

8 gennaio 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.
Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari
Largo della Sanità Militare, 60
00184 Roma
Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343

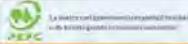
ARIS



la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Mario Orfeo



Mercoledì 8 gennaio 2025

Annuncio € 1,70

STATI UNITI

Le minacce di Trump

Il presidente eletto: "Pronti anche all'uso della forza per prendere Panama e Groenlandia" Poi avverte Hamas: "Ostaggi liberi o è l'inferno". E agli alleati Nato chiede il 5% di pil per le armi Musk rilancia con Salvini sul progetto Starlink: "Sarà fantastico"

In conferenza stampa a Mar-a-Lago Trump non esclude l'uso della forza contro Panama e Groenlandia. Minaccia Danimarca e Canada. Avverte Hamas: «Se gli ostaggi non saranno liberati scoppierà l'inferno». E agli alleati Nato chiede il 5% del pil. Musk rilancia su Starlink.

di Basile, Cerami, Ciriaco Foschini, Lombardi, Mastrolilli e Pisa da pagina 2 a pagina 7

Il manifesto della nuova Casa Bianca

di Maurizio Molinari

Le parole di Donald Trump da Mar-a-Lago e i messaggi di Elon Musk su X descrivono l'inizio di un'ondata di iniziative, strategiche e mediatiche, che accompagnerà l'insediamento della nuova amministrazione Usa e con cui tutti, alleati e avversari di Washington, dovranno assai presto fare i conti.

a pagina 25

L'annuncio

Usa, ora Meta chiude il fact-checking su Instagram e Facebook

servizi a pagina 5

Morto Le Pen il fondatore dell'ultradestra francese

di Francesco Merlo



Mi parve orrendamente fascista in quel comizio agli Champs-Élysées perché davvero gli sentii dire che «camere a gas e forni crematori sono stati un dettaglio della storia». Poi, però, con l'altoparlante che diffondeva la canzone Aux Champs-Élysées, mi guardò con il suo famoso sguardo obliquo, mi prese a braccetto e mi sorrise mentre le sue labbra facevano il verso ai versi dell'ebreo Joe Dassin: "Il y a tout ce que vous voulez / aux Champs-Élysées". Infine: «Monsieur, io ho combattuto i tedeschi insieme al generale De Gaulle». Ed era vero: "C'è tutto quello che voi volete - aux Champs-Élysées". Il fascino e la repulsione di Jean-Marie Le Pen non erano quelli del fascista maudit, ma quelli del truffatore. Nel corpo era Obelix alla Depardieu e nell'anima era la canaglia alla Belmondo. E nella biografia non c'erano le figure tragiche di Céline, Brasillach, Drieu La Rochelle.

continua a pagina 15 con un servizio di Ginori

Il caso

Acca Larentia urla "presente" più di mille saluti romani

di Stefano Cappellini

Ogni anno è peggio. Il rito del "presente", le urla sincronizzate, la tetra coreografia delle braccia che scattano nel saluto romano, come in un filmato dell'Istituto Luce, ma non è il Luce, è Roma, quartiere Tuscolano, anno 2025, un secolo e tre anni dopo la marcia sulla Capitale. La commemorazione dei morti di Acca Larentia è da sempre un appuntamento sacro per l'ultradestra italiana.

a pagina 17 con i servizi di Giannoli e Monaco



Il raduno. Militanti neofascisti fanno il saluto romano alla commemorazione di Acca Larentia a Roma

Lavoro

Se l'occupazione che aumenta non è dei giovani

di Linda Laura Sabbadini

Non è tutto oro quello che luccica. Si potrebbe sintetizzare così la valutazione dei dati diffusi ieri dall'Istat sul mercato del lavoro. È necessario affrontarla con equilibrio. A novembre, il tasso di occupazione è rimasto stabile al 62,4%.

a pagina 25 servizi di Amato e Conte a pagina 21

Calcio



Sergio Conceicao o del segreto dell'intervallo

di Andrea Sereni nello sport

Cinema

Nosferatu, il ritorno dell'immortale morso del vampiro

di Michele Mari

Proseguendo nella sua esplorazione affettiva dei generi horror, il regista Robert Eggers, cui si devono film notevoli come The Witch e The Lighthouse, ci propone un nuovo Nosferatu, remake dell'omonimo film di Murnau. Viene da chiedersi cosa renda immortale questo personaggio.

a pagina 27

Advertisement for Montura: Wherever you go. L'inverno apre nuovi orizzonti. Scopri l'avventura di Hervé Barmasse su montura.com

CORRIERE DELLA SERA

RES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/62821
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06/688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02/63707300
mail: servizioclienti@corriere.it



Starnone e il libro
L'Amica geniale? Ottimo
Ma basta dire che è mio
di Candida Morvillo
a pagina 22



Sospeso, ora Milano-Cortina
Grassl, la rinascita
di un pattinatore
di Gaia Piccardi
a pagina 37



Servizi pubblici

LA SANITÀ
E LA SVOLTA
NECESSARIA

di Sergio Harari

Non esistono soluzioni semplici a problemi complessi, e certamente la sanità è uno dei sistemi più complicati del mondo moderno. Un noto manager del settore, ormai scomparso, era uso dire: «In sanità se tu modifichi il prezzo della carta igienica te lo ritrovi sui costi della sala operatoria, e non sai il perché». Il paradosso era un po' arduo e provocatorio ma rende bene l'idea.

Idati che arrivano da importanti istituzioni italiane, come la Corte dei Conti e la Ragioneria di Stato, solo per citarne due, oltre che da prestigiose riviste internazionali come Lancet, sono tutti univoci: un sistema con le criticità di finanziamento e di programmazione come quelle che presenta attualmente il nostro Servizio sanitario nazionale non può farcela. D'altra parte, una cruda analisi del National Health System inglese, pubblicata recentemente dal New England Journal of Medicine, la più prestigiosa rivista medica al mondo, ha ben dimostrato come un sottofinanziamento cronico non possa che determinare l'implosione di un servizio sanitario, sebbene prima ben funzionante. Il dato non deve essere sottovalutato perché è proprio al modello del Nhs che si ispira il nostro Ssn.

Il governo Meloni non ha colpa dell'attuale situazione che stiamo vivendo, sono decenni che il Ssn viene sottofinanziato, e ciò è avvenuto con tutti i governi di qualsiasi colore politico. I soldi sono una conditio sine qua non per garantire la sopravvivenza, ma da soli non bastano.

continua a pagina 24

Il tycoon: « Hamas liberi gli ostaggi o sarà l'inferno. L'esercito pronto per Groenlandia e Panama »

Trump minaccia: uso la forza

Musk e l'Italia, cautela di Palazzo Chigi. La mossa di Meta: stop alla verifica sui fatti

FRANCIA. AVEVA 96 ANNI
Le Pen, una vita
all'estrema destra

di Stefano Montefiori



È morto Jean-Marie Le Pen, storico leader dell'estrema destra francese. Aveva 96 anni, da 10 aveva rotto con la figlia Marine.

a pagina 13

GIANNELLI
MELONI



L'EROE DEI DUE MONDI

Di Caro, Pennisi da pagina 2 a pagina 9

IL RETROSCENA

Starlink, tempi e sicurezza
Con Biden arriva Zelensky

di Monica Guerzoni

Starlink? Una tecnologia, spiega Crosetto, non si giudica dall'antipatia di chi la possiede». Attesti Biden e Zelensky. a pagina 5

STATI UNITI. PARLA STEVE BANNON

«Elon deve essere cacciato
Pensa solo ai suoi affari»

di Viviana Mazza

«L'ottèrò per farlo cacciare — dice Steve Bannon, stratega della prima elezione di Trump — Musk è malvagio». a pagina 6

IL COLLOQUIO CON BELLONI

«Sono stata sulla graticola ma lascio senza sbattere porte»

di Fiorenza Sarzanani



«Una cosa ci tengo a dirlo ed è l'unico motivo che mi fa rompere il riserbo che mi sono imposta in tutti questi mesi: non vado via sbattendo la porta». Il piglio e la determinazione di Elisabetta Belloni non sembrano scalfiti.

continua a pagina 9

Il caso Definì il parroco ucciso dai clan «camorrista»: editore condannato



Don Pepe Diana, ucciso a Casal di Principe il 19 marzo del 1994, quando aveva solo 35 anni. I sicari lo colpirono a morte in chiesa

Quella bugia su don Diana cancellata dopo 21 anni

di Roberto Saviano

La famiglia di don Pepe Diana — il parroco di Casal di Principe assassinato nella sua chiesa il 19 marzo 1994 — dopo ventun anni, ha ottenuto giustizia. Soffermetevi su queste due parole: «Ventun anni». Pronunciatele ad alta voce perché no, non basta leggerle tra sé e sé. continua a pagina 19

I dati Istat Creati 328 mila posti
Disoccupazione
mai così bassa
Frena l'inflazione

di Enrico Marro

Novembre 2024 il numero di occupati è calato lievemente (-13 mila) rispetto a ottobre, attestandosi a 24 milioni e 65 mila, ma se il confronto si fa sullo stesso mese del 2023 l'aumento è di 328 mila unità. Con una disoccupazione ai minimi storici e il numero di lavoratori in crescita rispetto a un anno fa. Inflazione in forte riduzione. a pagina 26

LA COMMEMORAZIONE DI DIACCA LARENZIA

Il «rito» dei saluti romani
e una stagione non chiusa

di Fabrizio Roncone

I giovani stanno in riga e sono in nero. Qualcuno ha il passamontagna calato. Il rito di Acca Larenzia, tra saluti romani e quell'urlo ripetuto per tre volte: «Presente». a pagina 11 Frignani



IL NUOVO LIBRO DI VITTORIO SGARBI
Natività
Madre e Figlio nell'arte
3 edizioni

Ramy, il nuovo video: «Chiudilo che cade»

Milano: le parole dei carabinieri durante l'inseguimento del ragazzo, poi morto

di Cesare Giuzzi

«Ho perso il casco... Chiudilo che cade... noo non è caduto...». Spunta un nuovo drammatico video sull'inseguimento in centro a Milano che lo scorso 24 novembre si è concluso con l'incidente in cui ha perso la vita Ramy, 19 anni. Tre carabinieri sono indagati per omicidio colposo. In uno scambio radio viene comunicato che il ragazzo «è caduto» e un militare risponde «bene». In quel momento però non era ancora chiara la gravità dell'incidente. a pagina 17

GIROLAMO SIRCHIA E IL DIVIETO DEL 2005 NEI LOCALI



«Il fumo, la mia legge e i tabagisti al governo»

di Tommaso Labate

Vent'anni dalla legge che vietò il fumo nei locali chiusi e abolì le carrozze fumatorie sui treni. Era il 10 gennaio del 2005. Girolamo Sirchia, all'epoca ministro della Salute del governo Berlusconi II, a ragione è considerato il padre di quella norma. La ideò e la difese, contro tutto e contro tutti. «Per anni i ristoratori mi hanno ringraziato». a pagina 20

BADANTI? COLF?
GALLAS GROUP
Troviamo NOI la badante giusta per TE!
www.gallasgroup.it

L'INCHIESTA DI MILANO

Ramy, il nuovo video che accusa i carabinieri

MONICA SERRA



C'è il lungo inseguimento di otto chilometri per le vie della città. Ci sono le parole dei carabinieri a bordo di una delle tre pattuglie: «Chiudilo, chiudilo... no, mer... non è caduto». - PAGINA 17

IL FENOMENO

La Treccani incorona l'età del "barberismo"

ALBERTO INFELISE



C'è un momento nella vita di ogni medievista in cui ci si trova di fronte alla domanda: sì, vabbè, ma con tutto questo Medioevo che ci devo fare? È un momento difficile. - PAGINA 25



LA STAMPA

MERCOLEDÌ 8 GENNAIO 2025



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 159 II N.7 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TD II www.lastampa.it

GNN

IL PRESIDENTE ELETTO DEGLI USA: "LE SPESE DEI PAESI EUROPEI PER LA NATO DEVONO SALIRE AL CINQUE PER CENTO"

Trump, giochi pericolosi

"Pronti a usare l'esercito per prendere Groenlandia e Panama. Hamas liberi tutti o sarà l'inferno"

IL COMMENTO

Sembrano "sparate" ma va preso sul serio

STEFANO STEFANINI

Trump ha voluto elargire in anticipo un assaggio della sua seconda presidenza. Che, fra le altre cose, tornerebbe all'espansione territoriale. Fu infatti una lunga serie di "acquisti" o "annessioni" a condurre agli Usa attuali - nel XIX secolo. L'enorme differenza è che siamo nel XXI. Obiettivi immediati: Groenlandia e Canale di Panama - il secondo sarebbe un riacquisto dopo il trattato del 1978, ratificato dal Senato Usa, che ne cedeva la sovranità. Ma anche l'intero Canada era stato messo in preallarme nella visita di Justin Trudeau a Mar-a-Lago. Ratio: la sicurezza nazionale, criterio per mettere a tacere molte obiezioni. Emerge il programma che Trump intende seguire. Avrà sicuramente alzato l'asticella ma la direzione di marcia è quella. - PAGINA 2



L'uomo che si vanta di aver guidato l'America per 4 anni senza guerre, minaccia di ricorrere alla forza, militare ed economica, affinché Panama dia agli Usa il controllo del Canale e la Danimarca ceda la Groenlandia a Washington archiviando decenni di dottrina politica. FRANCESCO MALFANTO, ALBERTO SIMONI - PAGINE 2-9

IL DIBATTITO

Perché è ancora quasi impossibile parlare delle tasse restando sereni

ELSA FORNERO

Parlare di imposte e tasse se non per prometterne (o rivendicarne) una riduzione è esercizio autolesionistico: nel migliore dei casi se ne ricavano sarcasmi e impropri; nel peggiore, minacce o oltre. Tutt'al più, lo si può fare attraverso il lascito intellettuale dei "padri nobili", come Einaudi, De Gasperi e Matteotti, come ha bene illustrato Ernesto Maria Ruffini su questo giornale. - PAGINA 23



IL LAVORO

La mala-occupazione di giovani e inattivi

VERONICA DE ROMANIS

L'Istat ha pubblicato i dati relativi al mercato del lavoro del mese di novembre. Da una prima lettura sembrerebbero ancora una volta - positivi: rispetto allo scorso anno, gli occupati sono aumentati di 328mila unità, i disoccupati sono diminuiti di 459. A guardar bene, però, la situazione è tutt'altro che rosea. - PAGINA 23

LE IDEE

Quei diritti al bivio dopo mezzo secolo

GIOVANNI ORSINA

È passato mezzo secolo dal 1975, anno cruciale della stagione dei diritti. Quel 17 gennaio fu promulgata in Francia la legge intitolata a Simone Veil che depenalizzava l'aborto. Ma oltre quella era solo una voce, per quanto importante, nell'imponente lista dei provvedimenti coi quali Giscard d'Estaing ambiva a estendere i diritti civili e sociali. - PAGINA 22

L'Ue indaga sul social di Musk Starlink, l'allarme di Forza Italia

Meloni: nei prossimi anni rapporti privilegiati tra noi e gli Stati Uniti

BARONI, BRESOLIN, LOMBARDO, MOSCATELLI, PAOLUCCI, ROCCIOLA

L'Unione europea sta valutando gli strumenti da utilizzare per cercare di fermare l'offensiva politica di Elon Musk in alcuni Stati membri e in particolare in Germania, che è in piena campagna elettorale. Intanto la premier Meloni afferma che «con gli Usa c'è un rapporto privilegiato», ma nega l'accordo con Starlink e chiede al magnate di non attaccare più il Colle. - PAGINA 6-7

L'ANALISI

Se l'uso della tecnologia divide destra e sinistra

NICOLETTA VERNA

I magnate che si serve dei media di sua proprietà per influenzare l'opinione pubblica, veicolare propaganda o cambiare le regole della comunicazione non è elemento nuovo. - PAGINA 23

Cecilia Sala fuori dall'isolamento Teheran: adesso facciamo presto

In cella con occhiali, appunti e un letto. L'Iran: nessuna ritorsione

FABIANA MAGRI

Dopo 21 giorni inizia a filtrare un raggio di ottimismo fra le nubi che oscurano l'orizzonte della giornalista Cecilia Sala, rinchiusa nel carcere di Evin a Teheran dal 19 dicembre. Paola Amadei, ambasciatrice italiana in Iran, ha informato un gruppo di parlamentari che la 29enne romana non è più reclusa in isolamento. Adesso condivida la cella con un'altra prigioniera. - PAGINA 8

I PERSONAGGI

L'Austria, Kickl e i fantasmi del Führer

Niccolò Zancan

Jean-Marie Le Pen fine di un negazionista

Eric Jozsef

BUONGIORNO

Da pochi mesi è uscito in Italia, edito da Sellerio, *Kairos*, il libro con cui Jenny Erpenbeck ha vinto l'International Booker Prize. Il romanzo è bello ma io non sono un critico letterario, e qui voglio solo dire dell'amarezza che m'è rimasta, poiché la storia si svolge a Berlino nella seconda metà degli anni Ottanta, e il tripudio di cuori per l'abbattimento del Muro ha già ceduto il passo alla disillusione della promessa al vento. Jenny Erpenbeck è nata in Germania Est, ha 57 anni, due più di me che in quel 1989 ne avevo venti, e guardavo in tv i ragazzi della nostra età colmare quella distanza incredibilmente piccola fra la libertà e la tirannia, e abbracciarsi, e io avrei voluto essere fra loro a decretare la sconfitta delle idee assassine del Novecento. Poi è finita così, coi libri belli e dolenti come *Kai-*

Non era un bacio

MATTIA FELTRI

ros, l'ultimo di tanti scritti col righino della recriminazione o col ghigno dell'ironia: vi credevamo speciali, ci dicevo, e vi credevate speciali, e ci sbagliavamo sia noi sia voi. Fra mille diagnosi sempre un po' troppo sbrigative (il capitalismo selvaggio, la mercificazione degli esseri umani, la competizione spietata), ieri ne ho letta una precisa come una frustata: «Vincere rende stupidi». L'ha detta in un'intervista a *Repubblica* lo storico Philipp Blom. La vittoria fu così schiacciata, ha detto, che abbiamo smesso di porci domande fondamentali. E infatti chi se lo ricorda Winston Churchill, quando disse che vincere comporta problemi più difficili da risolvere di quelli comportati dal perdere? Vincere è una grave responsabilità, e abbiamo invece creduto che fosse un bacio del destino.

