



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Violenze sui medici Allarme in tutta Italia

*«Tremila le aggressioni in un anno»
Federazioni e sindacati: adesso basta*

Tre episodi nel weekend (a Roma, Napoli e Bari) dopo l'aumento di casi in Sicilia. Impennata di denunce all'Inail, il 70% sono donne
VIVIANA DALOISO

La dottoressa del 118 aggredita a Napoli, insieme ad altri operatori, e presa a schiaffi, pugni, sputi dai parenti e dagli amici di una coppia caduta dal motorino. Che stava soccorrendo. L'altra investita dalla rabbia del figlio di un paziente, all'ospedale Sant'Andrea di Roma, che l'ha minacciata di morte stringendole le mani al collo. E ancora l'intero equipaggio del 118 tenuto sotto scacco, vicino a Bari, da un paziente armato addirittura di una sciabola e riuscito a sfuggire per miracolo alla sua furia. Eccola, l'incredibile sequenza di violenza che in appena due giorni ha fatto salire alle stelle l'allarme sulle aggressioni ai medici.

Decine, nelle ultime due settimane. Tremila in un anno, secondo i dati snocciolati ieri dalla Federazione italiana Aziende sanitarie e ospedaliere, che vorrebbe subito una legge che preveda l'inasprimento delle pene per chi si scaglia contro gli operatori. Oltre 1.200, in base alle denunce ricevute, secondo l'Inail. Secondo cui nel 70% dei casi le vittime sono donne. Comunque troppe per non intervenire: e così ieri lo ha fatto con una nota ufficiale

la Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo), per la prima volta rivolgendosi direttamente ai cittadini, avvertendoli di come a rischio sia la stessa relazione di cura medico-paziente: «È improcrastinabile un cambio di passo, che restituisca a tutti, medici e pazienti, strutture e organizzazioni in grado di rispondere alle richieste di salute – ha detto il presidente Fnomceo, Filippo Anelli –. È altresì improcrastinabile una rivoluzione dell'opinione pubblica che smetta di sentirsi allarmato

za terapeutica: sono i medici, gli operatori sanitari che ormai stanno reggendo il sistema, soli contro carenze organizzative e istituzionali. Lo fanno a costo di gravi sacrifici personali». Di qui l'appello: «Abbiamo bisogno che anche i cittadini tornino ad essere dalla nostra parte, perché non c'è relazione senza rispetto».

Alla radice della frattura, di quella relazione, le problematiche che investono la sanità italiana ormai da anni: le liste d'attesa infinite, il taglio del personale, il sovraffollamento nelle strutture. Che per poco o nulla, a dire il vero, dipendono dai medici impegnati ogni giorno in prima linea coi pazienti. Eloquente, in questo senso, l'episodio di Napoli: la dottoressa del 118 aggredita, Mariolina Longo, non si è lasciata intimidire dalle pressioni e minacce dei parenti (che volevano dirottare i feriti in un altro ospedale, più lontano) e solo il suo tempestivo intervento ha permesso di salvare la donna da un'emorragia, salvandole la vita. Il medico ha poi rifiutato di mettere a referto l'aggressione subito dopo i soccorsi, che le sarebbe valso l'esonero dal servizio, perché voleva a tutti i costi portare a termine il turno al 118. «E così ha salvato un'altra vita – hanno fatto sapere dalla Fomceo, che per il medico ora pensa a un encomio –, quella di un giovane infartuato».

Sulla scia di violenze a carico dei camici bianchi è intervenuto anche il sindacato dei Medici dirigenti Coas, che tra le altre cose ha messo sul banco degli imputati il web: «Svolgere con professionalità il proprio mestiere sembra non bastare più in questo clima di fake news e polemiche in cui tutti hanno la possibilità di consultare online i sintomi della propria malattia senza averne le adeguate competenze». Il Coas ha deciso di lanciare sul suo sito una sorta di contatore per monitorare i casi di violenza nelle strutture ospedaliere. E ha messo a disposizione di chi vuole raccontare casi simili una mail simile ad uno sportello d'ascolto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

le **i**nchieste del Mattino

La lotteria dell'aborto negli ospedali di Napoli

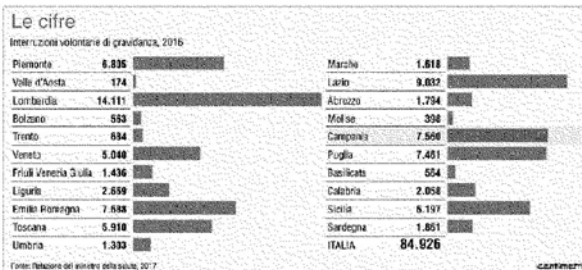
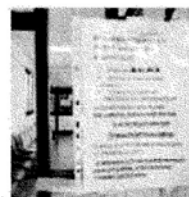
Maria Pirro

Si muovono all'alba, le ragazze di Napoli, per abortire. La legge 194, approvata nel 1978, stabilisce che la gravidanza indesiderata possa essere interrotta gratuitamente nelle strutture pubbliche, ma prevede anche politiche di prevenzione nei consultori familiari e la possibilità di non operare per il medico obiettore di coscienza. È possibile abortire per motivi personali, di salute della donna o del nascituro, o legati alle circostanze del concepimento (come lo stupro). Ma il percorso può essere a ostacoli. Fatto di code, attese, rinvii. Alla Federico II e al Cardarelli le prenotazioni sono

limitate. «Sulla ruota della 194, è una lotteria», dice Stefania Cantatore, portavoce cittadina dell'Unione donne in Italia. Ogni giorno ragazze, mogli, single si alzano presto, si arrampicano sugli autobus, scendono dalla metropolitana e fanno la fila con disciplina, assieme alle madri, una sola con il fidanzato, pur di non perdere il turno. Invisibili e rassegnate, nonostante una delibera regionale, la 1016 del 2008, puntasse alla svolta. «Non sfugge che il disagio resta, a prescindere dai posti effettivamente disponibili», sottolinea Cantatore. E questo accade, nonostante il grande impegno dei medici che garantiscono il maggiore numero di prestazio-

ni in tutta la Regione: ogni anno oltre 1200 interventi chirurgici, 150 interventi farmacologici (passati da 2-3 a 7-8 ogni giorno), 180 interventi nel secondo trimestre, motivati da malformazioni del feto.

> Alle pagg. 10 e 11



✓ Fotocopia ed Originale del codice fiscale o della tessera sanitaria

Le PRENOTAZIONI SI EFFETTUANO
DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ ALLE ORE 8.00

SI ACCETTANO MASSIMO

7 PRENOTAZIONI AL GIORNO

SI PREGA DI NON INSISTERE E PRESENTARSI
IL GIORNO SUCCESSIVO

***Le persone presenti alle ore 8.00 davanti a
personale addetto, saranno prenotate
secondo l'ordine di arrivo***

della 194

Studentesse, single e mogli la lotteria allo sportello-aborti

Federico II e Cardarelli, prenotazioni limitate dalle 8 del mattino

Maria Pirro

Il cartello avvisa: «Si accettano massimo sette prenotazioni al giorno. Si prega di non insistere», e ripresentarsi l'indomani. Il messaggio rimbalza nel corridoio gremito di donne. Ce ne sono più della metà, viso acqua e sapone, dietro un cancello, tra repartite e terrazze inaccessibili, al Policlinico in via Pansini, ed è a loro che si rivolge l'invito a tener d'occhio l'orologio. Quello biologico, collegato all'ultima mestruazione, per poter interrompere la gravidanza entro i termini di legge; l'altro, meccanico, è già sincronizzato sulla sveglia. All'alba si muovono le ragazze di Napoli.

