una struttura pubblica da specialisti veri potrebbe diventare un lontano ricordo. Secondo i dati dell'associazione dei medici dirigenti (Anaa Assomed) entro il 2025 la carenza dei medici specialisti sarà pari a 17.045.

### I NUMERI

In particolare, mancheranno all'appello 4.241 specialisti di medicina d'urgenza, 3.394 pediatri, 1.878 di Medicina interna, 1.523 dell'Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore e 1.301 medici di chirurgia generale. Lo scenario che si apre non è affatto tranquillizzante.

Ma, a ben vedere, non lo è neppure quello attuale. «Dal 2010 ad oggi per il blocco del turn over e i ridotti finanziamenti - spiega Carlo Palermo, segretario nazionale dell'Anaa Assomed - le aziende per rientrare nel bilancio hanno bloccato le assunzioni.

Attualmente, mancano circa 8mila medici specialisti, 2mila dirigenti sanitari e 36mila infermieri. Per il futuro dovremo fare i conti con la discrepanza per le criticità dovute al pensionamento del 2025, che riguarderà il 50 per cento dell'attuale composizione organica, cui non corrisponderà il ricambio. La programmazione dei fabbisogni degli specialisti, infatti, è stata totalmente sbagliata».

### LE REGIONI

I medici dirigenti, anche se finora inascoltati, la soluzione al problema la conoscono già da tempo. Le Regioni, nel frattempo, ricorrono a soluzioni alternative, assumendo negli espe-

dali e nei pronto soccorso, i neolaureati. Ma gli specialisti insorgono. Troppo alto è il rischio infatti per la sicurezza delle cure affidate a giovani inesperti. L'Associazione degli

### VENGONO ASSUNTI NEOLAUREATI «CHE NON HANNO NEMMENO INIZIATO IL PERCORSO DI FORMAZIONE»

anestesisti rianimatori ospedalieri italiani emergenza area critica (Aaroi-emac) ha così deciso di scrivere una lettera alle Regioni e al Ministero della Salute, per esortarli ad «abbandonare ogni iniziativa tesa a riempire i Pronto Soccorso di medici non adeguati al lavoro che si svolge in tale peculiare settore, dove i cittadini accedono nelle condizioni di effettiva urgenza ed emergenza, che in quanto tali necessitano di prestazioni che soltanto medici ospedalieri possono e devono assicurare».

### LA FORMAZIONE

«Quando parliamo di assunzioni di personale semplicemente laureato - spiega il presidente Alessandro Vergallo - ci si riferisce a laureati che non hanno nemmeno iniziato il percorso di formazione. I rischi per la sicurezza sono legati al fatto che il cittadino che va al Pronto soccorso trova un medico che non ha alcuna esperienza ospedaliera, ma che tutt'al più, come de-

ciso in Sicilia, ha seguito un corso di tre mesi».

### CONTRATTI ATIPICI

«Questi neo laureati, tra l'altro - aggiunge Vergallo - non poten-

do essere assunti con il contratto collettivo di lavoro, firmano contratti atipici a partita Iva, collaborazione, oppure vengono fatti rientrare in qualche modo all'interno dell'Accordo

collettivo nazionale della "Medicina di famiglia".

Intanto, per ovviare alla carenza di medici, la Conferenza delle Regioni ha approvato il documento definitivo messo a punto dalla Commissione salute, che prevede tra l'altro per il prossimo triennio l'entrata nel Servizio sanitario nazionale anche di medici provvisori della sola laurea e abilitazione all'esercizio professionale, che avranno così la possibilità di conseguire un titolo di specializzazione.

D'altro canto, è previsto pure che i medici possano continuare a lavorare oltre i 65 anni, sino al maturare dei quaranta anni di servizio effettivo, e comunque non oltre i 70. Il testo dovrà passare ora al vaglio del ministero della Salute, del Miur e dei sindacati di categoria. Il via libera finale spetterà al governo.