REALTÀ IMPRESSIONE SIMBOLO
PAESAGGI
Da Migliara a Peltizza da Volpedo
CASTELLO DI NOVARA
1 NOVEMBRE 2024 - 6 APRILE 2025
WWW.METSARTE.IT



Mercoledì 8 gennaio 2025

ANNO LVIII n° 6

1,50 €
San Lorenzo
Giustiniiani
redattore

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Se Zuckerberg sceglie di seguire Musk TUTTI SUL CARRO DEL VINCITORE

GIORGIO RANCILIO

C'è un fenomeno umano, molto umano, che in Italia chiamiamo saltare sul carro del vincitore. Significa schierarsi con chi sta vincendo o ha già vinto. L'abbiamo visto tante volte. Ma se a farlo è uno dei padroni del mondo digitale come Mark Zuckerberg, proprietario di Meta (cioè, di WhatsApp, Instagram, Facebook e Messenger), allora la questione diventa inevitabilmente anche politica. Anche perché - come vedremo fra poco - ha ricadute pratiche che riguardano tutti. Anche noi italiani. Ed è a questo punto che la vicenda si complica. Perché sarebbe troppo semplice vedere Zuckerberg come l'ennesimo potente che per interesse si piega a uno più potente di lui. E lo fa anzitutto per non far perdere soldi e potere al suo impero. Perché gli serve, perché (probabilmente) non può fare a meno. E perché non può rischiare che Elon Musk si prenda tutto il meglio (e tutto il potere) della nuova stagione politica americana. Quella che si muove dietro lo slogan *America Great Again* (Rendiamo l'America di nuovo grande). Dove grande significa soprattutto ricca e potente. Anche nel digitale. Il punto non è che Zuckerberg apra le porte del suo Consiglio di amministrazione a soggetti vicini o non inviati a Trump. Preoccupa invece che il fondatore di Facebook abbia deciso di seguire Musk nella sua corsa a lasciare spazio sui social anche alle voci più estremiste e pericolose, non prima di avere penalizzato le principali fonti di informazione.

continua a pagina 14

Editoriale

La sfida di una comunità educante digitale DEMOCRAZIA E PIATTAFORME

LEONARDO BECCHETTI

Il sostegno esplicito di Elon Musk al partito di estrema destra tedesco AfD in vista delle prossime elezioni segnala quanto i luoghi del dibattito e della formazione delle preferenze siano profondamente cambiati. La generazione dei nostri padri ha costruito la sua partecipazione politica tra sezioni di partito, parrocchie e tribune elettorali dove lo scambio avveniva in modo trasparente tra gruppi con identità e ruoli ben identificabili. Siamo ancora in quel mondo quando, andando in edicola o navigando nel digitale, scegliamo un quotidiano conoscendone visione e pensiero. L'irruzione del social media e dell'intelligenza artificiale ha certo reso molto più presente e interattivo quel villaggio globale salutato da McLuhan con l'invento della televisione e prefigurato da Teilhard de Chardin con l'immagine della Noosfera: ma ha pure aumentato - e di molto - il rischio di "allucinazioni", fake news e manipolazioni. Sul social media non siamo solo telespettatori passivi: siamo tutti potenzialmente protagonisti, attivisti, editori. Possiamo trasmettere in tempo reale il nostro messaggio come in uno Speaker's corner globale, reagiamo in tempo reale a quello che gli altri scrivono e dicono, siamo informati immediatamente su quanto accade nel mondo, possiamo commentare e condividere notizie. Ci imbatiamo insomma in una miniera di sollecitazioni. Su queste piattaforme siamo soggetti a due fenomeni opposti: il senso di condivisione e accordo con chi la pensa come noi, ma anche lo scontro con chi ragiona in modo radicalmente diverso e che potrebbe allentare le nostre capacità di comunicazione.

continua a pagina 14

IL FATTO Ieri il sit in a Roma. La rete delle professioniste: «Su Cecilia necessaria una mobilitazione dell'Ue»

Costrette al silenzio

Sono 88 le giornaliste attualmente in carcere nel mondo, 692 negli ultimi cinque anni Teberan; l'arresto di Sala non è una ritorsione. Confermato il no ai domiciliari di Abedini



SAN FRANCESCO La poesia che fu preghiera

Un Cantico lungo 800 anni

Un canto di lode del Creato, il primo poema in italiano volgare, ma anche un inno di misericordia, perdono, presa di coscienza della croce, unico e ultimo viatico per arrivare a Dio e alla vita eterna. Il Cantico delle Creature di San Francesco, di cui quest'anno si celebrano gli 800 anni, è tutto questo, le famiglie francescane, unitamente alla diocesi e alla città di Assisi si preparano a celebrare l'anno del centenario del testo più conosciuto del Poverello.

Rosati a pagina 17

IL VERTICE DEI SERVIZI

Per il dopo Belloni Palazzo Chigi sfoggia la rosa E c'è pure Figliuolo

La premier Meloni e il sottosegretario Mantovano puntano a sciogliere presto il nodo della successione alla direzione del Dis, dopo le dimissioni anticipate dell'ambasciatrice Belloni (per cui resta l'ipotesi di un incarico a Bruxelles). Forse già prima del Consiglio dei ministri di domani sera, potrebbe essere individuato il profilo giusto, in una rosa che va dai direttori di Aisi e Aise ad alcuni vice, come il generale Figliuolo e il prefetto Rizzì.

Spagnolo A pagina 2

VIVANA DALISO

Anastasia, Rula, Sandra, Selma, Zhang: il loro volto, in alcuni casi giovanissimi, compaiono nella sterminata lista stilata dalla Coalition for women in journalism, un'organizzazione che si occupa di tutelare le donne che scelgono d'essere giornaliste: con la nostra Cecilia oggi sono 88 le giornaliste che si trovano ingiustamente dietro le sbarre, ma sequestri e detenzioni raggiungono la cifra di 692 negli ultimi 5 anni. Un sequestro ogni due giorni e mezzo. Nelle zone di guerra più facilmente, ma anche per mano di governi non necessariamente autorevoli come autoritari o liberali, o là dove non si combatte alcuna guerra. Da fastidio il racconto che fanno del mondo, le donne. E sono un doppio bersaglio nel mirino per la loro professione e per il loro genere.

Primo piano a pagina 5

I nostri temi

IN MARE Sul Vespucci tra bellezza e umanità

FRANCESCO TALÒ

L'altra faccia dell'Amiraglio Vespucci, quella più vera, si scopre in navigazione. Una scoperta che accresce la bellezza delle immagini o della visita alla nave in porto...

A pagina 15

Dieci anni fa Che cosa ci ha insegnato Charlie Hebdo

DANIELE ZAPPALÀ

A un decennio da quei giorni drammatici segnati dalla follia jihadista, la Francia ha commemorato la sequenza di attentati cominciata con la strage parigina presso la redazione di Charlie Hebdo.

A pagina 15

EUROPA-USA Il possibile contratto con SpaceX continua a dividere la politica italiana

Trump già "spara" a 360 gradi Salvini copre le spalle a Musk

All'insediamento di Donald Trump mancano ancora più di dieci giorni, ma il futuro inquilino della Casa Bianca detta legge da Mar-a-lago, dove ieri ha tenuto una conferenza stampa flume in cui ha minacciato mezzo mondo. Intanto il suo sodale Elon Musk tiene banco in Europa (lo sguardo è puntato in particolare sulle prossime elezioni tedesche) e in Italia, dove il possibile contratto con i "suoi" satelliti Starlink divide la politica italiana, maggioranza e opposizione ma anche lo stesso governo, dove il vice premier Salvini continua a fargli da sponda.



Donald Trump / Reuters

LE DESTRE RADICALI L'alleanza populista che raccoglie vincitori e vinti

L'ascesa delle destre radicali interroga le opinioni pubbliche. Dall'Austria alla Germania, la crescita degli estremismi si spiega, secondo gli esperti, con l'alleanza inedita tra vincitori e vinti della globalizzazione.

Motta a pagina 7

Servizi alle pagine 2, 3, 7 e 12

SANITÀ SOTTO ASSEDIO

Medici, aggressioni cresciute del 40%

Negrotti e Salinaro a pagina 8

LE ROTTE DEI MIGRANTI

Da Nord-Est arrivi in calo, ancora morti in mare

Dal Mas e Fassini a pagina 11

I DATI SUL LAVORO

Disoccupati ai minimi, ma non tra i giovani

Arena a pagina 13

Cambiare

Quando viene la felicità

Adrien Candiard

mandato veramente dal Signore soltanto quando la sua parola si realizzerà» (Cret 28,6). Bisogna quindi prendere in parola il profeta di sventura e accogliere l'ottimista con diffidenza? Geremia non è ostile alle buone notizie, ma sa che la felicità non è mai priva di sofferenza. Di solito Dio non annuncia sventura ma la necessità di convertirsi. La felicità non cade dal cielo, o se anche cade, bisogna che il nostro cuore sia in grado di riceverla: ciò implica che esso accetti di cambiare. Questo sforzo non è quello delle tecniche di sviluppo personale, dove la felicità risulterebbe da tutto un lavoro; è un cambiamento di vita, che rende l'uomo disponibile alla felicità che Dio vuole per lui.

continua a pagina 14

Agorà

CLASSICI

Con le sue "Odi" Orazio divenne poeta consapevole

Copliè a pagina 18

DIBATTITO

Il nuovo altare di Notre-Dame: elegante e noioso?

Cabrièl a pagina 19

INTERVISTA

Fausto Rossi Alesi: «In teatro o al cinema racconto la fragilità»

Calvisi a pagina 20

In edicola con Avvenire 2,4 euro

GIUBILEO, IL VOLTO DELLA SPERANZA

Cardini / Rovati / Roncalli / Verdoni

LUOGHI INFINITI

**SANITÀ
SOTTO ASSEDIO**

Medici, aggressioni cresciute del 40%

Negrotti e Salinaro a pagina 8


Sos aggressioni contro medici e infermieri Violenze cresciute quasi del 40% in 5 anni

ENRICO NEGROTTI

Le violenze contro il personale sanitario rappresentano una piaga che sembra non volersi rimarginare. Bilanci di fine anno confermano che aggressioni fisiche e insulti verbali continuano a funestare soprattutto i Pronto soccorso, ma nessuna area dell'assistenza è priva di rischi. Diciottomila le aggressioni a danno degli operatori sanitari in un anno (dati Enpam-Eurispes) con un aumento del 38% negli ultimi 5 anni, segnala Foad Aodi, presidente di Amsi (Associazione medici di origine straniera in Italia), Umem (Unione Medica Euromediterranea) e Movimento Internazionale Uniti per Unire. Il 42% dei professionisti sanitari - sono ancora dati Amsi - denuncia (in maggioranza donne) di essere stato almeno una volta nella propria attività vittima di aggressioni fisiche o psicologiche. «Nel 2024 le violenze fisiche e psicologiche, in Italia, contro medici e infermieri e altri professionisti sanitari, sono aumentate del 33%. In Europa l'aumento è stato del 32%, nel mondo il picco è stato del 39%» conclude Aodi.

E il 2025 non è iniziato in modo diverso. D'altra parte, osserva Alessandro Riccardi, presidente

della Società italiana di medicina d'emergenza-urgenza (Simeu), «durante le feste la situazione è sempre critica. Non si riescono a trovare i posti nei reparti, ed è evidente che chi ha bisogno di assistenza si trova in difficoltà, con un'assistenza non adeguata».

A Capodanno, all'ospedale Villa San Pietro, sulla via Cassia a Roma, i carabinieri hanno arrestato una donna di 54 anni, che aveva colpito con uno schiaffo una dottoressa perché riteneva che la figlia 15enne non fosse stata adeguatamente assistita. Lo stesso giorno all'ospedale di Cisanello, a Pisa, un 40enne - apparentemente in preda ai fumi dell'alcol - ha aggredito due infermieri ed è stato arrestato dai carabinieri per lesioni personali aggravate.

Il 2 gennaio a Roma una donna di 42 anni, senza dimora, è stata arrestata al Pronto soccorso dell'ospedale Pertini per avere aggredito a calci e pugni un'infermiera e un'operatrice socio-sanitaria, lamentando il mancato ricovero. Alla donna, in apparente stato di agitazione, è stata contestata l'interruzione di pubblico servizio e le lesioni al personale sanitario.

La sera di venerdì 3, secondo quanto segnalato su Facebook

dal gruppo "Nessuno tocchi Ippocrate", all'ospedale Maresca di Torre del Greco (Napoli) il personale del Pronto soccorso «è stato aggredito dai parenti di un paziente, solo verbalmente con offese e minacce». Le forze dell'ordine hanno identificato i responsabili.

Molta impressione ha destato l'aggressione subita da due pediatri a Catania il 3 gennaio. Un uomo che accompagnava un bambino si è finto medico, forse per cercare di accelerare il ricovero. Quando un pediatra si è accorto dell'inganno e ha chiesto spiegazioni al finto collega, al genitore del bambino e a una terza persona presente, è stato colpito con un pugno, e poi con calci. Aggredito anche un collega che era intervenuto in sua difesa. Il gruppo degli aggressori



si è poi dileguato
Domenica 5 al Pronto soccorso dell'ospedale di Pescia (Pistoia) una donna è stata arrestata dopo aver colpito un medico con un violento calcio. E ancora lunedì 6 una donna di 67 anni, dopo essersi rifiutata di abbandonare l'ospedale di Tortona (Alessandria) dove era stata curata, ritenendo di dover essere sottoposta a ulteriori accertamenti non opportuni secondo i medici, ha aggredito e insultato il personale sanitario. La donna, in evidente stato di alterazione, è stata denunciata dai carabinieri. Eppure è improprio parlare di emergenza, quasi fosse una novità. Sin dal 2020 la situazione era parsa allarmante, visto che fu approvata la legge 113 per inasprire le pene nei confronti di chi si rende responsabile di violenze e

aggressioni nei confronti dei professionisti sanitari. Era seguita l'istituzione, nel febbraio 2022, dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie (Onseps). Sono state poi avviate campagne di comunicazione con lo slogan: "la violenza non ti farà stare meglio, loro sì". Infine lo scorso anno è stata approvata la legge 171/2024, che prevede la possibilità di arresto in flagranza differita per aggressioni a danno di operatori sanitari e servizi di sicurezza complementare, nonché arresto e multe in caso di danneggiamenti. Una legge salutata con generale favore dal mondo dell'assistenza medica e infermieristica, che però chiede anche ulteriori misure di sicurezza, come un numero maggiore sia di presidi di polizia nelle strut-

ture sanitarie, sia di impianti di videosorveglianza.

Osserva ancora Foad Aodi: «Urgono interventi immediati per salvaguardare la sicurezza dei professionisti sanitari, non bastano solo la solidarietà e le dichiarazioni sterili, ognuno deve fare bene il suo ruolo fino in . Serve un piano straordinario per ripristinare la fiducia tra cittadini e operatori sanitari, garantendo la sicurezza di chi è in prima linea per la salute pubblica». E aggiunge: «La carenza di personale, le lunghe attese e la pressione sugli ospedali creano un terreno fertile per la tensione e la violenza. Ma è anche una questione di percezione: il rapporto di fiducia tra i cittadini e il sistema sanitario si è indebolito».

Silvestro Scotti, segretario generale della Federazione nazionale

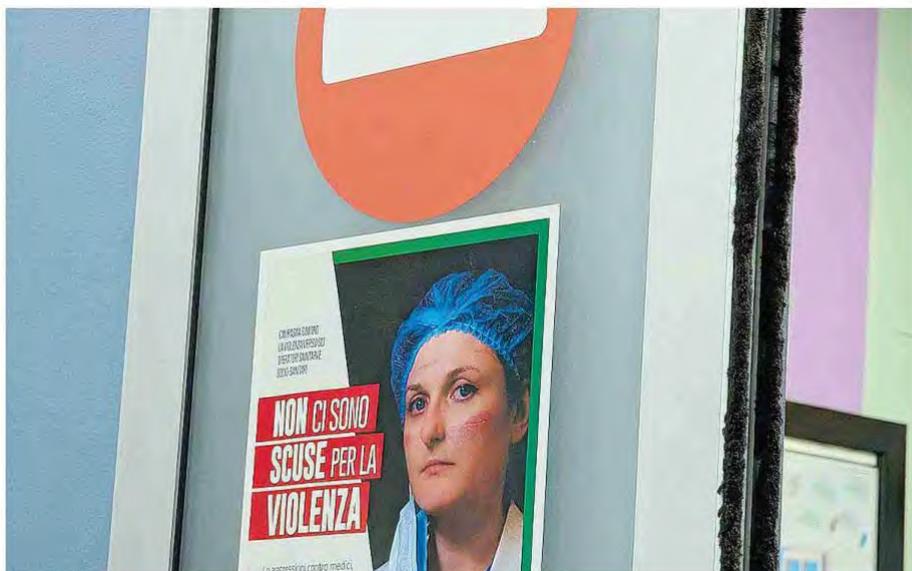
dei medici di medicina generale (Fimmg), osserva che «nel momento in cui i medici sono sempre meno, il cittadino percepisce una minore risposta ai propri bisogni in momenti in cui l'emotività può essere particolarmente intensa. Questo ovviamente non giustifica in nessun modo un'aggressione ma non si può non tenerne conto quando si valutano le cause del problema».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A essere più colpiti sono coloro che lavorano in prima linea, in pronto soccorso, con gli ospedali sotto pressione soprattutto nei giorni festivi. Pesano le lunghe attese dovute soprattutto alla carenza di personale

L'EMERGENZA

Ultimi casi a Pescia (Pistoia) e Tortona (Alessandria), con arresti e denunce per attacchi al personale sanitario
Prosegue così l'escalation dei giorni scorsi con decine di episodi dalla Sicilia alla Campania



Dai dati Amsi il 42% dei lavoratori occupati nella sanità denuncia di essere stato vittima di aggressioni fisiche o psicologiche almeno una volta nella propria attività



Ssn, nel 2024 un aumento del 33% delle aggressioni

Il 2024 è stato un altro anno molto negativo per quanto riguarda gli episodi di violenza contro i professionisti sanitari. Nonostante i provvedimenti contro le aggressioni approvati negli anni (l'ultimo proprio l'anno scorso, il dl 137/2024), infatti, nell'anno che si è appena chiuso c'è stato un aumento dei casi del 33%. Un problema non solo italiano, visto che in Europa la percentuale di crescita è del 32%, in tutto il mondo del 39%. Negli ultimi cinque anni, le aggressioni contro medici e infermieri sono aumentate del 38%, con più di quattro professionisti su dieci che dichiarano di aver subito almeno un'aggressione fisica o psicologica. Sono i numeri pubblicati ieri dall'Associazione medici di origine straniera (Amsi). «L'Italia ai primissimi posti in Europa e nel mondo per violenze contro i professionisti sanitari nell'ambito dei paesi sviluppati», fanno sapere dall'Associazione. Ma, come accennato, il problema va oltre i confini nazionali: «nei paesi economicamente più deboli le aggressioni ai professionisti sanitari almeno una volta superano il 70%, fino a toccare il 90% nei luoghi di guerra». Tornando all'Italia, le donne sono le vittime numero uno: al primo posto ci sono le infermiere con il 76% delle aggressioni subite. Il reparto dove avviene la maggior parte delle violenze è il pronto soccorso, al secondo posto ci sono i reparti psichiatrici.