La legge 194, approvata nel 1978, stabilisce che la gravidanza indesiderata possa essere interrotta gratuitamente nelle strutture pubbliche, ma prevede anche politiche di prevenzione nei consultori familiari e la possibilità di non operare per il medico obiettore di coscienza. È possibile abortire per motivi personali, di salute della donna o del nascituro, o legati alle circostanze del concepimento (come lo stupro). Ma il percorso può essere a ostacoli. «Sulla ruota della 194, è una lotteria», dice Stefania Cantatore, portavoce cittadina dell'Unione donne in Italia.

Ogni giorno ragazze, mogli, single si alzano presto, si arrampicano sugli autobus, scendono dalla metropolitana e fanno la fila con disciplina, assieme alle madri e quasi mai con il fidanzato, pur di non perdere il turno. Invisibili e rassegnate, nonostante una delibera regionale, la 1016 del 2008, puntasse alla svolta. «La prima volta arrivai tardi, la

seconda alle 6.20 ero quarta», racconta una di loro, convocata in vista dell'intervento. Ma questa mattina, una come tante, per tutte è tranquilla. Alle 8, puntuali, gli operatori aprono le porte e annotano l'ordine di arrivo per il primo accesso e ottenere la prenotazione, che non si può fare per telefono; le altre devono completare l'iter. «Non sfugge che il disagio resta, a prescindere dai posti effettivamente disponibili», sottolinea Cantatore. E questo accade, nonostante il grande impegno dei medici che garantiscono il maggiore numero di prestazioni in tutta la Regione: ogni anno oltre 1200 interventi chirurgici, 150 interventi farmacologici (passati da 2-3 a 7-8 ogni giorno), 180 interventi nel secondo trimestre, motivati da malformazioni del feto.

La Consulta delle donne segnala le carenze di personale paramedico in organico. Per questo motivo sono così regolamentate le prenotazioni e il reparto è aperto dalle 8 alle 14, mai oltre le 20. Lo stesso limite di accessi (anzi, più stringente) si ha nel vicino ospedale Cardarelli, che accetta fino a quattro pazienti il martedì e il giovedì, e il manager Ciro Verdoliva annuncia un approfondimento per cercare di riorganizzare le attività.

Qui nomi e cognomi vengono infatti appuntati a penna, a vista, sulla porta. A chiedere di abortire è un'altra giovanissima accompagnata (naturalmente in anticipo) dalla mamma, che l'ha avuta a 19 anni, e lei, che ne ha 18, non nasconde la paura.

Sono momenti difficili. Non è facile capire quel che si prova. La Spoon River è scritta sui

muri. «Non volevo uccidermi, resterò sempre con questo dolore ma non posso rischiare la vita e lasciare senza mamma gli altri due... Ti amo», si legge in un messaggio del 4 giugno 2015 lasciato al Policlinico Federico II. «Eri il maschio. Ti abbiamo desiderato e cercato, in questi mesi amato e oggi siamo qui per non farti soffrire... Il Signore ha scelto te per questi problemi che ti ha dato, la malattia è brutta...». La Spoon river continua: «Non ti dimenticheremo mai. Ciao, stellina». «Cucciollo, non avresti avuto una vita normale», aggiunge un papà. Un altro genitore mancato: «Scusa!!!». «Primo figlio a 46 anni, sola senza un soldo... Maurizio, che tu sia maledetto per sempre. Sei scappato... Ma sappi che il semino ti guarderà dal paradiso e ti giudicherà per tutto quello che hai fatto». A seguire gli insulti, i simboli fallici, le preghiere. «Gesù, perdonaci», il 19 luglio 2017. «Io ho un nipote assassino». In rosso, in stampatello: «Cazzo». «La porca. Oggi se ne va in Paradiso un angioletto». «Siamo tutte peccatrici, vergogna». Ma anche: «Donne non vergognatevi. Vostro il corpo, vostra la scelta».

«Non una di meno» ha distribuito un questionario sulla 196 in vista dell'anniversario della legge, il 22 maggio, e rilevare quanta disinformazione c'è tra le donne, 40 anni dopo. «Ancora tante, troppe volte inconsapevoli dei propri diritti», dice Chiara

Guida, nata proprio nel 1978 e componente del comitato che ogni giovedì pomeriggio si riunisce nella Casa delle donne aperta a Napoli. Cantatore incalza: «I consultori non sono più un punto di riferimento innanzitutto per promuovere consapevolezza sessuale e riproduttiva». Intercettano il 31.7 per cento degli Sos nella regione (il dato nazionale è del 42.9).

Sul sito della Asl di Napoli non tutti gli indirizzi sono aggiornati. Ma il presidio dell'Annunziata prenota direttamente le interruzioni di gravidanza al Loreto Mare. «L'azienda sanitaria nel 2015 ha definito un percorso integrato tra consultori e ospedale, che è stato attivato in queste due strutture affinché le pazienti non siano costrette ad aspettare dalle prime ore del mattino nella speranza di rientrare nel numero previsto e quindi prenotare l'intervento», dice Rosetta Papa, responsabile del dipartimento materno-infantile. Ma anche qui non mancano le difficoltà. «Soprattutto in alcuni periodi dell'anno, quando la carenza di personale diventa davvero critica. Anche da noi l'assistente sociale è presente una sola volta a settimana», spiega. In particolare, «nei consultori pesa la mancanza di questo tipo di figure, nei centri di interruzione di gravidanza la mancanza di anestesisti non obiettori determina il pericolo di tempi di attesa non idonei».

Così, il sistema di accesso varia non solo da regione a regione, ma anche a pochi chilometri di distanza. A Caserta, ad esempio, è possibile fissare l'appuntamento tramite il Centro unico di prenotazione, non al San Paolo di Napoli, mentre il Policlinico dell'Università Vanvitelli garantisce la consulenza a tutte le donne che arrivano nell'orario dell'ambulatorio.

Papa propone: «Quest'anno ricorre il quarantesimo compleanno della 194. Potrebbe essere quindi il tempo giusto perché si programmi in maniera istituzionale il percorso integrato territorio-ospedale, che si attui cioè la legge in ogni suo articolo e non solo quello relativo alla obiezione di coscienza che sembra essere l'unico applicato a livello nazionale». Lei punta introdurre in

altre strutture cittadine l'aborto farmacologico, «attualmente praticato solo al Secondo Policlinico, e come già ipotizzato qualche anno fa, forse 10». Inoltre, «sarebbe utile prevedere una cartella sanitaria informatizzata, collegata a una unica agenda elettronica per le prenotazioni. Il modello che abbiamo messo in essere funziona, e la raccolta dati, aggiunge Papa, «ci ha consentito di evidenziare anche altre criticità». Quali? Le donne sempre più spesso vanno da sole ad abortire. Dai dati riportati nel dossier presentato al Parlamento si sa che quasi il 55 per cento delle pazienti è nubile, il 38 coniugata, il 6 separata o divorziata, le altre vedove. Una su dieci è laureata, una su due studia, il 44 per cento lavora. Tre su dieci sono immigrate. Che, spesso, tentano il fai-da-te, acquistando medicinali su internet, prima di arrivare, in più gravi condizioni, nei centri qualificati.