**Graziella Melina**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## L'emorragia di medici

**MEDICI IN SERVIZIO**  
**105.000**

Nel 2019

**-7/8.000**

Nei prossimi 3 anni

**-23.000**

Nei prossimi 7 anni

**-52.000**

**LA SITUAZIONE**  
**FINO AL 2021**

Andranno comunque  
in pensione

**18.000 circa**

Maturano requisiti

**18/20.000 circa**

Effettivi per quota100

**4.500 circa**



**GLI ANNI CALDI**

Medici di base  
in pensione

**3.902**

2022

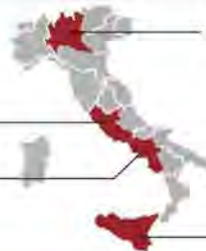
**33.400**

2028

**LE REGIONI PIÙ IN CRISI**



Lazio  
Campania



Lombardia

Sicilia

Fonti: Anaa-Assomed

ANSA - centimetri

**«DOPO IL BLOCCO  
DEL TURN OVER  
È STATA TOTALMENTE  
SBAGLIATA LA  
PROGRAMMAZIONE  
DEI FABBISOGNI»**



# Se la taglia si 'allarga' troppo cresce il rischio di mortalità

*Un punto vita maggiore di 88 centimetri nelle donne in post-menopausa*

Un articolo di recente pubblicato su 'Nutrition, Obesity and Exercise' suggerisce che un punto vita abbondante, superiore a 88 cm (cioè un'obesità di tipo centrale), nelle donne in post-menopausa potrebbe associarsi ad un aumentato rischio di mortalità. Yangbo e colleghi sono giunti a questa conclusione, effettuando uno studio retrospettivo su 156.624 donne americane in menopausa, su dati del Women's Health Initiative study. Dall'analisi emerge che l'obesità centrale, anche quando si associa a peso corporeo normale, risulta associata ad un aumento della mortalità da qualsiasi causa, a quella da cause cardiovascolari e da tumori, rispetto alle donne normopeso, con circonferenza vita nella norma. Gli autori ritengono importanti questi risultati perché in genere i medici non pongono attenzione alla misura della circonferenza vita nelle donne con peso corporeo nella norma. Ma in questo modo sfugge una categoria di soggetti a rischio di mortalità aumentato, quella delle donne in post-menopausa con giro vita superiore a 88 centimetri. «Lo studio - commenta la professoressa Patrizia Burra, ordinario di Gastroenterologia, dipartimento di Scienze chirurgiche, oncologiche e gastroenterologiche dell'Università degli Studi di Padova e vicepresidente della Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva (SIGE) - presenta alcuni limiti perché ha preso in considerazione solo donne in post-menopausa; di conseguenza, questi risultati non possono

essere estrapolati a donne più giovani, o alla popolazione maschile. Inoltre l'obesità centrale è stata valutata solo attraverso la misurazione del giro vita, mentre il ricorso a esami di imaging più sofisticati, avrebbero fornito informazioni e permesso una più accurata stratificazione del rischio della popolazione in studio. Il messaggio che emerge da questo studio - prosegue la professoressa Burra - è importante perché, analizzando un'ampia corteo prospettica, ha permesso di evidenziare come donne di peso corporeo normale, che presentino però obesità centrale, siano a maggior rischio di mortalità rispetto a donne di peso normale senza obesità centrale e che questo rischio sia simile a quello delle donne obese. Ciò significa che basare la valutazione del rischio comportato dall'obesità, solo sulla base del calcolo dell'indice di massa corporea (BMI) non consente di individuare l'aumentato rischio di mortalità proprio delle donne normopeso ma con distribuzione del grasso di tipo centrale. Il messaggio dunque è chiaro e semplice: misurare sempre il giro vita! L'indice di massa corporea e la misura del girovita ci aiutano ad identificare le pazienti a rischio». Secondo il presidente della SIGE professor Domenico Alvaro «occorre che le società scientifiche si adoperino per diffondere nella popolazione messaggi chiari sulla prevenzione dell'obesità e sui semplici parametri da monitorare inclusi peso corporeo e giro vita!»

FABRIZIA MASELLI