A incidere anche lo stato psicofisico dei pazienti o di chi li accompagna: «un caso su cinque di aggressioni avviene da soggetti in stato di alterazione psichica, causato da patologie, droga o alcol».

Analizzate anche le motivazioni di queste aggressioni: ai primi posti c'è «il sovraccarico dei reparti di emergenza-urgenza, con la crisi della sanità territoriale e la carenza di personale che genera lunghissimi tempi di attesa da parte dei pazienti».

Una situazione che non viene più sopportata dagli operatori della sanità: «Il 92% dei professionisti sanitari italiani si dichiara insoddisfatto di come la politica gestisce la sicurezza del personale ospedaliero», chiudono dall'Amsi.

© Riproduzione riservata





7 gen
2025

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Manovra 2025/ Analisi in filigrana delle misure per il personale

di Stefano Simonetti

Nonostante gli impegni e gli annunci, è andata come al solito ormai da decenni: la legge fondamentale dello Stato è stata votata a poche ore dall'esercizio provvisorio. Si è dunque concluso secondo tradizione l'iter della terza legge di bilancio della XIX Legislatura con la pubblicazione sul SO della GU n. 305 della legge n. 207 del 30 dicembre 2024, entrata in vigore il 1° gennaio; la pubblicazione sulla Gazzetta è avvenuta nel tardo pomeriggio del 31 dicembre e anche questo è un bel record. Solo per curiosità, si rileva che negli ultimi cinque anni la legge di bilancio è stata pubblicata sulla Gazzetta ufficiale due volte il 30 dicembre (quelle del 2021 e 2024), una volta il 29 dicembre (2023) e due volte addirittura il 31 dicembre (2022 e 2025). Con i numeri di questa maggioranza e il suo decisionismo sembrava che fossero state superate le anomalie del passato, anche sul piano procedurale, ma molte difficoltà sopravvenute hanno portato a un risultato "quasi" uguale a quelli degli anni scorsi. Accadeva da tempo immemore che il testo del Ddl governativo venisse ridotto a un solo articolo con centinaia di commi perché il Governo alla luce delle migliaia di emendamenti (anche della maggioranza stessa), in prossimità della fine dell'anno, era costretto a porre il voto di fiducia per scongiurare il ricorso all'esercizio provvisorio. E così è stato pure questa volta con il voto sul maxiemendamento alla Camera il 22 dicembre e



il successivo passaggio blindato e definitivo al Senato del 29 dicembre, non senza polemiche alla luce degli 800 emendamenti presentati dalle opposizioni e delle “dimissioni” del relatore. Non è stato quindi possibile superare del tutto la assurda tradizione del passato – dal 2018 non viene più effettuata la doppia lettura - e di evitare il consueto e, a volte, imbarazzante assalto alla diligenza che, immancabilmente, è avvenuto nelle ultime settimane.

Abbiamo, quindi, una ulteriore legge fatta di un solo articolo: in realtà, la legge 207/2024 consta di 21 articoli ma quelli da 2 a 21 si riferiscono a norme di approvazione dei singoli stati di previsione mentre la “vera” legge è l’art. 1, composto di 908 commi, ad occhio quasi il doppio di quelli dello scorso anno. Oltretutto, questa tecnica legislativa – se è possibile chiamarla in tal modo - comporta norme molto difficili da leggere, essendo tutte prive di rubrica e sistematicità; senza contare i refusi e le incoerenze che sono giocoforza presenti e ne rendono ancora più ardua l’applicazione; e non sono tutti ingenui e innocenti come il caso “Carmagnola/Carmagnano”. Riguardo alla mancanza di linearità e facilità di lettura, si possono prendere a emblema gli interventi legislativi sul trattamento accessorio dei sanitari laddove si tratta dell’indennità di Pronto soccorso al comma 323 e poi si saltano a piè pari una trentina di commi per arrivare alle indennità di specificità e agli straordinari (commi 351-354), con in mezzo norme sulla farmaceutica e sui dispositivi.

Più o meno sono state confermate tutte le disposizioni – compresi gli errori - presenti nel Ddl varato da Consiglio dei ministri il 23 ottobre scorso. Nel testo della legge un centinaio di commi sono dedicati alla sanità e alla salute, molti dei quali introdotti come emendamenti al testo originario. In particolare, per il personale della sanità e per il lavoro pubblico, vediamo il dettaglio precisando che tra parentesi viene indicata la corrispondente norma del Ddl di ottobre.

comma 121 (già art. 18, comma 1) = le risorse destinate al trattamento accessorio del personale dipendente delle amministrazioni pubbliche possono essere incrementate, nell’ambito del Ccnl 2022/2024, rispetto a quelle destinate a tali finalità nell’anno 2024, di una misura percentuale del monte salari relativo all’anno 2021 da determinare, per le sole amministrazioni statali, nei limiti di una spesa complessiva di 112,1 milioni di euro e per le restanti amministrazioni – cioè enti locali e Sanità - a valere sui propri bilanci con la medesima percentuale e i medesimi criteri previsti per gli statali secondo gli indirizzi impartiti dai rispettivi Comitati di settore. Non viene espressamente definita alcuna percentuale da applicare sul monte salari 2021 e dovrà, dunque, essere quantificata dal Comitato di settore. Orbene nella Relazione al Ddl si legge che “l’individuazione di una percentuale di incremento rispetto al monte retributivo del 2021 (delle medesime amministrazioni). Gli incrementi dei trattamenti sono stabiliti

dalla contrattazione collettiva nazionale relativa al triennio 2022-2024”: quindi sono un benefit già esigibile. Ma, se come viene ipotizzato, il 14 gennaio si chiuderà la Preintesa del Ccnl del comparto Sanità, ci si chiede come e quando saranno rese disponibili tali risorse integrative. A ogni buon conto, la norma dice “possono” essere incrementate, per cui sembra tutto aleatorio.

comma 124 (non presente nel Ddl) = si tratta di una sorta di interpretazione autentica relativa ai fondi contrattuali del personale dipendente e chiarisce che le risorse destinate nell’ambito della contrattazione integrativa a benefici di natura assistenziale e sociale in materia di welfare integrativo aziendale devono rispettare il famigerato limite introdotto nel 2017 sui fondi per il trattamento economico accessorio del personale (art. 23, comma 2, del d.lgs. 75/2017, decreto delegato della legge Madia). È credibile che il Governo abbia adottato questa norma per smontare l’interpretazione fornita dalla Sezione delle Autonomie della Corte dei Conti con la deliberazione n. 17 del 30 settembre 2024, relativa al welfare aziendale fuori dai tetti di spesa. Il sacrosanto principio di diritto affermato mesi fa dalla Corte è stato così annullato per mano, si presume, della Ragioneria Generale dello Stato che sulla questione aveva polemizzato per mesi con varie sezioni regionali dell’organo contabile e ha, alla fine, imposto la sua tesi.

comma 128 (già art. 19, comma 1) = si occupa di rinnovi contrattuali relativi al triennio 2025/2027 per il personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche. La norma ricalca quelle degli anni scorsi e si indicano direttamente gli importi previsti per i rinnovi delle amministrazioni statali in cifra assoluta e non in percentuale. Tuttavia, leggendo la Relazione illustrativa, si dovrebbe trattare dell’1,8% per l’anno 2025, del 3,6% per l’anno 2026 e un incremento complessivo del 5,4% a regime. È fin troppo facile ironizzare sul fatto che per le aree dirigenziali non sono nemmeno iniziate le trattative per il triennio 2022/2024, ormai scaduto. Il comma viene espressamente richiamato dal successivo 273 sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e, naturalmente, ciò significa che non sono affatto risorse ulteriori ma un “di cui” del fondo sanitario nazionale. Addirittura il comma 274 stabilisce l’accantonamento delle somme necessarie per i rinnovi fino al triennio 2028/2030, cioè a quando con ogni evidenza il servizio sanitario nazionale non esisterà più. Si prevede altresì l’anticipazione di cui all’art. 47-bis, comma 2, del d.lgs. 165/2001, voluta nel 2009 dall’allora Ministro Brunetta, che viene comunemente, ma impropriamente, chiamata indennità di vacanza contrattuale. La misura percentuale di detta indennità rispetto agli stipendi tabellari, è pari allo 0,6 % dal 1° aprile 2025 al 30 giugno 2025 e dell’1 % a decorrere dal 1° luglio 2025. A ben vedere, però, nella previsione legislativa si cela una ennesima sottrazione salariale perché per la definizione del quantum si fa riferimento agli “stipendi tabellari” che,

ovviamente sono quelli disciplinati nei Ccnl 2019/2021, visto che per il triennio successivo si è tuttora in alto mare. Sarebbe interessante quantificare con precisione quanto comporta la remissione salariale alla luce di questa ennesima stortura. Un effetto surreale si avrà fra quattro mesi quando tutti i dipendenti della Sanità troveranno contemporaneamente in busta paga due anticipazioni o Ivc che dir si voglia: una nuova, riferita al triennio 2025/2028 e l'altra, vecchia e consolidata, relativa al triennio precedente e ancora dovuta, visto che è materialmente impossibile che i tre contratti per quella data siano entrati in vigore. Si diceva di un effetto surreale - ed è un complimento - ma è la sconcertante conferma che la contrattazione collettiva nel pubblico impiego ha una assoluta necessità di revisione.

comma 129 (già art. 19, comma 2) = viene ripetuta la rituale formula secondo la quale gli oneri per i rinnovi sono posti a carico dei rispettivi bilanci, confermando così la precisazione di cui al comma precedente. Nel comma 130 si precisa che il principio vale anche per il personale convenzionato (Mmg, Pls, specialisti ambulatoriali).

comma 162 (era l'art. 23, comma 2) = è stato di fatto soppresso nel pubblico impiego l'istituto giuridico del collocamento a riposo per raggiunti limiti di età con la eliminazione del limite ordinamentale dei 65 anni. Si ricorda che, fatta eccezione per il personale della dirigenza medica e sanitaria che beneficia di varie forme di trattenimento, i dipendenti "normali" che raggiungono i 65 anni di età dovevano essere collocati obbligatoriamente a riposo qualora, al compimento del 65° anno, avessero già maturato una qualunque forma di diritto a pensione; in caso contrario, avrebbero proseguito sino e non oltre la maturazione del diritto e, comunque, non oltre i 67 anni prescritti per la pensione di vecchiaia. Dal 1° gennaio 2025 i limiti ordinamentali vengono elevati al requisito anagrafico previsto per l'accesso alla pensione di vecchiaia, cioè 67 anni, con la conseguenza che collocamento a riposo e maturazione del diritto alla pensione di vecchiaia coincideranno. Si segnala che dal 2027, qualora per effetto dell'adeguamento legato alla speranza di vita quest'ultima dovesse subire incrementi, l'età anagrafica richiesta aumenterà ulteriormente.

comma 163 (già art. 23, comma 3) = abroga l'art. 2, comma 5, della legge 125/2013 che prevedeva la tassatività del collocamento a riposo del personale dipendente pubblico che, al raggiungimento del 65° anno, avesse i requisiti per l'accesso al trattamento anticipato ai sensi della legge Fornero.

comma 164 (già art. 23, comma 4) = viene abrogata di conseguenza anche la norma (art. 72, comma 11, della legge 133/2008, più volte modificata), già oggetto di un certo contenzioso, che consentiva ai datori di lavoro pubblici la cosiddetta "rottamazione", cioè di risolvere unilateralmente il rapporto di lavoro nei confronti dei dipendenti che, anche prima dei 65 anni, avessero maturato i requisiti per la pensione di anzianità (poi divenuta "anticipata"),

tramite decisione motivata e senza pregiudizio per i servizi.

comma 165 (già art. 23, comma 5) = in piena controtendenza rispetto al passato, è stato sostanzialmente reintrodotta l'istituto del trattenimento in servizio. L'abrogazione dell'istituto del biennio di trattenimento, risalente addirittura all'art. 16 del d.lgs. 503/1992, venne infatti disposto dall'art. 1 della legge 114/2014., rubricato significativamente "ricambio generazionale". Le pubbliche amministrazioni potranno, quindi, trattenere in servizio i propri dipendenti, previa disponibilità degli stessi, anche per l'attività di tutoraggio e di affiancamento dei neoassunti e per esigenze funzionali non altrimenti assolvibili, beninteso non oltre i 70 anni di età. Si prevedono già notevoli difficoltà applicative in quanto vengono fissate alcune condizioni di procedibilità: l'opzione potrà essere esercitata nei limiti del 10% delle facoltà assunzionali, nel senso che ogni unità trattenuta comporterà una unità in meno nel Piano assunzioni. L'aspetto più controverso è che il personale interessato sarà individuato esclusivamente sulla base delle esigenze organizzative – e fino a qui la questione potrà essere gestita – ma anche in base al "merito" ed è assolutamente certo che sorgerà un contenzioso notevole. Negli ultimi anni la parola "merito" è assunta a utilizzazioni di vario tipo, dalla rubrica dell'art. 3 del DL 80/2021, ai contenuti delle direttive del ministro Zangrillo, fino alla denominazione ufficiale di un Ministero. In realtà, nessuno è in grado di spiegare con chiarezza e senza riserve mentali in cosa consiste il merito e permane il forte sospetto che possa subliminalmente voler dire tutt'altro e, nel contesto di questo comma, si può immaginare come sarà gestito. La disposizione in esame esclude espressamente da questa forma di trattenimento il personale delle magistrature e degli avvocati e procuratori dello Stato nonché delle forze armate e dell'ordine. È evidente che a questa elencazione si deve aggiungere la dirigenza sanitaria che, come detto, gode di molteplici forme di trattenimento distinte da quella innovativa introdotta da questo comma.

comma 166 (non presente del Ddl) = viene corretta la svista (o fu intenzionale?) della legge di bilancio dell'anno scorso (comma 164 della legge 213/2023) che limitava la possibilità di restare in servizio anche oltre il 40° anno di servizio di lavoro effettivo e non oltre il 70° anno di età ai soli infermieri del Ssn). A mio parere non si tratta di un diritto soggettivo pieno e incondizionato in quanto la norma utilizza le parole "possono" e "autorizzazione", segnali inequivocabili che si tratta al massimo di un diritto affievolito. Adesso la facoltà è stata estesa a tutti gli esercenti le professioni sanitarie disciplinate dalla legge n. 43/2006 dipendenti dal Ssn, che sono 22 (al netto dell'osteopata e del chiropratico nei cui confronti ancora non è definitivamente a regime la disciplina di attivazione). Naturalmente tra gli "esercenti" non rientrano medici, odontoiatri, veterinari, biologi, chimici, fisici, farmacisti e psicologi che beneficiavano già in precedenza della stessa deroga.

comma 323 (già art. 56) = la disposizione incrementa la indennità di pronto soccorso, già riconosciuta per le particolari condizioni di lavoro svolto dal personale della dirigenza medica e dal personale del comparto sanità, dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale e operante nei servizi di pronto soccorso. Riguardo a quest'ultima indicazione, nell'applicare il contratto collettivo di due anni fa la platea dei destinatari è stata ampliata notevolmente da parte delle Regioni, considerato anche che la locuzione "servizi di pronto soccorso" è piuttosto generica se non ambigua. L'ulteriore stanziamento, con decorrenza dal 1° gennaio 2025, è di 50 mln complessivi, di cui 15 mln per la dirigenza medica e 35 mln per il personale del comparto sanità. Si ricorda che le indennità hanno una disciplina diversa, perché nel Ccnl del comparto del 2022 non veniva indicato un importo preciso ed era lasciato tutto alle determinazioni regionali mentre nel Ccnl della dirigenza sanitaria del 2024 si prevede l'importo di 12 euro per turno di 12 ore che, tuttavia, può essere aumentato in sede di contrattazione integrativa. Anche riguardo ai destinatari si notano delle differenze, perché per la dirigenza spetta esclusivamente ai medici al contrario del comparto dove i profili sono indistinti e potrebbe accedere all'emolumento anche personale non infermieristico. Non viene precisato esplicitamente, come in altri commi analoghi, che lo stanziamento avviene "nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale", circostanza che dovrebbe essere ovvia alla luce delle precisazioni fatte sopra.

comma 336 (già art. 59) = vengono incrementate le borse di studio per i medici specializzandi secondo questo schema: la parte fissa del 5% per tutte le specializzazioni, mentre la parte variabile è aumentata del 50% ma solo per alcune specializzazioni considerate meno attrattive; sono esattamente 20 e fra di esse - a conferma della chiara scelta politica - non risultano presenti chirurgia plastica, dermatologia, endocrinologia, cardiologia, gastroenterologia, oftalmologia, pediatria, neurologia, radiodiagnostica, medicina termale, cioè quelle che, nel 2024, nelle 36 facoltà di medicina hanno raggiunto il 100% delle assegnazioni di borse di studio e, conseguentemente, sono le preferite dai medici che scelgono il rapporto non esclusivo e l'attività extramuraria. La riflessione vale anche per psichiatria, alcune chirurgie specifiche, ortopedia, ginecologia.

comma 338 (già art. 56) = risulta prorogata al 31 dicembre 2026 la possibilità per i medici in formazione specialistica di assumere incarichi libero professionali in deroga alle incompatibilità presso i servizi sanitari del Ssn e - in questo caso si tratta di una novità assoluta - anche presso strutture sanitarie private o liberi professionisti, per un massimo di 8 ore settimanali.

comma 339 (non previsto nel Ddl) = fortemente voluta dai sindacati, un'altra novità è quella di aver previsto borse di studio anche agli specializzandi di area non medica (odontoiatri, veterinari, biologi, chimici, fisici, farmacisti e psicologi). Inevitabilmente i sindacati del comparto si

lamentano dell'esclusione dal beneficio degli studenti di infermieristica e delle altre 21 professioni.

comma 342 (non previsto nel Ddl) = ennesima proroga – in questo caso fino al 31 dicembre 2027 – riguarda l'efficacia del comma 548-bis della legge 145/2018, ossia la possibilità di procedere per i collocati in graduatorie separate stilate all'esito di un concorso pubblico all'assunzione a tempo determinato e a tempo parziale degli specializzandi, a partire dal secondo anno anche da parte delle aziende e degli enti del Ssn non appartenenti alla rete formativa per la disciplina oggetto di concorso. In questo caso previa certificazione rilasciata dal ministero della Salute sugli standard generali e specifici per l'accreditamento delle strutture facenti parte delle reti formative in base alla normativa vigente. Questa estensione potrebbe rappresentare un primo fondamentale passo per la revisione completa della rete formativa e sarà sicuramente contrastata dalle Università.