Le interruzioni di gravidanza in Italia sono quasi 85 mila all'anno (84.926, per l'esattezza, report 2017). In Campania 7560, la metà di quelle indicate in Lombardia (14111). Poi c'è il Lazio con 9032 interventi. Il totale è in calo. È in aumento, invece, il ricorso alla pillola del giorno dopo e dei cinque giorni dopo, «perché non è più necessaria la prescrizione e questi farmaci sono sostanzialmente sicuri», certifica Costantino di Carlo, nel consiglio direttivo della società italiana di contraccezione e direttore della Clinica ostetrica all'università di Catanzaro.

In Puglia, Lombardia e Liguria è più alta la percentuale di adolescenti, tra i 15 e i 17 anni, che ricorre all'aborto, quattro (anziché tre) ogni mille donne. E in Campania si registrano 20 interventi tra le bambine, nella maggioranza dei casi con l'assen-

so dei genitori.

Quasi tutte le donne si rivolgono alle strutture sanitarie della provincia in cui risiedono. L'attesa è inferiore ai 14 giorni: il 66 per cento delle volte in Italia, il 59.8 per cento a Napoli e nelle altre province. Un motivo è che solo un reparto di ginecologia su quattro nella regione effettua l'interruzione di gravidanza, servizi ai minimi termini se confrontati con le altre realtà e, in particolare, con la Toscana, la Valle d'Aosta, la Liguria, l'Umbria. Non bastasse, l'80 per cento dei ginecologi è obiettore di coscienza. «Ma il vero problema è la carenza di personale infermieristico e socio-sanitario», ribadisce di Carlo, direttore della clinica ostetrica all'ospedale di Catanzaro, ma fino a marzo scorso professore associato alla Federico II. «È inaccettabile che non si riesca a organizzare un sistema unico di prenotazione».

Inoltre, più recenti studi dimostrano che gli aborti terapeutici possono comportare rischi importanti, per effetto di tagli cesarei pregressi. E la Campania ha la maglia nera per il ricorso ai bisturi. «Ecco perché - sottolinea di Carlo - è fondamentale sostenere le attività soprattutto nelle strutture che lavorano di più per la salute donne, come il Policlinico in via Pansini».

La legge
Approvata
quaranta
anni fa:
prevede
l'accesso
gratuito
in ospedale

I metodi

Aborto
con la pillola
Ru486
praticato
al Policlinico
richieste
in aumento

La proposta

Una cartella sanitaria
e l'agenda elettronica
su scala regionale
per analizzare i bisogni
e governare l'affluenza

Le scelte

L'80%
dei medici
è obiettore
ma la vera
carenza
si riscontra
nel comparto



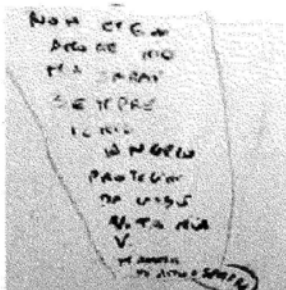
I disagi

Cantatore:
riorganizzare
il sistema
regionale
Una svolta
promessa
già 10 anni fa



I comitati

Guida:
questionario
distribuito
per strada,
ogni giovedì
l'assemblea
sui problemi



Spoon River

Pregiere e storie disperate
ma anche insulti sui muri
nelle scale di emergenza
Un papà: non avresti avuto
una vita normale, cucciolo



Il percorso

Il medico Asl
Rosetta Papa:
prenotazione
affidata anche
ai consultori
per evitare
inutili attese



La mobilitazione

Le attiviste della
Casa delle donne
(a Napoli, rampe
San Giovanni
Maggiore
Pignatelli civico 12)
si riuniscono in
assemblea tutti
giovedì alle 16.30

L'appello

Il primario
Di Carlo:
è fondamentale
potenziare
le risorse
nelle strutture
in prima linea



Progetto pilota

**Sanità, rischio tagli
per l'Alta Irpinia**

«La sanità è un problema aperto, si è risolto solo in parte con l'utilizzo dei fondi del progetto pilota». Sono le parole di Ciriaco De Mita al summit dei sindaci altirpini: parole che lasciano intravedere un fronte molto delicato nel rapporto tra i territori e Napoli. Due le questioni sollevate a Nusco. Il taglio dei punti di guardia medica in provincia, in particolare in Alta Irpinia. E la prevista fusione tra gli ospedali di Solofra e Avellino.

> D'Andrea a pag. 27

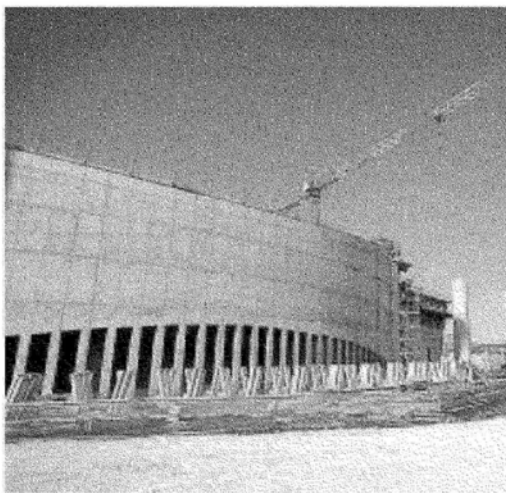
Il cantiere infinito Giovedì l'esame del piano anticrisi della Condotte spa

Policlinico, sui lavori decide il ministero

Enzo Mulieri

Nessuno spiraglio per ora sul futuro del cantiere del Policlinico. La vertenza del cantiere di Tredici rischia di passare in subordine rispetto alla controversia giudiziaria che vede protagonista la società appaltatrice Condotte, in concordato preventivo. All'appuntamento della presentazione del piano industriale annunciato dal gruppo romano per giovedì al Ministero, sono sempre più pesanti i carichi di tipo economico che gravano per mettere in sicurezza l'opera casertana, a cominciare dal saldo delle risorse necessarie a pagare sia le ditte in subappalto sia i fornitori sia i dipendenti che sono 67.