comma 350 (già art. 61) = viene disposto l'incremento dell'indennità di specificità medico-veterinaria, per cui i vigenti valori fissati dall'art. 65 del vigente Ccnl in € 9.162 e 12.266 annui sono incrementati nei limiti degli importi complessivi lordi di 50 ml di € per l'anno 2025 e 327 ml di € a decorrere dall'anno 2026; si tratta di 32 € lordi al mese (circa 18 € netti). Va precisato che l'incremento non è automatico, ma avviene “nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale dell'Area Sanità”, cioè chissà quando. Infatti, è doveroso ricordare che la contrattazione del triennio 2022/2024 – ormai già scaduto – è lontana da venire e non è nemmeno stato formulato l'Atto di indirizzo da parte del Comitato di settore. Si deve sottolineare che la Relazione tecnica non ascrive effetti finanziari al comma 350 e ai tre seguenti, volti a incrementare i valori di talune indennità vigenti nel 2024, in quanto alla copertura dei relativi oneri si provvede sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario come incrementato dall'ex articolo 47, ora comma 273. Per capirsi, non sono risorse ulteriori ma vengono “prese” dal Fondo sanitario nazionale.

comma 351 (già art. 62) = con la medesima motivazione utilizzata nel comma precedente (“valorizzare le caratteristiche peculiari e specifiche della dirigenza sanitaria non medica”), si dispone l'incremento dell'indennità di specificità della dirigenza sanitaria non medica di cui all'art. 66 del Ccnl del 23.1.2024. Il vigente valore, pari ad € 1.381,49 annui, è incrementato nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di 5,5 ml di € a decorrere dall'anno 2025: si tratta di 29 € al mese (circa 14 euro netti). Anche qui si precisa “nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale dell'Area Sanità” per cui valgono le considerazioni fatte sopra. Ma in questo comma è celato un giallo tanto assurdo quanto incomprensibile. Si è detto che lo schema della norma (motivazione, importo degli incrementi, rinvio alla contrattazione) ricalca quello del comma 351, ma qui manca completamente lo stanziamento per il 2026. L'Intersindacale medica ha tentato in ogni modo di far

correggere il “refuso” e con una nota del 23 dicembre ha scongiurato il ministro Schillaci di intervenire, come da pregressi accordi verbali; ma, come si è visto, non c'è stato nulla da fare e nel testo pubblicato in Gazzetta l'errore è rimasto, se di errore si tratta.

comma 352 (già art. 63, comma 1) = sempre con la finalità di valorizzare le caratteristiche professionali, si dispone l'incremento dell'indennità di specificità infermieristica di cui all'art. 104 del Ccnl del 2.11.2022. Stesse identiche considerazioni riguardo al rinvio alla contrattazione collettiva che, tuttavia, è in uno stato di avanzamento dei lavori molto maggiore rispetto all'Area della Sanità. I valori vigenti, differenziati nella tabella H secondo le aree di appartenenza e pari per un infermiere a 873,48 annui, sono incrementati nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di 35 ml di € per 2025 e di € 285 ml per il 2026. Difficile quantificare l'aumento di dettaglio, ma poiché gli infermieri sono 262.000, si può stimare che sia di 11 € al mese (circa 7 euro netti).

comma 353 (già art. 63, comma 2) = in questo comma l'oggetto dell'incremento è l'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute di cui all'art. 105 del Ccnl già citato. Tutto risulta speculare a quella disciplinata nel comma 352, compresa la difficoltà di quantificazione. Anche per questo emolumento – che nell'imminente rinnovo contrattuale avrebbe potuto assumere una denominazione meno ridondante - i vigenti valori, differenziati nella tabella I secondo le aree di appartenenza e pari per un tecnico RX a 493,20 annui, sono incrementati nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di 15 ml di € per 2025 e di € 150 ml per il 2026. Di nuovo appare arduo quantificare l'aumento di dettaglio ma poiché i destinatari sono 128.000, si può stimare che sia di 9,7 € al mese (circa 6 euro netti); il calcolo è molto più empirico rispetto a quello tentato per gli infermieri perché nel numero di 128.000 sono presenti circa 61.000 Oss che hanno valori diversi rispetto ai tecnici sanitari e agli assistenti sociali.

comma 354 (non presente nel Ddl) = si tratta di una delle norme più dirimpenti della legge. I compensi per lavoro straordinario di cui all'art. 47 del vigente Ccnl spettanti agli infermieri del Ssn – e soltanto per loro - sono assoggettati a un'imposta pari al 5%, sostitutiva sull'Irpef e delle addizionali regionali e comunali. L'imposta sostitutiva è applicata dal 2025, nel senso che graverà sul lavoro straordinario “pagato” dal 1° gennaio – prestato anche in precedenza - e non su quello “effettuato” da tale data. Provando a quantificare il beneficio, si può prendere a riferimento lo straordinario di un infermiere neoassunto. Premesso che tutti gli infermieri superano lo scaglione dei 28.000 € cui si applica l'aliquota massima del 35%, fino a oggi per un infermiere, ad esempio, veneto in busta paga per un'ora di lavoro straordinario diurno tariffata € 15,50, andava un netto di 9,77 €, cioè 15,50 – 37,02% (35% + 1,23% di addizionale regionale + 0,79% di addizionale comunale). Da oggi l'importo netto diventa 14,73 € (15,50 – 5%); per un

infermiere toscano il beneficio è leggermente più alto a causa delle maggiori addizionali. Ritengo che sia scontato che la detassazione riguardi – direi a maggior ragione - anche lo straordinario notturno e festivo. Questa tassazione speciale ha già generato diverse polemiche perché, come detto, è limitata ai soli “infermieri dipendenti della aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale” e, inoltre, perché, come la analoga flat tax sulle prestazioni aggiuntive, introduce una tassazione speciale che discrimina il reddito da lavoro dipendente in base alla tipologia qualitativa di prestazione lavorativa, contrastando probabilmente con i principi costituzionali di uguaglianza (art. 3) e di progressività dell’imposta personale sul reddito (art. 53). Peraltro, nemmeno ai diretti interessati la norma è risultata di completa soddisfazione perché un sindacato rappresentativo ha comunque sottolineato che avevano chiesto di detassare il lavoro del personale turnista. A parte questi aspetti di criticità, c’è un’ulteriore questione che dovrebbe preoccupare le strutture di gestione del personale delle aziende sanitarie e cioè il presumibile aumento esponenziale del ricorso al lavoro straordinario, senz’altro ora più attrattivo, che potrebbe creare problemi alla capienza del Fondo ex art. 103 del Ccnl. Infatti, va rammentato che i compensi per lo straordinario sono contingentati all’interno delle risorse per le condizioni di lavoro al contrario delle prestazioni aggiuntive che vengono pagate da bilancio: e la differenza non è da poco. Riguardo, infine, all’applicazione concreta della disposizione in tutti gli aspetti tecnici, credo che si possa fare riferimento a quanto già precisato dalla Agenzia delle Entrate riguardo alla norma del giugno 2023 (vedi la Risoluzione della Agenzia entrate n. 36/E del 22 luglio 2024 nonché gli Interpelli della medesima Agenzia nn. 263, 264 e 265 del 17 dicembre 2024, tutti relativi alla flat tax sulle prestazioni aggiuntive).

Le altre misure. Da ultimo, è corretto menzionare una serie di commi che, pur non riguardando direttamente il personale del Ssn, costituiscono tuttavia una importante novità per l’organizzazione del lavoro e sanciscono una integrazione strutturale alla legge fondamentale della Sanità, cioè al Dlgs 502/1992. In tal senso, il comma 361 integra l’art. 1, comma 2, del decreto citato imponendo tra i principi ispiratori la previsione “della centralità della persona umana, della umanizzazione della cura, della soddisfazione dei bisogni complessivi del paziente”. Viene inoltre stabilito che tutti gli enti, compresi i privati accreditati, che erogano servizi di cura nell’ambito di strutture ospedaliere devono adottare modelli organizzativi, protocolli, assetti gestionali al fine di garantire servizi in modo integrato e funzionale ai bisogni del malato. Con il comma 362 si rinvia al consueto regolamento del ministro della Salute per fissare le linee guida da osservare al fine di far partire una fase sperimentale di due anni (comma 363), al cui esito il ministro stabilirà con regolamento le norme necessarie per l’applicazione generalizzata dei modelli organizzativi per la centralità del

malato.

Dal Milleproroghe alle correzioni del Codice Appalti. Si deve, infine, segnalare che, sempre alla fine dell'anno, sono stati pubblicati due provvedimenti importanti: il tradizionale Milleproroghe e un decreto correttivo del Codice degli appalti. Il primo (DL 202/2024) con l'art. 1, comma 9, ha prorogato fino al 30.4.2025 il cosiddetto scudo erariale. Il lunghissimo art. 4 effettua interventi dilatori sui sanitari ucraini (comma 2), sugli incarichi semestrali agli specializzandi (comma 3) e a quelli per i non specializzati (comma 4), sui concorsi per l'emergenza/urgenza (comma 5), sull'elenco dei direttori generali (comma 7, lettera a), sullo scudo penale per i medici (comma 7, lettera d), sull'ulteriore finanziamento per le prestazioni aggiuntive (comma 11) e sugli incarichi ai pensionati (comma 12). Il secondo provvedimento (d.lgs. 209/2024), con la modifica all'art. 45 del d.lgs. 36/2023, ha in pratica ripristinato gli incentivi tecnici in favore del personale dirigenziale cui erano stati interdetti nel 2014 dal Governo Renzi (art. 13 della legge 114/2014). Tuttavia la linearità della disposizione è carente perché non viene detto in modo diretto ma viene abrogato e sostituito il comma dove si precisava l'esclusione delle qualifiche dirigenziali in ossequio al (malinteso) principio di onnicomprensività della retribuzione. Inoltre, è plausibile che, come in passato, si aprirà una complessa questione sulla decorrenza della norma, nel senso di capire se si applica solo sui nuovi appalti ovvero anche su quelli in corso di esecuzione. Questa innovazione dovrebbe superare quella del 2023 che prevedeva la possibilità per gli enti locali e gli enti e le aziende del S.s.n. - ma limitatamente al periodo 2023-2026 - di erogare anche ai dirigenti gli incentivi per lo svolgimento delle funzioni tecniche connesse ai progetti Pnrr e Pnc (art. 8, comma 5, della legge 41/2023).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

7 gen
2025

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Manovra 2025: le critiche dei sanitari per la flat tax del 5% solo sugli straordinari degli infermieri

di Sara Lavorini

“Come Coordinamento degli Ordini professionali dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione della Toscana, in rappresentanza quindi di ben 18 figure professionali sanitarie laureate (a breve diciannove con gli Osteopati) tra le trenta attualmente abilitate e riconosciute dalla Stato, inserite da oltre 30 anni nel Ssn, siamo indignati dalla nuova Manovra 2025 che ha approvato l'emendamento con il quale si introduce la flat tax del 5% sugli straordinari prevista per i soli infermieri”. Lo dichiara Leonardo Capaccioli, presidente dell'Ordine TSRM e PSTRP FI AR PO PT LU MS , aggiungendo che “questa misura è gravemente discriminatoria verso gli altri professionisti della sanità, che fino ad oggi hanno garantito la sostenibilità del Ssn”.

“Come regalo sotto l'albero, per i nostri professionisti sanitari, mi sarei francamente aspettato qualcosa di veramente diverso - dichiara Cristiana Baggiani presidente dell'Ordine TSRM e PSTRP di Pisa Livorno e Grosseto e invece siamo, ancora una volta, figli di un Dio minore”.

“Dopo tutto quello che abbiamo dovuto passare con il Covid 19, l'ulteriore declassamento della visibilità da “eroi a “le altre professioni sanitarie” (dopo medici, infermieri e OSS) questa è la goccia che fa letteralmente traboccare il vaso”, dichiara Massimo Ferrandi presidente dell'Ordine TSRM e PSTRP di



Siena.

Sulla decisione del Governo di agevolare la flax tax sugli straordinari solo per gli infermieri il disappunto è massimo, sia a livello regionale che nazionale. “Chiediamo al ministro Schillaci di intervenire immediatamente - conclude Capaccioli - non possiamo più tollerare una così grave disparità di trattamento. È inconcepibile che professionisti sanitari, con identico percorso formativo e con pari livello di responsabilità civile e penale, siano trattati in maniera così diversa. Non lamentiamoci poi che ci sia una scarsa attrazione dei professionisti sanitari verso il Sistema sanitario nazionale”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Servizi pubblici

LA SANITÀ
E LA SVOLTA
NECESSARIA

di Sergio Harari

Non esistono soluzioni semplici a problemi complessi, e certamente la sanità è uno dei sistemi più complicati del mondo moderno. Un noto manager del settore, ormai scomparso, era uso dire: «In sanità se tu modifichi il prezzo della carta igienica te lo ritrovi sui costi della sala operatoria, e non sai il perché». Il paradosso era un po' ardito e provocatorio ma rende bene l'idea.

I dati che arrivano da

importanti istituzioni italiane, come la Corte dei Conti e la Ragioneria di Stato, solo per citarne due, oltre che da prestigiose riviste internazionali come *Lancet*, sono tutti univoci: un sistema con le criticità di finanziamento e di programmazione come quelle che presenta attualmente il nostro Servizio sanitario nazionale non può farcela. D'altra parte, una cruda analisi del *National Health System* inglese, pubblicata recentemente dal *New England Journal of Medicine*, la più prestigiosa rivista medica al mondo, ha ben dimostrato come un sottofinanziamento cronico non possa che determinare l'implosione di un servizio

sanitario, sebbene prima ben funzionante. Il dato non deve essere sottovalutato perché è proprio al modello del Nhs che si ispira il nostro Ssn.

Il governo Meloni non ha colpa dell'attuale situazione che stiamo vivendo, sono decenni che il Ssn viene sottofinanziato, e ciò è avvenuto con tutti i governi di qualsiasi colore politico. I soldi sono una *conditio sine qua non* per garantirne la sopravvivenza, ma da soli non bastano.

continua a pagina 24

PROPOSTE PER LA SANITÀ

Cure Alcuni punti da cui iniziare per riformare il nostro sistema sanitario. È ora di passare dalle parole ai fatti

di Sergio Harari

SEGUE DALLA PRIMA

Bisogna pensare a una nuova riforma che superi quella effettuata 46 anni orsono e guardi ai prossimi decenni a venire. E non bastano le critiche, bisogna passare alle proposte concrete, consci che l'attuale situazione non garantisce, come vorrebbe l'articolo 32 della Costituzione, l'equanimità delle cure, né in termini sociali, né in termini regionali, né in termini di gender. D'altra parte, dobbiamo rassegnarci all'idea che è praticamente impossibile adeguare il finanziamento del Ssn ai livelli della media europea, questo comporterebbe uno sforzo difficilmente raggiungibile e sostenibile da qualsiasi governo in carica.

Si deve guardare la realtà in faccia ed essere pragmatici: il re è nudo, oggi noi non garantiamo più cure a tutti in modo equanime, tanto meno agli indigenti.

Purtroppo sono molti anni che esperti lanciano allarmi che cadono nel vuoto. Eppure, proposte ne sono state fatte e

possono essere ancora formulate per correggere la rotta di una nave che, superata la tempesta del Covid, sembra destinata ad arenarsi nelle secche dell'immobilismo. Se volessimo passare dalle parole ai fatti ci sarebbero molti punti sui quali quasi tutti i tecnici convergerebbero:

— Aumentare il finanziamento del Ssn attraverso l'introduzione di tasse di scopo sui prodotti dannosi per la salute, come alcol e tabacco. Queste risorse dovrebbero essere destinate a politiche di prevenzione ed alla ricerca. Inoltre si potrebbe considerare l'implementazione di tasse sugli extraprofitto delle multinazionali operanti nel settore sanitario. La prevenzione deve diventare un pilastro centrale del Ssn. È poi necessario riorganiz-



zare i Dipartimenti di prevenzione.

— Rivedere la rete ospedaliera è indispensabile per garantire una equa distribuzione dei servizi. Ciò include la verifica dei posti letto realmente disponibili e l'adeguamento delle strutture alle esigenze della popolazione.

— Promuovere un modello integrato che colleghi i servizi ospedalieri con quelli territoriali è cruciale per migliorare la continuità assistenziale. Le Case della Comunità e gli ospedali di comunità devono essere riempiti di contenuti e di personale qualificato per garantire un'assistenza efficace.

— La digitalizzazione deve diventare una priorità. L'implementazione di un fascicolo sanitario elettronico e l'uso dell'intelligenza artificiale possono migliorare l'efficienza dei servizi sanitari e facilitare l'accesso alle informazioni mediche per i pazienti e i professionisti.

— Evitare sprechi e prestazioni inappropriate attraverso un attento sistema di monitoraggio e una valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, che possono significativamente essere ridotti dalla digitalizzazione e dai sistemi di AI.

— Riconsiderare il ruolo dei professionisti sanitari nelle decisioni strategiche riguardanti il Ssn. La loro esperienza clinica è cruciale per comprendere le reali necessità assistenziali e per sviluppare politiche sanitarie efficaci. Introdurre sempre più valutazione di qualità delle performance, e non solo quantitative, de-

gli ospedali e dei manager e coinvolgere i clinici nella gestione rappresenta un passo fondamentale per passare dall'attuale modello aziendalistico ad uno più incentrato sul paziente e sul risultato delle cure.

— Rivedere e aggiornare gli attuali Drg (i rimborsi per le attività svolte che vengono riconosciuti agli ospedali) e valutare nuovi sistemi di tariffazione su indicatori di outcome.

— Un monitoraggio attento delle disuguaglianze regionali nell'accesso alle cure e nella qualità dell'assistenza è essenziale per garantire che tutti i cittadini abbiano pari opportunità di ricevere assistenza sanitaria adeguata. Le politiche devono essere adattate alle specifiche esigenze locali per colmare queste lacune.

— Gestire le aspettative dei cittadini riguardo ai servizi sanitari, promuovendo una comunicazione chiara e trasparente.

— L'AI può contribuire a una gestione più efficiente delle risorse sanitarie, prevedendo la domanda di servizi e ottimizzando la pianificazione delle attività ospedaliere. Attraverso modelli predittivi, è possibile anticipare i bisogni di salute e gestire le priorità. È cardinale espandere l'uso della telemedicina per migliorare l'accesso ai servizi, soprattutto nelle aree rurali o svantaggiate.

— Governare e potenziare la partnership pubblico-privato, senza lasciare spazio a comportamenti opportunistici, valorizzandone le potenzialità e le sinergie.

— Promuovere assicurazioni che fin dalla giovane età possano essere proposte come integrative, in particolare sulla non autosufficienza e sulla cronicità, le vere sfide alla sostenibilità del Ssn.

— Rivedere il sistema delle esenzioni e dei ticket parametrandolo ai redditi (meglio in certi casi pagare un ticket un po' più alto che dover pagare la prestazione a prezzo pieno per averla in tempi ragionevoli...).

— Superare l'attuale modello organizzativo prestazionale per un nuovo schema che consideri la presa in carico complessiva del paziente e gli outcome di salute.

L'elenco delle possibili proposte potrebbe continuare ancora a lungo ma fermiamoci qui. Si dice che il meglio è nemico del bene e certamente qualsiasi scelta si opererà sarà un compromesso, ma l'immobilismo registrato in questi anni verso questa pericolosa deriva del nostro Servizio sanitario è il peggiore dei mali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



"La politica usa i vaccini per i consensi"

► SARA MANFUSO

A PAGINA 10

"La disinformazione fa danni La politica usa i vaccini solo con finalità elettorali"

Parla l'infettivologo Matteo Bassetti
"Sbagliato eliminare le multe ai no vax"

di SARA MANFUSO

Matteo Bassetti, direttore della Clinica Malattie infettive dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova, professore ordinario di Malattie infettive all'Università di Genova e direttore della scuola di specializzazione in Malattie infettive dell'Università di Genova. Tra gli infettivologi in prima linea, anche grazie alla divulgazione mediatica, nel contrasto al Covid-19.

Professor Bassetti, c'è preoccupazione per la previsione del picco influenzale e dei 2 milioni di casi di contagio a settimana con l'apice che verrà toccato a fine gennaio con il rischio che ci sia una "corsa all'antibiotico". Di queste ore le dichiarazioni del professor Garattini che a 96 anni dichiara di non assumere antibiotici da 40. Lei cosa ne pensa?

"Il picco si raggiungerà nei prossimi 10 giorni ed è importante ricordare che l'influenza va gestita a casa, non in ospedale. È un grave errore correre in ospedale dopo un paio di giorni di febbre. Bisognerebbe fidarsi di più della categoria dei medici sul fronte della prevenzione, triste pensare che solo un italiano su due tra gli over 65 si vaccina e un solo italiano su cinque della popolazione generale si vaccina per l'influenza, poi corrono in ospedale e usano gli antibiotici anche quando sconsigliato".

Il ministero della Salute ha

diramato una circolare con le raccomandazioni per la prevenzione dell'influenza stagionale e tra queste spicca la campagna vaccinale. Com'è andata quest'anno? Il rapporto della popolazione con la vaccinazione è cambiato dopo la pandemia?

"Meglio dello scorso anno. Siamo però molto lontani dall'obiettivo di almeno il 75% della popolazione over 70 (più fragili) coperta da vaccinazione. Grandi differenze si sono viste tra nord e sud: virtuose Emilia Romagna e Toscana, male invece Campania e Sicilia. Ha fatto male la disinformazione e una posizione contro le vaccinazioni, non solo quelle da Covid, di una certa parte politica che ha usato tutto ciò con finalità elettorali. Un tema così delicato è diventato argomento di divisione politica, quando la scienza dovrebbe invece unire".

Nel Milleproroghe compare infatti l'annullamento delle

multe ai no-vax, ossia coloro che avevano rifiutato di fare il vaccino, pur essendo obbligati alla somministrazione. Lei che ha avuto la scorta proprio per le minacce subite dai no-vax, cosa pensa di questa misura e che messaggio lancia ai cittadini ligi al dovere che hanno agito nel rispetto della collettività?

"Profondamente sbagliato togliere le multe ai no-vax. Ed è sbagliato due volte: primo perché si va contro chi regolarmente si è vaccinato adempiendo all'obbligo (e non voglio entrare nel merito se fosse o meno giusto tale obbligo, ma le rego-

le erano quelle ed erano state ideate per proteggere i cittadini evitando il collasso degli ospedali); in secondo luogo è sbagliato anche nei confronti di chi ha pagato le multe, bisognerebbe allora risarcire queste persone dicendo che la legge era sbagliata e andando così anche in contrasto con le misure europee che disciplinavano la vaccinazione. È un messaggio sbagliato e si cerca di rendere motore di consenso politico un tema così importante".

Da medico le chiedo cosa pensa del nuovo Codice della Strada che non prevede alcuna deroga per i malati ai quali il SSN prescrive l'uso della cannabis terapeutica. Non è, inoltre, un errore non distinguere la "positività" dall'"alterazione" come accade in altri paesi (vedi la Germania)?

"Credo che il nuovo Codice della strada punisca fin troppo severamente chi usa alcool e cannabis. Ci sono tanti altri farmaci che possono dare interferenze, importante è considerare più l'effetto che la presenza delle sostanze. Dev'essere chiarito, anche perché ci saranno moltissimi ricorsi. Misura draconiana ed eccessiva per il nostro Paese, ma mi chiedo: l'Italia aveva bisogno di una legge così sul Codice della Strada, o forse era prioritaria una legge ancora più ferrea per tutelare gli operatori sanitari che ogni giorno prendono schiaffi e pugni negli ospedali? Schillaci ha fatto molto con l'arresto differito, e sono dalla sua parte, ma siamo sicuri che tali regole siano

rispettate? Questo tema deve essere messo al centro dell'agenda politica".

Il presidente Mattarella nel suo discorso di fine anno ha lanciato l'allarme sulla sanità: "Lunghe liste d'attesa e tanti rinunciano alle cure". C'è il rischio che il diritto costituzionale alla salute sia minacciato? Sembra che ormai curarsi sia un diritto solo per chi ha i soldi per farlo...

"Ho apprezzato moltissimo le parole del presidente e credo che bisognerà lavorare molto per aumentare l'offerta di servizi riducendo di riflesso le liste d'attesa, ma credo si debba anche lavorare "a monte" ragionando sull'appropriatezza di molte richieste d'esame (molti medici ne prescrivono di inutili). Bisogna ci sia anche uno sforzo culturale diverso, noi buttiamo il 50% dei vaccini che il nostro Paese acquista per rafforzare la medicina preventiva. E sappiamo che non tutti si vaccinano gratuitamente per l'herpes zoster, pneumococco e tantissime altre malattie. Educiamo il cittadino a un diverso uso dei servizi sanitari che vanno usati al meglio".

L'intervista

"La nuova riforma del Codice della strada è eccessiva e punitiva. Era più utile una legge per proteggere gli operatori sanitari"



GIROLAMO SIRCHIA E IL DIVIETO DEL 2005 NEI LOCALI

«Il fumo, la mia legge e i tabagisti al governo»

di **Tommaso Labate**

Vent'anni dalla legge che vietò il fumo nei locali chiusi e abolì le carrozze fumatori sui treni. Era il 10 gennaio del 2005. Girolamo Sirchia, all'epoca ministro della Salute del governo Berlusconi II, a ragione è considerato il padre di quella norma. La ideò e la difese, contro tutto e contro tutti. «Per anni i ristoratori mi hanno ringraziato». a pagina 20



L'INTERVISTA GIROLAMO SIRCHIA

«La legge stava per saltare, poi minacciai le dimissioni. Così salvai l'Italia dal fumo»

L'ex ministro, oggi 91enne: sfidai i tabagisti al governo, Berlusconi mi difese

di **Tommaso Labate**

«**D**el giorno dell'entrata in vigore della legge ricordo che andammo a cena a festeggiare, io e i miei collaboratori più stretti, in un ristorante di via Veneto, a Roma. C'erano stati momenti in cui non pensavamo di farcela. E invece ci eravamo riusciti».

Al ristorante incontrò qualcuno che fumava?

«Nessuno. Tanti ristoratori, nonostante le grandi resistenze iniziali, finirono col tempo per ringraziarmi. E così tantissima gente che lavorava nei lo-

cali notturni, dove prima dell'approvazione della legge, al chiuso delle discoteche, in molti si erano ammalati a causa del fumo passivo. Per non dire di quello che mi capitò per molto tempo sul treno con cui facevo su e giù da Milano».

Che cosa?

«Ogni volta era una processione. Tutto il personale viaggiante delle Ferrovie dello Stato, una volta che mi riconosceva, veniva a stringermi la mano. Poveretti, erano persone che vivevano immerse nel fumo altrui e che la mia legge aveva liberato da questa atroce

condanna».

Il 10 gennaio 2005 entrava in vigore la legge che estendeva il divieto di fumo a tutti i locali chiusi e aboliva le carrozze fumatori sui treni. Sono passati esattamente vent'anni. Girolamo Sirchia, all'epoca ministro della Salute del governo Berlusconi II, è considerato a ragione il padre della norma: la ideò e la difese, contro tutto e con-



tro tutti.

I nemici della legge antifumo erano più dentro il centrodestra o nell'opposizione?

«Soprattutto nel centrodestra. Il fuoco amico fu l'ostacolo più insidioso».

Chi erano i più accaniti oppositori della norma?

«Dentro la squadra di governo, il ministro della Difesa Antonio Martino e il vicepresidente del Consiglio Gianfranco Fini, anche se quest'ultimo col tempo ha parzialmente cambiato idea. Fuori, nel mondo intellettuale, ricordo soprattutto Vittorio Feltri e Giuliano Ferrara».

Tutti fumatori.

«Martino e Fini fumavano tantissimo».

L'argomentazione che opponevano?

«La storiella che, con l'approvazione della legge, molti locali avrebbero chiuso e si sarebbero persi parecchi posti di lavoro».

Totalmente campata in aria, secondo lei?

«Avevamo il precedente della California, dov'era stata approvata una legge uguale e, nel contrastarla, s'era avanzata la stessa obiezione. I dati californici

niani invece ci dicevano che non solo non si erano persi posti di lavoro ma, con la legge antifumo in vigore, se ne erano guadagnati».

Chi la sostenne durante l'iter del provvedimento?

«Roberto Maroni e Carlo Giovanardi difesero il provvedimento con grande forza. Un altro grandissimo sostenitore della legge, per fortuna, lo trovai al Quirinale: il presidente Carlo Azeglio Ciampi».

Quando aveva deciso di agire?

«Quando arrivai al ministero della Salute, nel 2001. I dati non mentivano: il nemico numero uno della salute degli italiani era il fumo. Partii da lì ed elaborai, insieme ai miei collaboratori più stretti, un piano strategico per "dribblare" le insidie del Parlamento».

Prego?

«Proprio così. Le resistenze erano tantissime».

Il piano d'azione?

«Innanzitutto, l'approvazione della legge delega, che passò alle Camere in piena sessione di bilancio, quasi a fari spenti, mentre tutti erano concentrati sulla finanziaria. Il problema però erano i decreti

attuativi, senza i quali la delega sarebbe stata uno strumento vuoto, inutile. Fu a quel punto, nel Consiglio dei ministri decisivo, che tutto stava per saltare».

Che cosa successe?

«Successe che il fronte che si opponeva alla norma ritirò fuori la questione dei posti di lavoro che si rischiava di perdere e dell'impatto negativo sull'elettorato di centrodestra che le nuove disposizioni avrebbero comportato. Era praticamente finita. A quel punto, mi alzai in piedi e dissi che, nel caso in cui i decreti non fossero stati approvati, non mi restava altro che rassegnare le mie dimissioni».

E poi?

«Intervenire Berlusconi, a cui devo più di un ringraziamento. "Va be", disse, "se la metti così allora li approviamo". Era il 23 dicembre 2004. Il 10 gennaio del 2005 la legge sarebbe entrata in vigore».

Lei è mai stato fumatore?

«Fino a trent'anni ho fumato. Poi smisi perché mi trasferii per lavoro in Inghilterra e lì non trovavo la mia marca di si-

garette».

Poteva portarsele dall'Italia, no?

«Lo feci qualche volta. Però

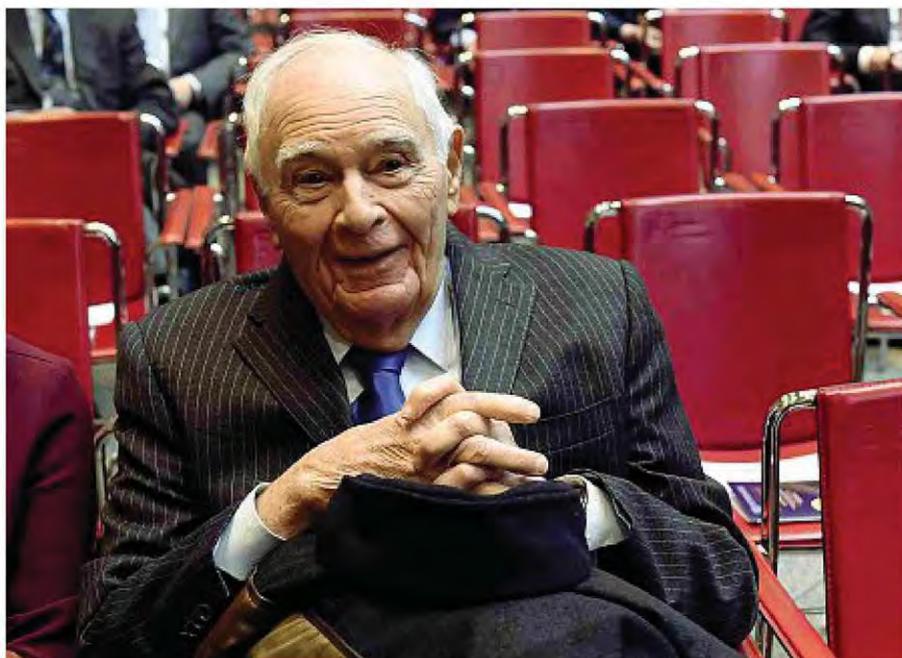
era vietato e alla dogana chiedevano sempre "ha qualcosa da dichiarare, sigarette?". Avevo un *grant* (sorta di visto, ndr) del Wellcome trust, presso cui lavoravo: se mi avessero beccato con le sigarette, avrei fatto fare una figuraccia all'ente, al mio professore. Fu la scusa per smettere».

Della legge si disse, all'epoca, che sarebbe stata disapplicata e poi destinata a un binario morto. È ancora qua.

«Si disse e poteva anche accadere. Se non successe, il merito fu soprattutto del generale Gennaro Niglio, comandante dei Nas, uno dei miei collaboratori più cari, purtroppo scomparso. Senza l'opera di controlli a tappeto che aveva preventivamente messo in piedi, l'applicazione della legge sarebbe andata in fumo. E molte delle persone che oggi sono vive sarebbero morte».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La reazione
Tutto il personale
viaggiante delle Ferrovie,
una volta che mi
riconosceva, veniva
a stringermi la mano
Poveretti, erano persone
che vivevano immerse
nel fumo altrui



Ex ministro

Girolamo Sirchia, 91 anni, medico, è stato per quasi 30 anni (dal '73 al 2001) primario del Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti del Policlinico di Milano. Dal '99 al 2001 ha fatto l'assessore ai Servizi sociali del Comune di Milano, poi ministro della Salute nel secondo governo Berlusconi (fino al 2005). Ha legato il suo nome alla legge contro il fumo nei luoghi pubblici. Ha pubblicato, su riviste internazionali, oltre 800 lavori scientifici



7 gen
2025

SENTENZE

S
24

Nomina dirigenti di strutture sanitarie complesse: Consiglio di Stato e Tar “divisi” sulla giurisdizione

di *Pietro Verna*

Le controversie in ordine al conferimento degli incarichi di direzione di strutture sanitarie complesse sono devolute al giudice amministrativo o al giudice ordinario? In altri termini il conferimento si sostanzia in un concorso pubblico o una scelta che è espressione di una attività organizzativa di diritto privato della pubblica amministrazione quale datore di lavoro, ai sensi dell' articolo 63, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 («Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche»)?



Sulla questione dovranno pronunciarsi le Sezioni Unite della Cassazione a seguito di alcune pronunce della giurisprudenza amministrativa che si sono espresse in termini contrastanti sull'interpretazione del comma 7-bis dell'articolo 15 del decreto legislativo n. 502 del 1992 (introdotto dalla legge n.118 del 2022) che prevede che il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa avvenga sulla base dell' analisi comparativa dei curricula e dei titoli professionali posseduti dai candidati “secondo criteri prefissati preventivamente”, dimodoché la scelta deve cadere “sul candidato che ha conseguito il miglior punteggio”. Ciò diversamente dal testo previgente, che prevedeva:

- una valutazione comparativa dei titoli posseduti dai candidati “ai fini della predisposizione di una terna di candidati idonei formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti”;
- l’individuazione da parte del direttore generale, tra due candidati che avessero ottenuto il miglior punteggio, del candidato da nominare, fatta salva la facoltà del direttore generale di nominare il candidato diverso da quelli collocatisi nelle due posizioni, a condizione di “motivare analiticamente la scelta”.

Ebbene, il Consiglio di Stato (sentenza n.8344 del 2024) ha intravisto nel novellato articolo 15, comma 7-bis “una procedura concorsuale” che culmina “con una graduatoria vincolante e l’individuazione di un vincitore “coincidente con il primo graduato”, ragion per cui ha attribuito i relativi ricorsi al giudice amministrativo. Mentre il Tar Liguria (sentenza n. 191 del 2024) ha stabilito che “la selezione per il conferimento dell’incarico di direttore di struttura complessa attiene al conferimento degli incarichi di direzione [...] le cui controversie sono devolute alla giurisdizione del giudice ordinario per espressa previsione [...] dell’ articolo 63, comma 1, del d.lgs. n. 165 del 2001”.

Da qui l’auspicio che, in mancanza di un intervento del legislatore, la querelle sia risolta dalla Corte di legittimità, pena la paralisi delle procedure di nomina, dal momento che l’orientamento del Tar Liguria è condiviso da altri Tribunali amministrativi regionali, tra cui il Tar Puglia-Lecce (sentenza n. 1012 del 2023) secondo il quale “gli atti di conferimento d’incarichi dirigenziali [...] conservano natura privata in quanto rivestono il carattere di determinazioni negoziali assunte dall’Amministrazione con i poteri e le capacità del comune datore di lavoro”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

7 gen
2025

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Previdenza/ Come andare in pensione nel 2025

di *Claudio Testuzza*

Nel corso del 2024 si è parlato molto di modifiche al sistema previdenziale. Ma al di là di alcuni roboanti annunci e di un possibile piano elaborato dal Cnel non si è avuto nessuno intervento significativo.