> A pag. 25



La vertenza

Policlinico, Condotte spa all'esame del ministero

Giovedì la valutazione del piano anticrisi dell'azienda alle prese con guai giudiziari

Enzo Mulieri

Si addensano le ombre sul Policlinico. La vertenza del cantiere di Tredici rischia di passare in subordine rispetto alla controversia giudiziaria che vede protagonista la società appaltatrice Condotte, in concordato preventivo. All'appuntamento della presentazione del piano industriale annunciato dal gruppo romano per giovedì 19 al Ministero, sono sempre più pesanti i carichi di tipo economico che gravano per mettere in sicurezza l'opera casertana, a cominciare dal saldo delle risorse necessarie a pagare sia le ditte in subappalto sia i fornitori sia i dipendenti (67). Senza l'avallo del programma da parte del governo, senza che venga approvato dal Tribunale di Roma il progetto di ristrutturazione del debito bancario di Condotte, risulta al momento complicato per la stazione appaltante del Policlinico (Università della Campania) garantire interventi specifici rispetto alle richieste di sostegno pervenute dal gestore Consorzio Concorso.

È questo in buona sostanza lo stallo in cui si ritrova la vertenza, come è stato appurato nel confronto messo in piedi ieri pomeriggio dalla stessa Università (per la direzione era presente Annamaria Gravina) e le tre organizzazioni sindacali di categoria di Cgil, Cisl e Uil. Secondo quanto appreso dalle parti sociali, i fondi relativi al pagamento dei due stati di avanzamento dei lavori (circa 5 milioni di euro)

Lo stallo
Resta tutto fermo in attesa di capire i fondi in arrivo

vantati dall'istituzione territoriale non possono essere disponibili in considerazione dell'ormai avanzata procedura giudiziaria. Meritano conferme, invece, le notizie secondo cui Condotte sarebbe in grado di sopperire all'emergenza avendo incassato (a seguito ottenimento della dichiarazione unica della regolarità contributiva) somme per lavori pari a 7 milioni.

Positivo nell'intero scenario è l'impegno dell'Ateneo a portare avanti un'iniziativa di mediazione sia per assicurare la continuità dell'opera (in accordo con la terza giudice) sia per venire incontro alle aspettative dell'intera comunità territoriale. In attesa del verbale di incontro che sarà diffuso oggi dall'Ateneo, per gli addetti ai lavori resta arduo fare previsioni sul futuro del cantiere, a cominciare proprio dal 2 maggio allorché dovrebbe terminare il periodo di sospensione delle attività a Tredici (come assicurato da Concorso), un seguito rispetto al blocco già osservato durante il periodo delle festività pasquali.

Comunque solo a maggio potranno essere avanzate ipotesi risolutive per l'infrastruttura. Non trova sbocchi per questo lo stato di difficoltà degli operai che stanno subendo una condizione che definire paradossale è poca cosa. Ieri infatti i colleghi di tutti i cantieri italiani di Condotte hanno scioperato per due ore a causa delle preoccupazioni sul loro futuro occupazionale. La stessa mobilitazione non è

stato possibile attivare per Caserta dal momento che la paralisi è completa, soprattutto non ci sono informazioni sul mancato pagamento di ben 4 mensilità. Di qui un malcontento nemmeno paragonabile a quanto avviene per altre opere strategiche quali il nodo dell'Alta velocità di Firenze (l'opera commissionata da Rfi e che vale 800 milioni), il lotto Modica della superstrada Siracusa-Gela (215 milioni su commissione del Consorzio Autostrade siciliane) la Città della Salute a Sesto San Giovanni (900 milioni).

Il nodo più intricato riguarda il Policlinico di Caserta (121 milioni di euro) da decenni nell'occhio del ciclone, con le note vicissitudini che hanno riguardato la prima azienda appaltatrice Immobili e poi il gruppo Pizzarotti. Il tutto in mancanza di alternative rispetto all'attuale affidamento di Condotte siglato nell'ormai lontano 2011 e portato avanti solo per la parte esecutrice da Concorso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ictus, ecco il gruppo multidisciplinare servizio «salvavita» a tempo pieno

La novità

Assistenza del paziente nell'arco delle 24 ore
Otto posti letto «dedicati»

Parte al Ruggi il centro Stroke h24. Completato il percorso diagnostico-terapeutico per i pazienti colpiti da ictus, che sarà attivo anche nelle ore notturne, finora coperto dal personale medico solo in reperibilità, e che accompagnerà i malati dalla chiamata al 118 fino alla riabilitazione. Alla presentazione, oltre al manager Giuseppe Longo, erano presenti anche il governatore Vincenzo De Luca e il rettore Aurelio Tommasetti.

L'ictus è una patologia tempestiva e la velocità diventa fondamentale, come recita anche l'hashtag #fare presto lanciato dall'azienda ospedaliera universitaria. Il percorso entrerà, così, in funzione a pieno regime, per la gestione dell'ictus ischemico ed



emorragico, con un team multidisciplinare e multiprofessionale – composto dai medici del pronto soccorso, neuroradiologi, neurologi e personale della stroke unit, neurologi anestesisti e dai tecnici e professionisti della riabilitazione, che garantirà il trattamento fibrinolitico o di tromboaspirazione dell'ictus nell'arco delle 24 ore. In Campania sono 9 mila i casi di ictus ischemico e 3 mila quelli di ictus emorragico, con un tasso di mortalità tra i più alti d'Italia. Si è notato, però, che laddove si avviano attività di stroke unit, che in regione sono solo 2 (Ruggi e Carda-

“
La strategia
Il dg dell'azienda
universitaria:
offriamo
un altro punto
di riferimento
specialistico
per il territorio
—

relli), la sopravvivenza migliora notevolmente. Il percorso prevede, nei prossimi mesi, l'avvio di incontri di sensibilizzazione con l'Asl per informare i cittadini e formare tutti gli attori chiamati in causa; la ristrutturazione della neurologia e della Stoke unit, il potenziamento della fase riabilitativa, con il Da Procida che riveste un ruolo fondamentale, che sarà ristrutturato e potenziato con nuovo personale.

«Questo è un momento importante, perché permette all'azienda e alla provincia di avere un forte punto di riferimento – spiega il manager Longo – Il centro è dotato di 8 posti di sub-intensiva, che ha la finalità di accogliere i pazienti e attuare la terapia della trombolisi endovenosa, e la neuroradiologia che con la tromboaspirazione interviene nei casi non trattabili per via endovenosa». «L'aspetto multidisciplinare è fondamentale per le malattie neurologiche – sottolinea il direttore di dipartimento Scienze mediche Paolo Barone – C'è al Ruggi uno splendido esempio di integrazione ospedale-Università. Anche per la didattica avere un percorso ictus è molto importante. Ora dobbiamo fare uno sforzo maggiore sulla ricerca. Qui già stiamo facendo un grandissimo lavoro».

sa.ru.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

17/4/2018

Tumore del polmone. Nuove evidenze per combinazione pembrolizumab e chemioterapia

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 16 APRILE 2018

Tumore del polmone. Nuove evidenze per combinazione pembrolizumab e chemioterapia

La combinazione incrementa significativamente la sopravvivenza e riduce del 51% il rischio di morte. Lo sottolinea lo studio KEYNOTE-189 presentato al congresso dell'American Association for Cancer Research.

La combinazione di pembrolizumab, molecola immuno-oncologica, e chemioterapia migliora significativamente la sopravvivenza dei pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC) non squamoso metastatico di nuova diagnosi e riduce del 51% il rischio di morte rispetto alla sola chemioterapia, indipendentemente dall'espressione di PD-L1.

Lo confermano i risultati dello studio di fase III KEYNOTE-189 presentati oggi al congresso annuale dell'American Association for Cancer Research (AACR), in corso a Chicago fino al 18 aprile.

Lo studio è stato contemporaneamente pubblicato sul New England Journal of Medicine.

"I dati di questo importante studio, a cui l'Italia ha offerto un grande contributo, dimostrano che la sopravvivenza globale dei pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule metastatico aumenta moltissimo con la combinazione pembrolizumab più chemioterapia in prima linea di trattamento – spiega la dott.ssa **Marina Garassino**, responsabile della Struttura Semplice di Oncologia Medica Toraco Polmonare presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale di Tumori di Milano e ultima firma del lavoro del New England Journal of Medicine -. Questi risultati infatti hanno determinato la chiusura anticipata dell'analisi dello studio. Il trattamento immunoterapico con pembrolizumab in combinazione con la chemioterapia determina un effetto sinergico antitumorale attraverso il potenziamento della risposta immunitaria verso il tumore".

"La sopravvivenza prolungata nei pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule avanzato - afferma **Leena Gandhi**, primo autore dello studio e professore associato al Department of Medicine e direttore del Thoracic Medical Oncology Program, Perlmutter Cancer Center alla NYU Langone Health - rimane bassa e lo standard di cura per la maggior parte di queste persone è rappresentato dalla chemioterapia, che assicura un beneficio di sopravvivenza di alcuni mesi".

"Pembrolizumab oggi può essere somministrato in monoterapia in prima e in seconda linea solo nei pazienti il cui tumore esprime un biomarcatore, PD-L1 – continua la dott.ssa Garassino -. Lo studio KEYNOTE-189 dimostra che tutti i pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule non squamoso beneficiano della combinazione di pembrolizumab e chemioterapia in prima linea di trattamento, indipendentemente dall'espressione di PD-L1. Resta fondamentale la determinazione dell'espressione di PD-L1 al momento della diagnosi per decidere la strategia ottimale di trattamento di ciascun paziente".

"I risultati dello studio KEYNOTE-189 sono in grado di cambiare la pratica clinica - sottolinea la prof.ssa Gandhi -. Questo studio di fase III dimostra un miglioramento del tasso di risposta obiettiva (ORR), della sopravvivenza libera da progressione e della sopravvivenza globale in tutti i gruppi di pazienti, indipendentemente dall'espressione di PD-L1, dimezzando il rischio di morte, effetto senza precedenti nella terapia di prima linea per il tumore del polmone non a piccole cellule non squamoso avanzato senza alterazioni di EGFR o ALK."

KEYNOTE-189 è uno studio randomizzato, in doppio cieco, di fase III condotto in pazienti con NSCLC non squamoso metastatico che non hanno ricevuto un precedente trattamento per la malattia metastatica.

I 616 pazienti sono stati randomizzati 2:1 a ricevere pemetrexed e una chemioterapia contenente platino in combinazione con pembrolizumab (braccio di studio) o placebo (braccio di controllo). I pazienti sono stati stratificati anche sulla base del tumore squamoso (o 10% o > 10%) tra gli altri fattori. Dopo un follow-up

17/4/2018

Tumore del polmone. Nuove evidenze per combinazione pembrolizumab e chemioterapia

mediano di 10,5 mesi, la OS mediana non è stata raggiunta nel braccio di studio, mentre era 11,3 mesi nel braccio di controllo. Rispetto ai pazienti nel braccio di controllo, quelli nel braccio di studio avevano una probabilità di morire ridotta del 51% e in quelli nel gruppo con alto punteggio di PD-L1 questa probabilità di morire era ridotta del 58%. La PFS mediana è risultata di 8,8 mesi nel braccio con pembrolizumab vs 4,9 mesi in quello di controllo.

Ai pazienti inclusi nel braccio di controllo era permesso il cross-over a ricevere pembrolizumab se mostravano progressione della malattia. "Malgrado un tasso di cross-over del 50%, si osservava ancora un evidente beneficio di sopravvivenza che suggerisce che la terapia di combinazione 'upfront' può essere migliore degli inibitori di PD-1/PD-L1 quando somministrata tardivamente nel decorso della malattia - conferma la prof.ssa Gandhi -. Le tossicità erano in linea con quanto atteso, fatta eccezione per un incremento del tasso di danno renale acuto osservato nel braccio con pembrolizumab (5,2% vs 0,5% nel braccio di controllo)".

La sospensione del trattamento per eventi avversi ha interessato il 13,8% dei pazienti nel braccio di studio vs 7,9% in quello di controllo. Eventi avversi di tipo immune si sono manifestati nel 22,7% dei pazienti nel braccio di studio e nell'11,9% in quello di controllo.

17/4/2018

Malattia di Lyme: arrivano le nuove linee guida inglesi

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 16 APRILE 2018

Malattia di Lyme: arrivano le nuove linee guida inglesi

La malattia di Lyme è la più diffusa e importante malattia trasmessa da un vettore nelle zone temperate ed è seconda solo alla malaria tra le patologie trasmesse da un vettore artropode. Eppure è una patologia ancora poco conosciuta e riconosciuta (neppure l'esatta incidenza della patologia è nota). Anche per questo, il NICE inglese ha messo a punto una linea guida ad hoc che viene riassunta e commentata su British Medical Journal.

Il morbo di Lyme è causato dalla *Borrelia* (*Borrelia burgdorferi sensu striato* in Europa e nel Nord America; *Borrelia afzelii* e *Borrelia garinii* in Europa, Asia e Africa) e si trasmette attraverso una puntura di zecca, non sempre evidente. Le zecche si trovano in ambienti erbosi e boschivi, compresi i parchi e i giardini urbani.

Patognomiconico della malattia è il cosiddetto *erythema migrans*, un caratteristico eritema cutaneo (non sempre però presente) che può accompagnarsi a febbre, mal di testa, rigidità del collo, dolori muscolari e articolari, marcata astenia. La presentazione clinica può variare da persona a persona e spesso è il medico di famiglia il primo a vedere questi pazienti.

Le nuove linee guida inglesi del NICE, corredate da una pratica e coloratissima infografica e riprese dal [BMJ](#), fanno il punto della situazione per quanto riguarda diagnosi e terapia di questa condizione non sempre facilmente riconoscibile.

Come rimuovere correttamente la zecca. In caso di puntura, la zecca va rimossa dalla cute appena possibile, usando un apposito strumento o, in mancanza di quello, un paio di pinzette appuntite (tipo quelle per rimuovere le sopracciglia). La zecca va afferrata quanto più possibile vicino alla cute. Una volta afferrata con le pinzette, tirarla verso l'alto lentamente e con fermezza (se l'apparato buccale della zecca resta nella cute, può provocare infezioni). Una volta rimossa, disinfettare l'area della puntura o lavarla con acqua e sapone, tenendo d'occhio quest'area per diverse settimane. Se compaiono sintomi, contattare subito il medico e ricordarsi di dire che si è stati punti da una zecca o che si è trascorso del tempo all'aperto.

Come diagnosticare la malattia di Lyme.