Anzi, nonostante le novità previste anche nel disegno di legge di Bilancio per il 2025, che secondo il Governo aumenterebbero la flessibilità nell'accesso a pensione, l'anno

prossimo le soluzioni per diventare pensionati

prima di raggiungere i 67 anni, cioè l'età minima richiesta per il trattamento di vecchiaia, saranno analoghe a quelle attuali. Grazie alle quali, nei primi nove mesi del 2024, ci sono stati 89 pensionamenti anticipati ogni 100 di vecchiaia, con un'età media alla decorrenza oscillante tra i 61 e i 62 anni nelle varie gestioni previdenziali, mentre per la vecchiaia fluttua tra i 67 e i 68 anni.

Il ricorso alla pensione integrativa. L'unica disposizione innovativa è stata rappresentata dalla condizione che dal 2025 si consentirà di utilizzare la pensione integrativa al fine di raggiungere il requisito di importo minimo di 3,2 volte la pensione sociale, per il pensionamento anticipato.

Tale condizione riguarderà le pensioni interamente contributive, accessibili a chi non ha contributi prima del 1996, e di conseguenza il suo utilizzo, per ragioni anagrafiche, interesserà pochissimi nei prossimi anni (si dice appena



100 nel 2025), perché queste persone arriveranno in massa al pensionamento solo tra un poco di anni. Infatti, la stessa relazione tecnica alla legge di Bilancio afferma che le nuove regole sull'accesso al pensionamento di vecchiaia contributiva non dovrebbero produrre effetti nel 2025 (anche per i tempi di attuazione della norma) mentre si stima che verranno inizialmente utilizzate da circa 600 persone nel futuro 2034, e che anticiperanno il pensionamento, in media, di 1 solo anno.

Un bel risultato per chi ha sostenuto il superamento della legge Fornero.

Un mito propagandato da molti anni che viene finalmente rottamato.

La stessa legge di Bilancio 2025 introduce, però, ulteriori regole per chi l'anno prossimo potrebbe raggiungere l'importo minimo anche valorizzando la pensione integrativa. In questo caso, il requisito contributivo salirà a 25 anni dagli attuali 20, e a 30 anni a partire dal 2030. Inoltre fino all'età della pensione di vecchiaia l'assegno potrà essere cumulato solo con redditi da lavoro autonomo occasionale fino a 5mila euro lordi all'anno. Poi negli anni a seguire i requisiti diventeranno più selettivi.

Ma già dall'anno prossimo l'accesso a questo canale sarà condizionato al rispetto del budget previsto e ciò potrebbe comportare ulteriori restrizioni, quali l'elevazione dell'importo soglia e dell'importo della pensione di primo pilastro, nonché un ampliamento delle finestre.

La pensione anticipata ordinaria è la via principale per andare in pensione prima di compiere 67 anni di età. Ma è necessario avere accumulato una consistente anzianità contributiva: almeno 42 anni e 10 mesi se uomini, 41 anni e 10 mesi se donne. Raggiunto tale traguardo si matura il diritto alla pensione, indipendentemente dall'età.

Tuttavia la decorrenza scatta 3 mesi dopo, per via della finestra mobile, periodo in cui si resta senza reddito se non si prosegue l'attività lavorativa e non si hanno altre entrate. Nel 2025 la finestra salirà a 4 mesi per i lavoratori del comparto pubblico la cui pensione è liquidata della Cassa dei dipendenti degli enti locali, dei sanitari, degli ufficiali giudiziari e degli insegnanti di asilo e di scuole elementari parificate.

Si potrà ancora accedere a quota 103 raggiungendo i 62 anni di età e almeno 41 anni di contributi entro il 31 dicembre 2025, a cui va aggiunta una finestra di 7 mesi per i lavoratori del settore privato e di 9 mesi per quelli del pubblico. Inoltre l'importo dell'assegno sarà calcolato interamente con il metodo contributivo, in genere meno vantaggioso di quello misto a cui i pensionandi avrebbero diritto secondo le regole ordinarie e l'importo effettivamente messo in pagamento tra il pensionamento e il raggiungimento del requisito anagrafico per la pensione di vecchiaia non potrà essere superiore a quattro volte il trattamento minimo di ogni anno. Durante lo stesso arco di tempo la pensione potrà essere cumulata solo con redditi da lavoro autonomo occasionale per un massimo di 5mila euro lordi annui.

Le “premialità” e le agevolazioni in manovra. Una conferma della Manovra di bilancio 2025 è la volontà di premiare lavoratrici e lavoratori che, pur potendo andare in pensione con Quota 103, decidono comunque di restare a lavoro. Si tratta di un incentivo al posticipo pensione già presente nel 2024. Chi sceglie in questi casi di proseguire l'attività lavorativa dipendente può rinunciare e ritrovarlo nella propria retribuzione, all'accredito contributivo della quota dei contributi previdenziali a suo carico, relativi all'Assicurazione generale per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti (Ivs) o a forme sostitutive. Per i lavoratori precoci sono necessari 41 anni di contributi se almeno 12 mesi sono riferiti a periodi lavorati prima del compimento del diciannovesimo anno di età. Ma solo se rientrano nelle categorie specificate dalla norma: disoccupati, caregiver, capacità lavorativa ridotta almeno del 74%; addetti alle mansioni gravose o usuranti. Si applicano le finestre dell'anticipata ordinaria. Nel 2023/2024 sono stati poco più di 11mila. Le lavoratrici che hanno maturato almeno 35 anni di contributi e almeno 61 anni di età (60 se con un figlio, 59 con almeno due figli) entro il 2024, potranno scegliere il pensionamento con l'opzione donna, che comporta il calcolo dell'assegno interamente con il metodo contributivo. Anche questo anticipo pensionistico è riservato alle disoccupate o dipendenti di aziende per le quali è aperto un tavolo ministeriale di crisi (requisito anagrafico ridotto sempre a 59 anni), alle caregiver e a coloro che abbiano una riduzione della capacità lavorativa per invalidità civile pari almeno al 74 per cento. In questo caso la finestra è di 12 mesi per le lavoratrici dipendenti e di 18 mesi per le autonome. Si stimano poco più di 2.500 accessi.

Le attività usuranti. Chi per almeno metà della vita lavorativa o per almeno sette anni negli ultimi dieci abbia svolto attività “usuranti” indicate nel decreto legislativo 67/2011 o lavorato di notte, può andare in pensione con il meccanismo delle quote, da raggiungere sommando età e anni di contributi. Si parte da almeno 61 anni e 7 mesi di età e almeno 35 anni di contributi. Nel 2023 sono state accolte meno di 2mila domande. L'anticipata contributiva è destinata a chi ha iniziato a versare contributi dal 1996. Richiede un requisito anagrafico di 64 anni abbinato a un minimo di 20 anni di contributi effettivi (non valgono quelli figurativi per malattia e disoccupazione), oltre a una finestra di tre mesi. L'importo del primo assegno deve essere non inferiore a tre volte l'assegno sociale, multiplo ridotto a 2,8 volte per le donne con un figlio e a 2,6 volte con almeno due figli. Dal pensionamento al raggiungimento del requisito anagrafico della pensione di vecchiaia l'importo messo in pagamento non può essere superiore a cinque volte il trattamento minimo. In presenza di un figlio, il requisito anagrafico per la pensione di vecchiaia contributiva (67 anni) viene ridotto di quattro mesi, che diventano otto mesi con due figli, dodici mesi con tre figli e sedici mesi con almeno quattro figli. Non cambia il requisito contributivo minimo, che è sempre di 20 anni. Inoltre si deve ricordare che il pensionamento è

consentito se l'importo del primo assegno è pari almeno a quello dell'assegno sociale. Obiettivo che dal 2025 potrà essere raggiunto anche valorizzando l'importo teorico della pensione complementare. A questa pensione possono accedere anche le lavoratrici con contributi ante 1996 se attivano l'opzione per passare al metodo contributivo a fronte del possesso dei requisiti richiesti per tale opzione. Infine nel quadro normativo attuale e futuro si può contare su quattro strumenti che non sono pensionamenti anticipati ma accompagnano alla pensione. L'Ape sociale, a carico dello Stato e prorogata dalla legge di Bilancio 2025, per determinate categorie di lavoratori a partire da 63 anni e 5 mesi di età e anzianità contributiva variabile da 28 a 36 anni. L'Isopensione e l'assegno straordinario dei fondi bilaterali, a carico direttamente o indirettamente delle aziende, con durata massima rispettivamente di 7 e 5 anni. La rendita integrativa temporanea anticipata, che il singolo lavoratore si autofinanzia attingendo alla sua posizione di previdenza integrativa, in modo da avere uno scivolo fino a 5 anni, che sale fino a 10 anni a fronte di disoccupazione almeno biennale. Per quanto attiene la rivalutazione delle pensioni 2025, la così detta "perequazione", l'incremento degli importi sarà regolato da un meccanismo un poco diverso rispetto al 2024. Torna in vigore la rivalutazione più favorevole, prevista a scaglioni invece di quella per fasce. Sarà infatti del 100 % per le fasce d'importo fino a 4 volte il trattamento minimo (2394,44 euro). In questi casi quindi l'aumento sarà totale. Del 90 % per le fasce d'importo tra 4 e 5 volte il trattamento minimo (tra 2394,45 e 2933,06 euro) e del 75 % per le fasce d'importo oltre 5 volte il trattamento minimo.

Rivalutazione ai minimi storici. La rivalutazione delle pensioni 2025 sarà molto limitata, rispetto a quella degli anni precedenti. Frutto di una percentuale fissata allo 0,8 %, che non avrà un forte impatto sugli importi del prossimo anno. Si tratta di pochi euro (in media di 3 euro), a fronte di un costo della vita ben più alto. Infatti il decreto datato 15 novembre e siglato dal Ministero dell'economia e dal Ministero del lavoro ha stabilito la perequazione automatica delle pensioni con decorrenza 1° gennaio 2025 limitandone l'indicizzazione a 0,8 punti percentuali, anche se al momento solo provvisori. Il decreto prevede tuttavia, che, qualora la stima provvisoria dello 0,8 % non corrisponda ai dati definitivi, che non sembrano poter variare dall'0,8 %, si procederà a un conguaglio. Per quanti andranno in pensione nel 2025 c'è anche una buona notizia: la rivalutazione del montante. Per buona parte dei prossimi pensionati, il dato più importante per il calcolo del loro trattamento non è più l'ultimo stipendio o gli ultimi dieci anni di retribuzione, che sono utili per la quantificazione della quota di pensione determinata con il sistema retributivo, ma il coefficiente di capitalizzazione dei montanti contributivi, perché, almeno dal 2012 in poi (ma per molti altri dal 1996 in poi), la quota di pensione corrispondente viene determinata con il sistema contributivo.

Le previsioni per gli iscritti Enpam. Questo sistema si applica, a partire dal 2013, anche ai medici e agli odontoiatri iscritti all'Enpam, con riferimento a due delle cinque gestioni dell'Ente: la Quota A del Fondo di previdenza generale e la Gestione degli Specialisti esterni accreditati. Con il sistema contributivo, la pensione viene calcolata attraverso i contributi versati, che vengono rivalutati anno dopo anno sulla base di un particolare coefficiente (appunto il coefficiente di capitalizzazione), che viene individuato nel tasso medio annuo composto di variazione del prodotto interno lordo nominale nei cinque anni precedenti il penultimo anno prima della decorrenza della pensione. Ebbene per quanti andranno in pensione nel 2025 la rivalutazione del montante contributivo sarà del 3,66%, in deciso aumento rispetto al 2,30% dello scorso anno. Lo ha comunicato l'Istat, con la nota prot. 2545394 del 2024, pubblicata sul sito del Ministero del Lavoro, nella quale espone il tasso di capitalizzazione ai sensi della legge n. 335/1995, riferito all'anno 2024. Per l'effettiva determinazione della pensione entrerà poi in gioco un altro coefficiente, il cosiddetto coefficiente di trasformazione. Si tratta della percentuale che, applicata al montante, determina l'importo annuo del trattamento, in funzione dell'età di pensionamento. La tabella relativa contiene valori a partire dal 57° e fino al 71° anno di età. Anche questi coefficienti sono soggetti a revisione, con cadenza biennale. Nel biennio 2023/2024, a seguito della riduzione dell'aspettativa di vita, conseguente al Covid, sono aumentati, consentendo l'erogazione di pensioni più alte. Per il 2025/2026 è invece ripreso l'ordinario trend discendente.

Un occhio alle new entry nel mercato del lavoro. Infine una “ strana “ novità prevista dal testo della Manovra 2025 che interessa i giovani lavoratori e lavoratrici che dal prossimo anno entrano nel mercato del lavoro.

L'obiettivo è quello di garantire loro un montante contributivo maggiore su cui calcolare l'assegno della pensione. Nello specifico, i giovani che iniziano a versare i primi contributi nel 2025 potranno scegliere di versare all'Inps una maggiorazione sui contributi dovuti, quindi oltre a quelli obbligatori già previsti. Si potrà versare quindi una quota pari la massimo a due punti percentuali, e cioè pari al 2 per cento della quota a proprio carico trattenuta in busta paga. Questi saranno deducibili dal reddito complessivo per il 50 per cento dell'importo totale versato. I contributi versati a titolo di maggiorazione non saranno deducibili al 100 per cento come quelli ordinari. Attenzione però: la quota di pensione che deriva da questi versamenti extra non sarà erogata in automatico. Sarà corrisposta su apposita domanda dell'interessato e soprattutto al momento della maturazione del requisito per la pensione di vecchiaia: quindi a 67 anni ! I contributi versati a titolo di maggiorazione, inoltre, non andranno a contribuire al raggiungimento dell'importo soglia per l'accesso alla pensione anticipata nel sistema contributivo, che dal 2024, ricordiamo, è fissato a 3 volte l'assegno sociale (1.603,23 euro per il 2024). La soglia poi scende a 2,8 volte per le donne con 1

figlio e 2,6 per le donne con 2 o più figli. La contribuzione extra quindi si tradurrebbe in pensione solo al compimento dei 67 anni e senza favorire in alcun modo il pensionamento anticipato a 64 anni. Una misura che lascia più di qualche perplessità viste le già precarie condizioni dei giovani lavoratori e lavoratrici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PROCEDURA ESEGUITA AL GEMELLI DI ROMA, IN SINERGIA CON IL BAMBINO GESÙ

Malattia reumatologica curata con cellule Car-T È la prima volta in Italia per una paziente adulta

VITO SALINARO

Finora erano utilizzate per combattere soprattutto i tumori ematologici (leucemie, linfomi e mielomi), con risultati sempre più importanti, soprattutto per quei pazienti non rispondenti ad altre terapie: oggi le Car-T - cellule prelevate dal paziente e reingegnerizzate in laboratorio per riconoscere e aggredire il cancro - iniziano ad essere impiegate anche contro alcune malattie autoimmuni. E su pazienti adulti. Per i quali si apre una nuova era. È stato l'Irccs Policlinico Gemelli di Roma a reclutare la prima paziente adulta italiana per lo studio di frontiera *Catarsis* (finanziato dal ministero della Salute), portato avanti assieme all'Irccs Ospedale pediatrico Bambino Gesù della Capitale, finalizzato a curare, con questa innovativa tecnica, patologie reumatologiche sistemiche, anche molto gravi (Les, sclerosi sistemica, dermatomiosite/polimiosite, vasculite Anca-associate), refrattarie ai trattamenti abituali.

La paziente in questione è affetta da sclerodermia; la vigilia di Natale ha ricevuto l'infusione di Car-T (prodotte nell'Officina farmaceutica del Bambino Gesù, coordinata dal professor Franco Locatelli) nel reparto di Oncoematologia del Gemelli, diretto da Gennaro Daniele, e fa parte di un gruppo di 8 adulti, "arruolati" per due anni. Responsabile della ricerca è Maria Antonietta D'Agostino, ordinario di reumatologia dell'Università Cattolica e primario al Gemelli. «*Catarsis* - dice - è il primo studio accademico

di fase I in Italia, volto a trattare patologie autoimmuni mediate da B-linfociti con cellule Car-T. Pazienti con patologie severe finalmente possono ambire a sconfiggere la loro malattia, grazie al "reset" del sistema immunitario, indotto da tale terapia».

Al Bambino Gesù sono stati già sottoposti ad un simile procedimento 5 bambini con malattie autoimmuni, mentre nel mondo solo una cinquantina di pazienti con patologie reumatologiche ha ricevuto le Car-T, la maggior parte dei quali in Germania, segui-

ti dal gruppo del professor Georg Schett dell'Università di Erlangen, nonché visiting professor alla Cattolica, e che è stato il primo mondo ad eseguire la procedura per queste malattie. Schett sta ora portando avanti lo studio *Castle*, "gemello" del *Catarsis*.

La terapia offerta alla prima paziente adulta italiana, evidenzia Locatelli, «dimostra come la collaborazione tra centri accademici di eccellenza permetta di offrire gli approcci terapeutici più innovativi a malati affetti da patologie complesse. Dopo i risultati di grande rilevanza ottenuti nei 5 pazienti pediatrici, il caso della signora curata con i colleghi del Policlinico Gemelli apre un'ulteriore frontiera e documenta l'importanza d'investire sempre più come Paese in ricerca clinica avanzata».

Le cellule B, informa il Policlinico romano, sono tra i principali protagonisti delle malattie autoimmuni e questo fa di loro un obiettivo terapeutico ideale. Il "bersaglio" più efficace, individuato sulla loro superficie, è l'antigene "Cd-19". Negli anni sono state sviluppate molte terapie (anticorpi monoclonali) dirette contro vari antigeni di superficie delle cellule B ma in alcuni pazienti queste non funzionano a sufficienza e i pazienti con le forme più gravi rischiano l'insufficienza d'organo e, in alcuni casi, la morte. Per questo «si è pensato di "ingegnerizzare" le cellule del sistema immunitario del paziente, per armarle contro il Cd-19 e trattare le malattie autoimmuni refrattarie ai comuni trattamenti». Le Car-T hanno dimostrato la capacità di «penetrare con maggior efficacia negli organi e nei tessuti dove si annidano le cellule B "ribelli"», aprendo la strada ad una terapia potenzialmente molto efficace.