Segni e sintomi. La presenza del classico *erythema migrans* consente già di fare diagnosi. Si tratta di un rash cutaneo rossastro che tende ad aumentare di volume e presenta a volte un'area chiara centrale; di solito non dà dolore, né prurito e non è caldo. Compare in genere a distanza di 1-4 settimane dalla puntura di zecca (da non confondere quindi con l'eventuale irritazione conseguente alla puntura di per sé e che compare immediatamente, risolvendosi dopo un paio di giorni) e può persistere varie settimane. Altri sintomi che devono far pensare ad una malattia di Lyme sono: febbre e sudorazioni, linfonodi aumentati di volume, malessere, astenia, dolore e rigidità del collo, dolori articolari e mialgie migranti, alterazioni cognitive (es. disturbi della memoria, difficoltà di concentrazione tipo mente annebbiata), cefalea, parestesie. In alcuni pazienti possono essere presenti sintomi neurologici (paralisi faciale o di altri nervi cranici, meningite, mononeurite multiplex, radiculopatie; raramente encefalite o sintomi psichiatrici), artriti infiammatorie (a carico di una o più articolazioni) migranti e fluttuanti; problemi cardiaci (blocchi di branca, pericarditi); sintomi oculari (uveiti, cheratiti); rash cutanei tipo acrodermatite cronica atrofica.

Diagnosi di laboratorio. In assenza dell'*erythema migrans* e nel sospetto della malattia andrà richiesta la sierologia anticorpale anti-*Borrelia* (IgG e IgM) mediante test ELISA. Se questo fosse negativo, in presenza di sintomi persistenti e di un forte sospetto di malattia di Lyme, potrà essere ripetuto a distanza di 4-6 settimane. In caso di test ELISA positivo, questo andrà confermato con un test immunoblot; in caso di positività la diagnosi è fatta; se questo secondo test fosse invece negativo bisognerà considerare un'altra diagnosi.

17/4/2018

Malattia di Lyme: arrivano le nuove linee guida inglesi

Il trattamento. Le linee guida NICE raccomandano di utilizzare la terapia antibiotica al massimo dosaggio possibile e per lunghi periodi (3-4 settimane a seconda dell'antibiotico), al fine di evitare un sotto-trattamento. In presenza di *erythema migrans* e/o di sintomi non focali, la prima scelta è la doxiciclina da somministrare per os per 21 giorni (in alternativa amoxicillina per 21 giorni o azitromicina per 17 giorni, entrambe per via orale). In caso di morbo di Lyme con coinvolgimento di nervi cranici o sistema nervoso periferico, la prima scelta è la doxiciclina per os per 21 giorni (in alternativa amoxicillina per 21 giorni).

In caso di coinvolgimento del sistema nervoso centrale la prima scelta ricade sul ceftriaxone ad elevato dosaggio per via endovenosa (21 giorni) o in alternativa sulla doxiciclina ad elevati dosaggi per os per 21 giorni. In caso di cardite di Lyme: la prima scelta è la doxiciclina per os per 21 giorni (o in alternativa ceftriaxone per via endovenosa per 21 giorni).

Infine, in caso di morbo di Lyme con artrite o acrodermatite cronica atrofica, doxiciclina per os per 28 giorni (o in alternativa: amoxicillina per 28 giorni o ceftriaxone per via endovenosa per 28 giorni).

Maria Rita Montebelli

quotidianosanita.it

Lunedì 16 APRILE 2018

In Gazzetta Ufficiale la delibera Cipe per l'assegnazione di 1,234 miliardi per gli obiettivi di Piano sanitario nazionale 2017

L'importo da assegnare sarebbe di 1,5 miliardi, ma il riparto si ferma a 1.233,784 milioni per effetto di alcuni accantonamenti tra cui farmaci innovativi, rimobrsi all'ospedale Bambinno Gesù, screening in Veneto sui PFAS. [IL RIPARTO IN GAZZETTA.](#)

È stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 87 del 14 aprile la delibera Cipe (22 dicembre 2017) di riparto tra le Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione di specifici obiettivi del piano sanitario nazionale per il 2017 che ufficializza l'[accordo Stato-Regioni](#) del 26 ottobre dello scorso anno.

L'importo da assegnare, 1.500,00 milioni di euro, è ridotto a 1.233,784 milioni per effetto di alcuni accantonamenti.

Dei 266,216 milioni che restano, 175 sono per il finanziamento del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi, 1,316 vanno come rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù per le prestazioni erogate nel 2015 in base al dato relativo al 2013, 18 sono il contributo di solidarietà interregionale al Molise per il Piano di risanamento del servizio sanitario regionale - Piano operativo straordinario, come deciso dalla Conferenza delle Regioni a dicembre 2015, 2 milioni, infine servono alla compartecipazione alle spese per le attività straordinarie di screening che la Regione Veneto sta adottando per la prevenzione delle malattie cronico degenerative associate all'esposizione delle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS).

I 69 milioni ancora residui sono accantonati per la sperimentazione gestionale per la ricerca, formazione, prevenzione e cura delle malattie delle migrazioni e della povertà, coordinato dall'INMP, per il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità ai processi decisionali ed operativi delle regioni nel campo della salute umana, per la quota di solidarietà alle Regioni colpite dal terremoto nel Centro Italia nel 2016 e 2017, sempre per l'Iss per l'attività di valutazione delle linee guida nell'ambito del sistema nazionale linee guida, per sperimentazioni cliniche con l'impiego di medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali per la cura di malattie rare, per la terza tranche al Veneto del finanziamento del Programma triennale del Mattone Internazionale Salute e "per finalizzazioni da definirsi a seguito di autorizzazione legislativa".

Gli obiettivi a cui va il riparto sono: sperimentazioni cliniche, malattie delle migrazioni e povertà, supporto all'Iss, Progetto nazionale linee guida, Finanziamento ospedale pediatrico Bambino Gesù per i minori straniero temporaneamente presenti, contaminazione da Pfas (Veneto), medicinali innovativi, Regioni colpite dal terremoto, solidarietà al Molise, Programma triennale mattone internazionale Salute (terzo anno).

**FSN 2017 - RIPARTIZIONE DELLE RISORSE
VINCOLATE ALLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI
DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO
NAZIONALE**

(L. 23 dicembre 1996, n. 662 -art. 1, comma 34)

(unità di Euro)

REGIONI	RISORSE ASSEGNATE
PIEMONTE	100.648.706
LOMBARDIA	228.717.330
VENETO	112.323.602
LIGURIA	35.902.730
EMILIA ROMAGNA	101.651.938
TOSCANA	85.569.429
UMBRIA	20.365.850
MARCHE	35.278.830
LAZIO	134.567.209
ABRUZZO	30.314.341
MOLISE	7.130.645
CAMPANIA	133.707.446
PUGLIA	93.174.061
BASILICATA	13.110.430
CALABRIA	45.031.633
SICILIA (*)	56.289.820
T O T A L E	1.233.784.000

(*) Per la Regione Siciliana è stata operata la prevista ritenuta di legge del 49,11% sulla relativa quota finale spettante.

17/4/2018

Contratto sanità: ecco le "errata corrige" e la relazione dell'Aran per rispondere al Mef. A fine settimana possibile l'invio alla Corte de...

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 16 APRILE 2018

Contratto sanità: ecco le "errata corrige" e la relazione dell'Aran per rispondere al Mef. A fine settimana possibile l'invio alla Corte dei conti

Solo correzioni formali, errata corrige scontati senza nessun recepimento delle richieste più sostanziali dei sindacati per non dover riaprire il tavolo di trattativa. E risposta al Mef nella relazione all'ipotesi di accordo per essere pronti a inviare il tutto alla Corte dei conti forse entro il fine settimana. [LE ERRATA CORRIGE](#) - [LA RELAZIONE ALLA PREINTESA](#).

Contratto corretto, ma non modificato. L'Aran ha preferito non entrare nel merito delle richieste sindacali di modifica all'articolo sottoscritto a febbraio (anche perché la Funzione pubblica non avrebbe acconsentito a questo punto alla riapertura dei tavoli di trattativa) e rispetto alla preintesa ha proceduto realmente a formalizzare solo errata corrige al testo che in alcuni passaggi aveva riferimenti non corretti a parti della stessa bozza o di articoli di precedenti leggi e/o contratti.

Salomonicamente quindi non si sono recepite richieste sostanziali di nessuno per non scontentare nessuno e, operativamente, per non dover procedere a un'improbabile riconvocazione dei tavoli di trattativa.

In settimana l'Aran trasmetterà le errata corrige al Comitato di settore che darà il suo via libera (si tratta, lo ripetiamo, di correzioni formali) e poi, con una relazione di accompagnamento in cui si "spiegano" i passaggi contestati dal Mef, **verso fine settimana il tutto potrebbe già andare alla Corte dei conti e scatteranno così i 15 giorni previsti per l'espressione del parere.**

Tra gli errata corrige ci sono ovviamente correzioni da peso sostanziale, come ad esempio quella della indennità per particolari condizioni di lavoro agli operatori sociosanitari prevedendo una serie di indennità solo per il personale sanitario e non già anche per quello tecnico.

E nella relazione di accompagnamento al testo pronto per la Corte dei Conti dopo le errata corrige, arrivano anche le risposte (evidenziate in giallo nel testo) alle [osservazioni della Ragioneria generale dello Stato](#).

Il primo riguarda le funzioni di coordinamento.

Per il personale del ruolo sanitario e dei profili di collaboratore professionale assistente sociale ed assistente sociale senior l'incarico di organizzazione è, spiega l'Aran, di una sola tipologia e va graduato secondo i criteri di complessità definiti dalla regolamentazione di ogni Azienda ed Ente. All'interno di questa tipologia di incarico è stata prevista anche la funzione di coordinamento (legge 43/2006). Nel comma 4 dell'art. 16 si utilizza infatti l'espressione "funzione di coordinamento" e non "incarico di coordinamento" e si precisa che la funzione è confermata e valorizzata all'interno della graduazione dell'incarico di organizzazione.

Sono previsti, spiega l'Aran, distinti requisiti per l'esercizio della sola funzione di coordinamento e per gli ulteriori incarichi di organizzazione. Le sole funzioni di coordinamento, in quanto previste nell'ambito della legge 43/2006, sono attribuibili solo alle professioni sanitarie destinatarie della stessa legge e non agli assistenti sociali che potranno invece coprire gli incarichi di organizzazione e professionali previsti dalla nuova disciplina contrattuale.

L'Aran spiega che si è, comunque, voluta preservare l'indennità di coordinamento, anche se ormai ad

17/4/2018 Contratto sanità: ecco le "errata corrige" e la relazione dell'Aran per rispondere al Mef. A fine settimana possibile l'invio alla Corte de...

Poi è rimasta identica la durata del periodo di prova anche se le parti hanno scelto di includere i periodi di rapporto di lavoro a tempo determinato per l'esonero dal periodo di prova e per i periodi lavorativi successivi alla ricostituzione del rapporto di lavoro si applica la disciplina in materia di Tfr dei dipendenti pubblici assunti dopo il 2000.

Per la pronta disponibilità l'Aran sottolinea che non ci sono modifiche sostanziali se non l'averla prevista solo per eccezionali esigenze di funzionalità della struttura, a tutto il personale del ruolo tecnico che in via ordinaria ne è escluso e al personale del ruolo sanitario, categoria D, livello economico DS. "Resta fermo – sottolinea la relazione - che i relativi oneri devono trovare copertura nell'ambito del fondo di cui all'art.80 (Fondo condizioni di lavoro e incarichi)".

Per quanto riguarda la mobilità, l'articolo sull' "integrazione ai criteri per la mobilità volontaria del personale" ha disapplicato le previsioni del contratto del 2001 (valgono le norme fissate dalla legge sul pubblico impiego) e per rendere più trasparente l'istituto della mobilità volontaria sono individuati alcuni criteri integrativi per la sua attuazione.

Sul numero di fondi, la scelta di ridurli a due è motivata dall'esigenza di attuare una semplificazione amministrativa nella loro gestione.

In particolare, la revisione del sistema dei fondi distingue ora:

- un fondo, con risorse destinate a supportare le politiche organizzative delle aziende (Fondo condizioni di lavoro e incarichi);
- un fondo, con risorse a destinate a supportare le politiche della premialità in senso ampio (Fondo premialità e fasce).

Le scelte delle aziende in materia di premialità, incarichi e condizioni di lavoro dovranno avvenire nella disponibilità dei nuovi fondi e, in ogni caso, complessivamente, rispettando le previsioni dei decreti attuativi (articolo 23, comma 2, Dlgs 75/2017) della riforma Madia.

Ulteriore scelta "semplificatrice" è stata quella di riunificare in un unico importo i valori delle risorse stabili consolidate nel 2017 che sono per entrambi i fondi importi di partenza delle risorse stabili.

Per quanto riguarda il Fondo premialità e fasce sono state confermate, senza nuovi o maggiori oneri, le precedenti discipline relative alle risorse non consolidate regionali.

Infine, la relazione sottolinea che sono state riordinate tutte le indennità professionali specifiche già esistenti e che per quanto riguarda il rischio radiologico si rinvia all'articolo 5 del contratto 2001 precisando che l'indennità professionale specifica spetta ai tecnici di radiologia medica (inclusi gli esperti poi senior introdotti dal contratto) nella misura già prevista al contratto del 2006.