RIPRODUZIONE RISERVATA



La lavorazione di cellule Car-T in laboratorio/ (Gemelli)





Secondo un nuovo studio finlandese, se il vizio delle sigarette inizia intorno ai 16-24 anni, possono insorgere gravi patologie cardiache in tempi rapidi

Fumatori precoci Il cuore è subito in grave pericolo

Antonio G. Rebuzzi

Che il fumo faccia male è cosa nota a tutti. È infatti il più importante fattore di rischio cardiovascolare che, al contrario di altri come il diabete o l'insufficienza renale, si può evitare. Smettere dipende solo dalla nostra buona volontà. Ma ancora più importante che smettere, è il non cominciare a fumare. E questo fenomeno si verifica spessissimo in età molto giovane ed è associato a maggiori danni vascolari in gioventù e ad un aumentato rischio di mortalità in età adulta. Proprio questo problema è stato di recente affrontato

in un articolo pubblicato sulla rivista *Journal of American College of Cardiology* e scritto da Andrew O. Agbaje, dell'Institute of Public Health of the School of Medicine e University of Eastern Finland di Kuopio.

I QUESTIONARI

Sono stati studiati circa 2000 soggetti, seguiti con visite periodiche dai 10 fino ai 24 anni, valutando oltre a numerose caratteristiche fisiche (peso, altezza, indice di massa corporea, pressione, glicemia, massa grassa e altro) anche l'abitudine al fumo di sigaretta attraverso appositi questionari oltre al-

la situazione cardiaca attraverso vari parametri elettro ed ecocardiografici. All'età di 10 anni fumava lo 0.3% dei ragazzi, che diventava l'1.6% a 13 anni, il 13.6% a 15 anni, il 24% a 17 anni e addirittura il 26% a 24 anni. Il maggior incremento quindi si è registrato (come sempre succede) nell'età adolescenziale. In chi aveva cominciato a fumare in tenera età, già tra i 17 ed i 24 anni si poteva registrare un aumento percentualmente maggiore, rispetto ai coetanei, di soggetti con ipertrofia del ventricolo sinistro (dal 2.8% al 7.5%) con aumento dello spessore delle pareti del cuore e talora con presenza di alterazioni strutturali ed anche funzionali.

LA FIBRILLAZIONE

Tali dati ben si conciliano con quelli del Framingham Heart Study (pubblicati qualche anno fa sul *Journal of American College of Cardiology*) dove si è osservato un aumento del 18% di fibrillazione atriale in soggetti persistentemente esposti, in età giovanile, al fumo passivo da parte di genitori o parenti conviventi. Perché il fumo danneggia il sistema cardiovascolare? I meccanismi sono molteplici. Il fumo può provocare una disfunzione dell'endotelio dei vasi con una contemporanea modificazione del profilo dei grassi. E questo favorisce la formazione di placche di colesterolo sulla superficie interna delle arterie.

INFIAMMAZIONE

Il fumo inoltre aumenta i fattori infiammatori e con questo può incrementare la reattività delle piastrine nel sangue favorendo quindi sia la rottura delle placche che la cascata pro-trombotica che porta alla occlusione delle arterie ed all'infarto. Secondo una recente stima dei ricercatori dell'University College of London, ogni sigaretta fumata rischia di accorciare l'aspettativa di vita di circa 20 minuti. In compenso, smettendo di fumare, in un relativamente breve periodo si potrebbe riguadagnare quanto perso. Nel loro studio i ricercatori calcolano che un singolo pacchetto consumato può sulla carta rubare 7 ore di vita.

Nel nostro Paese, come riportato da una recente indagine ISS-Doxa, fuma circa il 24% della popolazione oltre i 15 anni di età, cioè oltre 11 milioni di persone che presumibilmente cominciano a fumare in età pre-adolescenziale. E purtroppo sembra che aumenti pure il numero delle sigarette fumate



(12 di media al giorno con il 25% delle persone che supera le 20).

PROPOSITO

Il fumatore medio che non smette, ha ammonito Sarah Jackson, ricercatrice capo del gruppo di studio su alcol e tabacco alla all'University College of London, può invece perdere «circa un decennio di vita: 10 anni di momenti preziosi da condividere con le perso-

ne che amiamo». Sarebbe un ottimo proposito per i fumatori del nostro Paese, iniziare, ora, a abbandonare le sigarette.

*Professore di Cardiologia,
Università Cattolica, Roma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SE SI DIVENTA
DIPENDENTI DAL
TABACCO MOLTO
PRESTO, SI RISCHIA
IPERTROFIA
E FIBRILLAZIONE**

I NUMERI

24%

Percentuale della popolazione italiana che fuma abitualmente dai 14 anni, tra i giovani (20-35 anni) il 30%

12

Le sigarette che vengono fumate ogni giorno, in media, da ogni italiano. Ma 22 su 100 consumano più di un pacchetto

24%

Sono i fumatori tra gli uomini mentre tra le donne si scende al 15,7%. Cresce il numero tra le ragazze e le giovani donne

14-17

Anni l'età in cui gli adolescenti iniziano a fumare, il 9,6% tra 11 e 13 consuma un prodotto tra sigarette o e-cig

25

Le malattie che vengono considerate strettamente legate all'abitudine al fumo: polmonari, cardiache e oncologiche

**LA RICERCATRICE SARAH
JACKSON (UNIVERSITY
COLLEGE LONDON):
«CHI NON SMETTE PUÒ
PERDERE IN MEDIA
DIECI ANNI DI VITA»**



Il fumo: una dipendenza dannosa per il cuore (foto Freepik)



Dal cibo giusto allo smartphone il decalogo dell'Istituto di Sanità

LA PREVENZIONE

Da un sano distacco dallo smartphone al chiedere aiuto in caso di sofferenza psicologica, fino ad una maggiore attenzione all'ambiente e alle trappole delle fake news. Sono alcuni dei consigli diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss) per iniziare l'anno nuovo con il piede giusto.

L'obiettivo è quello di non procrastinare i buoni propositi per migliorare la propria salute fisica e mentale. La prima indicazione è rivolta in particolare agli adolescenti, il 25% dei quali fa un uso problematico dello smartphone con effetti negativi su sonno, concentrazione e relazioni.

“Stabilisci una “zona smartphone free” a casa, come la camera da letto o il tavolo da pranzo, per favorire momenti di qualità e disconnettersi gradualmente”, suggerisce l'Iss. «Inizia

con piccoli passi, ad esempio 30 minuti di pausa digitale al giorno, usando il tempo - si legge nel documento - per altre attività che ti piacciono. L'obiettivo non è eliminare lo smartphone, ma imparare a gestirlo con consapevolezza”.

LE CALORIE

Diversi poi i consigli dedicati all'alimentazione, a cominciare dal ridurre al massimo o meglio abolire il consumo di alcol “una sostanza che può aumentare il

rischio di sviluppare oltre 200 malattie diverse”. L'alcol, ricorda l'Iss, è anche estremamente calorico e dunque contribuisce all'obesità. Durante e dopo le feste fare a meno di un bicchiere a pasto sottrae circa 6-7000 calorie, pari a un chilo di peso. Mantenendo l'abitudine per tutto l'anno ci si ritroverà con 7-9 chili in meno (parola di nutrizionisti). Viene ovviamente raccomandato di farla finita anche con il fumo, chiedendo aiuto, se necessario al Telefono Verde Iss contro il Fumo 800 554088, un servizio nazionale, anonimo e gratuito, attivo dal lunedì al venerdì, dalle 10 alle 16 (per informazioni: smettodifumare.iss.it).

Non dimenticare, inoltre, di consumare 5 porzioni di frutta e verdura al giorno. «Con l'arrivo del nuovo anno - consigliano gli esperti - è utile iniziare con piccoli passi - come aggiungere un frutto alla colazione e una porzione di verdura a ogni pasto - per promuovere una dieta più sana e equilibrata che contribuisce a mantenere un buono stato

PORZIONI

di salute e ridurre il rischio di patologie come diabete e malattie cardiovascolari”. Per proteggere il cuore, poi, gli esperti raccomandano di mantenere la pressione a 120 e 70 mmHg con un'alimentazione equilibrata e povera di sale e un'attività fisica regolare.

Grande attenzione va posta, secondo l'Iss, al benessere psicologico. «Prendersi cura della salute - sottolineano i ricercatori dell'Istituto - vuol dire prima di tutto coltivare il proprio benessere psicologico. Se si vive una situazione di disagio, il consiglio per il nuovo anno è informarsi su chi ci può supportare e non provare timore né vergogna o colpa per aver bisogno di aiuto”.

te - sottolineano i ricercatori dell'Istituto - vuol dire prima di tutto coltivare il proprio benessere psicologico. Se si vive una situazione di disagio, il consiglio per il nuovo anno è informarsi su chi ci può supportare e non provare timore né vergogna o colpa per aver bisogno di aiuto”.

LE INFEZIONI

Tra i suggerimenti c'è anche quello di proteggersi dalle malattie infettive lavando spesso le mani e vaccinandosi, specialmente in vista di viaggi esotici. Oltre agli agenti patogeni, l'Iss raccomanda di proteggere sé stessi, e così anche gli altri dalle trappole delle fake news, affidandosi a fonti affidabili per le informazioni sulla salute.

Infine, veniamo invitati a fare attenzione anche all'ambiente, la cui salute è strettamente interconnessa alla nostra. “Riduci - Riusa - Ricicla. È la regola delle 3R, quella che tutti dovremmo imparare ad applicare per ridurre l'impatto dei rifiuti sulla salute dell'ambiente”, spiega l'Iss, che invita anche a acquistare e a conservare gli alimenti con parsimonia evitando gli sprechi.

Val.Arc.

**IN CASA È MEGLIO
NON USARE
IL CELLULARE QUANDO
SI È TUTTI INSIEME, POI
POCO ALCOL E LARGO
A FRUTTA E VERDURA**

**L'ISS HA DIFFUSO
DIECI PROPOSITI
PER IL NUOVO ANNO
DA ADOTTARE SUBITO
PER FAR STAR BENE
FISICO E MENTE**



Nella stagione invernale problemi articolari di vario tipo sono sempre più frequenti e fastidiosi. Spiega il fisioterapista Pietro Marconi: «Muoversi con regolarità è la risposta più naturale per sciogliere i blocchi»



Come contrastare dolori e irrigidimenti muscolari

L'ALLENAMENTO

Affrontare con grinta il nuovo anno è anche una questione di benessere delle articolazioni: ma le temperature fredde di gennaio possono costituire un'insidia. Che restiate in città o che vi prepariate alle sciare della settimana bianca, è importante allenarsi con il workout più adatto a questo specifico periodo, per sopravvivere ai mesi invernali senza dolori ossei e irrigidimento muscolare.

LO STUDIO

Una ricerca pubblicata dalla National Library of Medicine di Bethesda (Usa), intitolata *Cold exposure and musculoskeletal conditions* ha evidenziato la connessione tra l'esposizione a condizioni climatiche rigide e i dolori articolari e muscolari (specialmente nell'area del collo, delle spalle e nella zona lombare). La buona notizia, però, è che esistono facili esercizi da fare in casa, per una fit-

ness routine veloce che tenga in forma il fisico a prova di freddo.

«Quando le temperature scendono, il corpo reagisce irrigidendosi per proteggersi, e inizia un circolo vizioso che mette a dura prova muscoli e articolazioni, trasformando l'inverno in un nemico silenzioso - spiega Pietro Marconi, fisioterapista, esperto del movimento e ideatore della piattaforma *Fisioallenamento.it* - il freddo non è l'unico colpevole, ma piuttosto un catalizzatore che ci spinge a fermarci, a irrigidirci e ad adottare posture scorrette. È così che muscoli e articolazioni si bloccano e il fastidio aumenta».

FLUIDITÀ

«Con il clima rigido anche il liquido sinoviale, che ha il compito di lubrificare le articolazioni, tende a diventare più denso, contrastando la fluidità dei movimenti. La sensazione

di disagio si avverte soprattutto al mattino, quando il corpo è più rigido. Il movimento è la risposta naturale per conservare un fisico attivo e tonico. Semplici esercizi, da eseguire appena svegli, possono aiutarci a sciogliere blocchi e tensioni, riattivare la circolazione e mantenere il corpo caldo ed elastico».

Ecco 3 minisequenze anti-freddo per iniziare la giornata senza dolore, ideali anche da svolgere in abbinamento alla ginnastica presciistica. Prima di uscire dalla camera da letto, fermatevi sotto la porta, solle-



vate le spalle, in piedi tra uno stipite e l'altro: appoggiate gli avambracci sugli stipiti, in posizione a U (a candelabro), fate scivolare le braccia verso l'alto, poi tornare alla posizione iniziale. Ripetete questo esercizio 5 volte. Mentre aspettate che sia pronto il caffè in cucina, potete fare stretching dei polpacci: in piedi, portate un piede avanti distante circa 35 centimetri dall'altro, flettete il ginocchio anteriore e mantenete la schiena dritta; la gamba posteriore rimane tesa, con il piede ben poggiato a terra. Rimanete così per almeno 5 secondi, poi invertite la posizione delle gambe e ripetete l'intera sequenza 5 volte. Infine, mentre lavate i denti in bagno, aiutate la mobilità delle

anche: in piedi davanti allo specchio, con le gambe leggermente divaricate, alzate lateralmente una gamba mantenendola tesa, e restate in equilibrio per almeno 5 secondi: alternate le gambe e ripetete 5 volte.

GLI ERRORI

Alcune cattive abitudini, spesso inconsce, possono moltiplicare il dolore: «Contrarre il collo e alzare le spalle, quando rabbriviamo, affatica ulteriormente muscoli e tendini - continua Marconi - le variazioni della pressione atmosferica influenzano l'interno delle articolazioni, provocando gonfiore e fastidio, soprattutto in chi soffre già di disturbi articolari». «Ma attenzione - sottolinea l'esperto - spesso è la no-

stra convinzione che il freddo faccia male a peggiorare la percezione del fastidio. La connessione tra temperature basse e indolenzimento non è solo fisica, ma anche mentale. Ecco perché serve un approccio integrato, di mente e corpo».

Maria Serena Patriarca

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ESERCIZIO Per la mobilità delle anche

Per agire sulle anche: in piedi davanti allo specchio, con le gambe leggermente divaricate, alzate lateralmente una gamba mantenendola tesa, e restate in equilibrio per almeno 5 secondi. Ripetete 5 volte alternando le gambe.

**BASTANO PICCOLE
SEQUENZE GINNICHE
CHE SI POSSONO
FARE ANCHE IN CASA,
PER INIZIARE BENE
LA GIORNATA**



Delle ricerche tedesche hanno dimostrato che le chirurghe sono meglio dei chirurghi

Roberto Giardina a pag. 8

Una radicata prevenzione è stata sradicata in Germania sulla base di ricerche specifiche

Chirurghe meglio dei chirurghi Operano con maggior scrupolo e si documentano meglio

da Berlino

ROBERTO GIARDINA

Chirurgia era, e lo è sempre, appena poco meno, una roccaforte virile, da cui le donne erano escluse. Ovunque. Le dottoresse non erano benvenute dovevano specializzarsi in pediatria, anche in ginecologia e ostetrica. *Verboten*, una donna con il bisturi in mano, *Skalpell* in tedesco, bisogna stare attenti alla traduzioni frettolose. Secondo i pregiudizi una donna si turberebbe alla vista del sangue, avrebbe timore di incidere un corpo, il cuore tenero è un pericolo.

Come ho già scritto, io preferisco una *Frau Doktor* al suo collega maschio. I dottori si limitano a guardare il computer i risultati delle analisi, senza neanche guardati in faccia. Ma i valori del colesterolo o della pressione ottimale li conosco anch'io. La mia *Frau Doktor* mi guarda, e anche se per la mutua dovrebbe limitare la visita a tre minuti, spesso mi dedica un quarto d'ora per informarsi sul mio umore, e sul mio lavoro. Ora ho una conferma: sono più affidabili anche le chirurghe, leggo in un articolo di *Der Spiegel*, dal titolo *Frauen am Skalpell*.

La medicina in Germania diviene sempre più una professione femminile, mezzo secolo fa, nel 1975, su 43368 studenti, il 71 per cento era composto da maschi, L'anno scorso, il rappor-

to si è quasi invertito, 35 per cento uomini, e 65 donne. E la proporzione tra i medici già in attività, è quasi alla pari: 216213 uomini contro 212261 colleghe. Ma, come in ogni altra attività, al vertice, tra i primari, le donne sono appena il 13 per cento.

Colpa dei clan maschili che fanno blocco, e di vecchi pregiudizi. Un barone della medicina con la barba sembra più affidabile di una giovane brillante dottoressa, perfino avvenente e bionda. «E probabilmente lei è più brava della media maschile», commenta **Natasha Nüssler**, primaria in un grande ospedale di Monaco.

Ma in tutti i sondaggi, si riscontra il pregiudizio: negli aerei, noto sempre un attimo di sorpresa, forse di inquietudine, quando all'annuncio «Qui parla il comandante», i passeggeri si rendono conto di essere affidati a una pilota. Lo stesso avviene, nello scoprire che in camera operatoria ti attende una signora. Ma secondo due studi, in realtà, con il bisturi i risultati migliori li ottengono le donne: sono più affidabili e intervengono dopo aver studiato con attenzione il paziente, non si fidano mai ciecamente dell'esperienza. Statisticamente ha più probabilità di sopravvivere a un intervento chi viene operato da una donna. «Speriamo che mi curi una dottoressa!» è il titolo della rivista *«Fortschritte in der Medizin»*,

progressi in medicina.

Ma la forza Chirurgie deve essere ancora espugnata, su 41mila chirurghi le donne sono il 24 per cento. E più rare le primarie. «Inutile spiegare i motivi», dichiara **Katja Schlosser**, primaria in un ospedale a Gießen, in Assia, e presidente dell'associazione *Die Chirurginnen*, le chirurghe. «Nessuno deve avere timore se vede una donna impugnare il bisturi.» La ricerca della Medical School di Harvard è una conferma: sono stati controllati un milione e mezzo di pazienti, operati per le cause più diverse.

Qual era il loro stato a un mese dall'intervento, a seconda se fosse stato eseguito da un uomo o una donna? Il quattro per cento operato da una chirurga aveva più *chances* di sopravvivere. E c'erano meno probabilità che dovesse di nuovo operato, o ricoverato in ospedale. Non ho un'esperienza diretta in camera operatoria. Ma all'inizio del Covid, ero solo a Roma, mia moglie era a Roma. mi sentivo debole, mia figlia trovò che fossi pallido, e insisté per condurmi al pronto soccorso. Pensavo che mi rides-



sero in faccia, venni ricoverato per cinque giorni senza che si capisse cosa avessi, ma avevo un'infezione in corso. Un giovane chirurgo voleva operarmi alla cistifellea. Due chirurghi si opposero, e avevano ragione loro. Inoltre un intervento con un'infezione in corso dovrebbe essere evitato.

Il team guidato dalla dottoressa My Blohm al Karolinska Institut di Stoccolma, ha esaminato 150mila pazienti operati alla cistifellea. Gli interventi erano stati eseguiti da 1704 uomini e 849 donne. I risultati sono stati pubblicati

dalla rivista «*Jama Surgery*»: i pazienti operati dalle chirurghi hanno avuto il 39 per cento di complicazioni in meno, e negli interventi compiuti d'urgenza, il 17 in meno.