Nutraceutici

Contro il colesterolo funzionano

Riso rosso, berberina, fitosteroli
combattono i grassi nel sangue

Non sono né alimenti né farmaci ma integratori, almeno secondo la legge. Parliamo dei nutraceutici, sostanze solitamente derivate da vegetali e concentrate, con un effetto più marcato rispetto agli alimenti. Alcune società scientifiche stanno cercando di elaborare dei documenti di consenso e delle linee guida per orientare i medici e i pazienti in questa nuova categoria di prodotti. Soprattutto laddove i nutraceutici sembrano promettenti, come quello della lotta al colesterolo. Come spiega Arrigo Cicero, presidente della Società italiana di nutraceutica che, insieme a diversi colleghi di società scientifiche italiane ed europee che si occupano di nutrizione, endocrinologia e rischio cardiovascolare, ha appena stilato due documenti che definiscono i prodotti capaci di combattere i grassi nel sangue: «Diversi sono quelli per cui abbiamo delle prove di efficacia. Parliamo per esempio del riso rosso fermentato, ma anche degli steroli vegetali, di alcune fibre solubili e della berberina». Quest'ultima da maneggiare con particolare cura, a causa di alcuni eventi avversi segnalati e per la presenza di studi, soprattutto su popolazioni asiatiche, che sug-

geriscono altre revisioni sul tema. Per alcuni nutraceutici si stanno accumulando anche dati incoraggianti sulle loro possibili combinazioni, come riso rosso e berberina o riso rosso e fitosteroli: «Non parliamo unicamente di capacità di ridurre i livelli di colesterolo - prosegue Cicero - in alcuni casi esistono studi che suggeriscono come certe sostanze possano avere un ruolo anche nel migliorare la salute dei vasi sanguigni, riducendo lo stress delle arterie e preservandole dall'invecchiamento».

Se la necessità di linee guida mira a colmare un vuoto tra i possibili prescrittori, dall'altra guarda anche a contenere il rischio del fai da te. Per poter essere commercializzati i nutraceutici devono dimostrare di essere sicuri, ma, continua l'esperto: «ciò non esclude che possano esistere, in soggetti particolarmente sensibili, eventi avversi o interazioni con farmaci. Il fai da te è rischioso: magari qualcuno potrebbe pensare di curare una grave ipercolesterolemia da solo, senza passare dal medico, affidandosi a prodotti di dubbia efficacia e correndo dei rischi per la salute». Il consiglio dello specialista - medico o farmacista - è meglio dell'autogestione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In un anno 3 mila medici aggrediti Così cresce la violenza in corsia

Corsi di autodifesa e alpini per proteggere il personale. Le Asl: "Pene più severe"

Dossier

PAOLO RUSSO
ROMA

In ospedale o in ambulatorio come in trincea. Per i medici è stato un altro week end di paura. A Napoli una dottoressa del 118 è stata aggredita, insieme ad altri operatori e presa a schiaffi, pugni e sputi dai parenti e amici di una coppia caduta dal motorino, che stava soccorrendo; a Roma, all'ospedale Sant'Andrea, un uomo in preda all'ira, padre di un ricoverato, si è scagliato contro la dottoressa di turno minacciandola di morte e stringendole le mani al collo; a Palese, in provincia di Bari, un intero equipaggio del 118 è stato tenuto sotto scacco da un paziente armato di katana, riuscendo a sfuggire per miracolo alla sua furia. Da giorni il clima all'Ospedale Civico di Palermo è incandescente con aggressioni che si susseguono anche nell'arco di un'ora. Una scatenata persino da una guardia giurata che ha messo in fuga medici e infermieri colpevoli di non averlo fatto entrare nella stanza della figlia dove già c'era la madre. E che dire del migrante che la scorsa settimana ha creato il panico al Pellegrini di Napoli, ferendo cinque medici, di cui uno in modo grave.

Una scia di violenze che crescono a ritmo esponenziale. La Fiaso, la Federazione di Asl e ospedali, stima che siano

oltre tremila i casi di aggressione l'anno, solo 1.200 denunciati all'Inail.

Quelle raccolte dal sindacato degli infermieri Nursing dicono che i più esposti al rischio sono gli addetti al pronto soccorso, con 456 casi l'ultimo anno, seguiti da medici e infermieri che lavorano in corsia (400), mentre le aggressioni negli ambulatori sarebbero state 320. In 16 casi su 100 è stato necessario ricorrere alle cure di qualche collega. Ma a dover indossare l'elmetto sono soprattutto i medici di continuità assistenziale, le guardie mediche insomma, che sostituiscono i medici di famiglia la notte e nei festivi. Qui non sono volate solo le sberle, ma in venti anni si sono dovuti contare 87 casi tra omicidi, violenze carnali e sequestri, che hanno riguardato in molti casi anche gli uomini. «In molte sedi mancano anche i più elementari sistemi di sicurezza» denuncia Tommaso Maio, che rappresenta la categoria nel sindacato Fimmg. «Ma nel rinnovo della nostra convenzione abbiamo raggiunto un accordo con la parte pubblica in base al quale nelle ore notturne i medici di guardia non riceveranno più pazienti, ma si limiteranno a dare consigli telefonici o a visitare a domicilio».

A scatenare l'ira dei malati e dei familiari al seguito sono a volte i disservizi, liste d'attesa in testa. Ma il presidente dell'Ordine dei medici, Filippo Anelli, ha un'altra lettura del fenomeno. «Vedo un parallelo

tra quanto accade a noi e agli insegnanti. Queste violenze sono frutto di una cultura secondo la quale la sanità o la scuola sono alla stregua dei supermarket, dove prendo quello che mi piace e se non trovo cerco un capro espiatorio. Occorre rispetto, perché una società che aggredisce i medici aggredisce se stessa».

Se i camici bianchi puntano a un cambiamento culturale, a Pordenone ci penseranno gli alpini a proteggere i medici di guardia. Un accordo in questo senso è stato già siglato dal locale Ordine dei medici e dall'associazione dei soldati con la piuma, Ana. L'Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, ha invece già messo a punto dei corsi di autodifesa, che rientreranno nella normale formazione professionale medica.

A chiedere «l'inasprimento delle pene per chi si scaglia contro gli operatori sanitari» è invece il presidente della Fiaso, Francesco Ripa di Meana, che annuncia per il primo maggio l'avvio della raccolta firme insieme a Ordini professionali e associazioni degli utenti per presentare una proposta di legge d'iniziativa popolare. «Inoltre come manager ci impegneremo a concordare con prefetture e questure procedure che garantiscano la tempestività dell'intervento delle forze dell'ordine». Sperando che non occorra chiamare l'esercito, come proposto dal Codacons.

© EFFICACIA ALCUNI DIRITTI RISERVATI

1

Napoli
Medici e infermieri aggrediti al Pronto soccorso

2

Roma
Il padre di un ricoverato ha minacciato di morte la dottoressa

3

Bari
Un intero equipaggio del 118 è stato minacciato

4

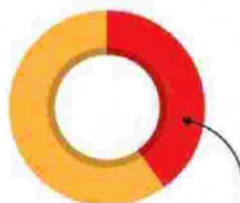
Palermo
Un infermiere picchiato mentre cercava di difendere

I numeri

Oltre

3.000

aggressioni l'anno



di cui

solo **1.200**
denunciate all'InailFonte: Fiaso, Federazione
Asl e Ospedali

AGGRESSIONI

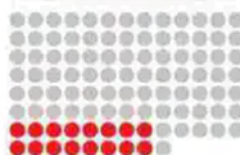
Al pronto soccorso

456

In corsia

400

In ambulatorio

320In **16 casi**
su **100** gli aggrediti
hanno dovuto ricorrere
alle cure dei sanitari

Fonte: Nursing

Maggior numero
di casiFonte:
Federazione
ordine
dei mediciPuglia
26%centimetri
LA STAMPA