Gli interventi delle chirurghi sono durati di più in sala operatoria, ma i pazienti sono stati dimessi prima dagli ospedali.

*La medicina in Germania
diviene sempre più una
professione femminile: mezzo
secolo fa, nel 1975, su 43.368
studenti, il 71 per cento
era composto da maschi.
L'anno scorso, il rapporto si è
quasi invertito: 35% uomini,
e 65 donne*





Fuoriluogo

Disforia di genere e triptorelina, l'indirizzo del Cnb

LUCA SAVARINO*

Per il trattamento dei minori che non si riconoscono nel sesso assegnato alla nascita e sperimentano perciò forme di disagio psicologico (definite "disforia di genere"), dal 2012 è in vigore in diversi paesi il cosiddetto "protocollo olandese", che prevede la possibilità di attuare un blocco temporaneo della pubertà tramite la somministrazione di un farmaco chiamato "triptorelina". La finalità è quella di consentire al minore di guadagnare tempo e di riflettere con più calma sulla propria identità di genere. In Italia, l'uso della triptorelina per il trattamento della disforia di genere è consentito in forma *off label* da una determina dell'Agenzia del Farmaco-Aifa del 2019 che a sua volta recepiva le indicazioni di un parere del Comitato Nazionale per la Bioetica-Cnb del 2018.

Negli ultimi mesi, alcuni paesi (come Svezia, Finlandia, Norvegia e Inghilterra) hanno ritenuto di dover limitare l'uso della triptorelina, mentre in Italia la discussione si è riaperta in seguito a un'ispezio-

ne ministeriale all'Ospedale Careggi di Firenze. Lo scorso 17 dicembre il Cnb ha pubblicato un nuovo parere sulla triptorelina, in risposta a un quesito del Ministero della Salute che invitava a riconsiderare il problema. Va ricordato che l'interrogativo posto al Cnb non riguardava la prescrivibilità del farmaco, che è sempre e comunque garantita dall'autorizzazione delle agenzie del farmaco europea e italiana, quanto la sua rimborsabilità da parte del Ssn.

Le indicazioni emerse sono state sostanzialmente tre. La prima è l'esigenza di irrobustire i dati scientifici sull'efficacia e i rischi dell'uso dei bloccanti della pubertà. Di conseguenza, il Cnb ha sottolineato la necessità che il Ministero della Salute si faccia carico di finanziare studi clinici indipendenti di qualità superiore rispetto a quelli già realizzati. In secondo luogo, il Cnb ha auspicato che le prescrizioni avvengano solo nell'ambito delle sperimentazioni e solo a seguito della constatata inefficacia di un percorso psicoterapeutico/psicologico, ed eventualmente psichiatrico. Il Cnb

ha riconosciuto tuttavia che la somministrazione del farmaco possa avvenire anche al di fuori di tali sperimentazioni, per esempio nel caso di diniego del consenso alla partecipazione agli studi da parte del minore e della famiglia o a seguito di specifiche valutazioni cliniche del medico. In tal caso, tutti i dati relativi all'intero percorso dovrebbero essere trasmessi a un apposito Registro centralizzato, istituito presso una istituzione sanitaria pubblica.

Dal mio punto di vista la risposta del Cnb è accettabile perché coerente con il parere del 2018 che aveva reso possibile trasformare un sistema in quel momento privo di regole in un protocollo di garanzia per i giovani pazienti, anticipando di anni quanto avvenuto solo di recente in molti Paesi europei ed extraeuropei. Vorrei fare due precisazioni. La prima riguarda la sostanziale differenza, a livello numerico, tra la situazione italiana, caratterizzata da prescrizioni contenute del farmaco, e quella dei paesi che hanno limitato l'uso della triptorelina. Pur in assenza di dati uffici-

ciali, le numerose audizioni hanno dimostrato che in Italia l'uso del farmaco negli ultimi cinque anni è avvenuto secondo criteri di prudenza conformi alle indicazioni del parere del 2018.

La seconda riguarda il pericolo, che spesso emerge nelle discussioni sul tema, di contrapporre intervento farmacologico e intervento psicologico e sociale. Come giustamente ha ricordato Grazia Zuffa nella sua nota di astensione, essi dovrebbero avere la stessa finalità, vale a dire quella di aiutare il minore a fare chiarezza sulla sua identità di genere senza alcun pregiudizio riguardo all'esito possibile, che può condurre sia alla transizione di genere (di carattere medico e farmacologico o puramente sociale) sia alla riconferma del sesso assegnato alla nascita.

*Professore di Bioetica Università Piemonte Orientale, componente Comitato Nazionale per la Bioetica



7 gen
2025

MEDICINA E RICERCA

S
24

Simg: influenza aggressiva, assumere farmaci solo sotto stretto controllo medico

Mezza Italia è a letto con l'influenza. La diffusione del virus influenzale è prossimo al picco, che secondo l'Istituto superiore di sanità sarà tra metà e fine gennaio. In questa situazione, spiega la Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie – SIMG, sono fondamentali alcune misure precauzionali e scelte appropriate nelle terapie farmacologiche, da eseguire sempre sotto stretto controllo medico.

“Il virus circolante dell'influenza [A sottotipo N3N2 (A-H3N2)], responsabile della cosiddetta “Australiana”, suscita particolare preoccupazione per la capacità di evadere le difese immunitarie e per la maggior aggressività dei sintomi – sottolinea **Alessandro Rossi**, presidente SIMG –. L'epidemia influenzale in corso si sovrappone alla persistente presenza del virus SARS-CoV-2 e di altri virus che interessano le vie respiratorie come il virus respiratorio sinciziale e virus parainfluenzali. La diagnosi differenziale dal punto di vista clinico non è sempre facile e talvolta occorre far uso dei tamponi antigenici rapidi naso-orofaringei”.

“In vista del picco di casi previsto per metà e fine mese, l'attuale incidenza delle sindromi simil-influenzali (ILI) si attesta intorno a 10 casi ogni mille assistiti. Questo dato è inferiore a quello registrato nello stesso periodo dello scorso anno (18.4 casi per mille assistiti), quando a inizio anno si era già raggiunto il picco stagionale – spiega **Claudio Cricelli**, presidente emerito



SIMG – Questa situazione diversa dal passato ci permette ancora di agire informando tutti gli utenti sul corretto ed appropriato uso dei farmaci per contrastare i sintomi associati a queste malattie infettive stagionali nonché sulle principali misure di prevenzione”.

“Occorre ricordare a tutti le misure più efficaci per contrastare la diffusione dell’epidemia – ricorda **Stefano Celotto**, direttivo nazionale SIMG –. In primo luogo, si raccomanda la vaccinazione antinfluenzale, che risulta ancora disponibile presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta e che trova ancora utilità se eseguita quanto prima. In presenza di sintomi influenzali, è fondamentale mantenere il distanziamento sociale ed utilizzare le mascherine, in particolare nei luoghi affollati ed in presenza di soggetti fragili anche a casa, oltre a seguire le buone e comuni norme igieniche. Si raccomanda, inoltre, un’alimentazione corretta ed equilibrata e una buona idratazione”.

“I sintomi principali delle sindromi influenzali includono riniti (raffreddore), mal di testa, dolori articolari, tosse, mal di gola e febbre. I sintomi possono durare pochi giorni, ma sovente persistono anche più a lungo (con una mediana di 18 giorni per tosse e rinorrea), cosa che è comunque autolimitante e generalmente non deve spaventare. È importante ricordare – evidenzia **Luca Maschietto**, segretario SIMG Friuli-Venezia Giulia - che una temperatura corporea elevata non è necessariamente un indicatore di gravità della patologia, ma piuttosto di una valida risposta dell’organismo all’infezione. La persistenza di temperature elevate per numerosi giorni oppure una mancata risposta ai comuni antipiretici richiede sempre una valutazione clinica”.

“In presenza di sintomi influenzali, la raccomandazione è di assumere terapie che intervengano sui sintomi – sottolinea **Ignazio Grattagliano**, vicepresidente SIMG –. Il paracetamolo è senza dubbio il più efficace analgesico e antipiretico a nostra disposizione, anche perché praticamente scevro da importanti effetti collaterali se usato alle dosi consigliate. Gli antinfiammatori non steroidei con indicazione al trattamento delle infiammazioni delle alte vie aeree (ketoprofene sale di lisina, flurbiprofene, ibuprofene a basso dosaggio, aspirina e altri) devono essere consigliati tenendo conto del profilo di rischio cardiovascolare, renale e gastrico del paziente, prestando attenzione alla corretta informazione in caso di automedicazione con “formulazioni da banco”. Questa categoria di farmaci può comunque essere utile anche in forma topica (spray orali, collutori) se c’è un’importante infiammazione del cavo orale. Altri farmaci utili sono gli antitussivi (facendo attenzione all’azione sedativa di alcuni di essi), in particolare se vi è tosse stizzosa che disturba attività quotidiane e sonno notturno, e i decongestionanti nasali in caso di rinorrea importante. I cortisonici, in generale, devono essere evitati poiché possono ridurre le difese immunitarie ed aumentano il rischio di complicanze. L’uso di

antibiotici, invece, è assolutamente da evitare in caso di infezioni virali; la necessità di una loro assunzione deve seguire sempre una valutazione medica, mantenendo la prescrizione riservata ai soli casi necessari”.

“Un’attenzione particolare deve essere riservata ai pazienti fragili e grandi anziani, i quali sono più suscettibili a un peggioramento del quadro clinico in caso di infezione virale – aggiunge Ignazio Grattagliano –. È utile, in questi casi, la ricerca tramite tampone del virus SARS-CoV-2, per il quale è attualmente disponibile e raccomandato l’uso tempestivo di un farmaco antivirale che ha dimostrato di ridurre complicanze, ricoveri e mortalità”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Marco Girardo

Prematura con tumore di 600 grammi: operazione record

Anna, nome di fantasia, è nata di 28 settimane, anzi, è stata fatta nascere d'urgenza con un cesareo perché la massa tumorale di quasi 600 grammi che aveva continuava a crescere e andava eliminata. E così è stato con un delicato intervento eseguito al Policlinico di Milano. La massa era stata scoperta con una ecografia alla 16esima settimana. Un tumore benigno raro che si sviluppa all'altezza del coccige, esattamente un teratoma

sacroccoccigeo, che ha la caratteristica di crescere molto velocemente, e quindi di compromettere la funzionalità degli organi interni e la stessa vita della piccola. I genitori, che vivono nel Nordest, sono stati indirizzati alla Clinica Mangiagalli del Policlinico, che è centro di riferimento per le gravidanze difficili e con una grande esperienza per questa neoplasia benigna, che si verifica in un 1 bambino ogni 35 mila. Alla 26esima settimana, Anna ha

subito una prima operazione mentre ancora era nell'utero materno: il team della Chirurgia fetale del Policlinico ha spento con tecnologia laser alcuni vasi sanguigni che alimentavano il tumore. Per altre due settimane la piccola è potuta restare nel grembo materno. Poi alla 28esima è stato necessario il cesareo urgente: Anna pesava 1,6 chili ma di questi quasi 600 grammi erano di tumore, eliminato con un intervento durato due ore che ha preservato il suo apparato urogenitale.

«Abbiamo giocato tutte le carte di cui la medicina dispone e che in questo ospedale coesistono», ha spiegato Ernesto Leva, chirurgo pediatrico e direttore del dipartimento Materno-infantile dell'ospedale.





7 gen
2025

NOTIZIE FLASH

S
24

Domenico Mantoan nuovo Ad Ospedale Pederzoli

Ospedale Pederzoli comunica che Domenico Mantoan è stato nominato dall'Assemblea dei soci e dal Consiglio di amministrazione nuovo amministratore delegato della Società.

Mantoan, manager con esperienza trentennale nell'organizzazione dei servizi sanitari, dal 2020 Dg Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas) da cui si era dimesso nei giorni scorsi, torna in Veneto dove ha iniziato la sua lunga carriera professionale nel mondo

della sanità. Il nuovo Ad dell'Ospedale Pederzoli rivestirà anche la carica di consigliere senza deleghe di Salus S.p.A., capogruppo che controlla Ospedale Pederzoli, Centro Riabilitativo Veronese, Ospedale di Porto Viro, Ospedale di Rovigo, Madonna della Salute e Casa di cura Solatrix.

La nomina di Domenico Mantoan a amministratore delegato “rafforza ulteriormente la Società e il Gruppo e con essa il costante obiettivo di migliorare la salute della popolazione del territorio così come auspicato sin dall'istituzione dell'Ospedale da parte del fondatore Piero Pederzoli”, spiega una nota.

Domenico Mantoan succede a Giuseppe Puntin, che fino a oggi “ha guidato con lungimiranza il Gruppo contribuendo notevolmente al suo sviluppo e al suo successo”.

Domenico Mantoan inizierà il proprio incarico a partire dall'8 gennaio 2025, “a completamento di una articolata e strategica definizione dell'assetto organizzativo dell'Ospedale Pederzoli e del Gruppo Salus avviata con



l'inserimento a giugno 2024 del Direttore Generale Annamaria Tomasella, tenuto conto del livello dimensionale raggiunto e degli obiettivi strategici futuri”.

Il Presidente della Società Vittorio Pederzoli, a nome della Società e del Gruppo, esprime profonda gratitudine all'Amministratore Delegato uscente Giuseppe Puntin per l'opera svolta nonché grande soddisfazione per l'ingresso in Ospedale Pederzoli e nel Gruppo Salus di Domenico Mantoan, e dichiara: «Siamo certi che sotto la guida e la consolidata esperienza del dottor Mantoan in ambito manageriale e nell'organizzazione dei servizi sanitari, si potrà conseguire un ulteriore sviluppo del Gruppo nell'intento di offrire cure sempre più efficaci e all'avanguardia a supporto del Servizio sanitario Veneto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità Alle 14.30 i reparti d'urgenza non riuscivano a ricoverare i malati. Nel tardo pomeriggio lieve miglioramento

Pronto soccorso in crisi, 500 pazienti senza un letto

di **Clarida Salvatori**

Un'altra giornata molto pesante negli otto pronto soccorso più importanti di Roma: secondo le rilevazioni del sito «SaluteLazio» ieri c'erano addirittura oltre 500 malati in attesa di un posto letto in reparto o del trasferimento in un altro ospedale.

a pagina **3**



L'ingresso del pronto soccorso del San Camillo (foto Stefanelli/LaPresse)

OSPEDALI SOTTO STRESS **CERCASI LETTI**

Otto pronto soccorso super affollati, oltre 500 pazienti in attesa di ricovero

Le rilevazioni sul sito SaluteLazio mostrano un'altra giornata pesante per la rete di emergenza

Ancora una giornata, quella di ieri, di forte stress per la rete ospedaliera dell'emergenza di Roma e del Lazio. Con circa 2.600 accessi in Pronto soccorso da gestire e punte di oltre cinquecento tra ricoveri e trasferimenti da evadere (come da rilevazioni del sito SaluteLazio alle 19). Un numero di presenze molto elevato che si ripete nei giorni, tanto da

aver costretto l'ospedale San Giovanni-Addolorata a sospendere l'attività chirurgica d'elezione, e come più volte segnalato nei giorni scorsi dalle pagine del *Corriere*. Nonostante ieri gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, che comunque drenano un buon afflusso di pazienti, siano tornati in funzio-

ne a pieno regime dopo le festività natalizie.

I dati delle 14.30, come rilevato dal sito ufficiale della Regione, parlavano di oltre mille presenze nelle sale di attesa



dei principali pronto soccorso romani: nei dipartimenti di emergenza dei Policlinici Tor Vergata e Gemelli c'erano rispettivamente 179 e 176 pazienti, 142 sia al Sant'Eugenio che al San Camillo, 120 al Campus Bio-Medico, 115 all'Umberto I. A seguire, 91 al Sant'Andrea e 87 a Pertini. Poco meno del 50 per cento di chi aveva deciso di far ricorso alle cure mediche, vale a dire 510, era in attesa di essere trasferito o di vedersi assegnato un posto letto per venire ricoverato. Di questi poi oltre quattrocento stavano aspettando, nei corridoi e sulle barelle da oltre 24 ore.

Le stesse rilevazioni, nelle stesse strutture sanitarie, controllate alle 18.30, parlavano di un lieve miglioramento

della situazione, ma pur sempre di un sovraffollamento importante. Nel corso del pomeriggio infatti i pazienti, con i cinque diversi codici di priorità dal più lieve al più grave (bianco, verde, azzurro, arancione e rosso), presi in carico dal Policlinico Umberto I erano sensibilmente aumentati, arrivando a 181 (dai 115 di 4 ore prima), così come quelli del Sant'Andrea (111 da 91) e del Pertini (94 da 87). Mentre erano diminuiti i malati arrivati al Gemelli, che erano 146 dai precedenti 176, al Sant'Eugenio (79 da 142), al Campus Bio-Medico (da 120 a 86), a Tor Vergata (da 179 a 122) e anche al San Camillo (dove erano diminuiti da 142 a 127). In complesso, in questi otto pronto soccorso, si pote-

vano contare quindi circa 850 presenze. Ma la percentuale di chi aspettava di essere portato in reparto era rimasta la stessa, quasi il 50 per cento, vale a dire 420 malati. Una percentuale che conferma, in modo chiaro, che la metà di chi si reca in pronto soccorso lo fa in modo inappropriato e per patologie che potrebbero essere serenamente gestite altrove, come dai medici di base o nei centri di cure primarie nei giorni festivi.

E intanto ieri, la commissione Sanità del Consiglio regionale, ha dato parere favorevole per la nomina di 5 direttori generali: Giuseppe Quintavalle è stato confermato alla Asl Rm1, Francesco Amato alla Rm2 dove era commissario, Silvia Cavalli al-

la Rm5, a Latina arriva Sabrina Cenciarelli, l'ex direttrice amministrativa, e al San Giovanni va Maria Paola Corradi, già manager dell'Ares 118.

Clarida Salvatori

2.600

gli accessi in pronto soccorso ieri da gestire e punte di oltre 500 malati che aspettavano un ricovero o un trasferimento in un altro ospedale nelle rilevazioni alle 19 del sito SaluteLazio

Chi è



● Francesco Rocca (foto), presidente della Regione, ha deciso di tenere per sé la delega della Sanità fin dall'inizio del suo mandato nel 2023

Le alternative

La metà di chi va in pronto soccorso poteva andare da medici di base o centri di cure primarie

Parenti in attesa di avere notizie dei malati davanti al pronto soccorso del Policlinico Umberto I, in questi giorni uno tra i più affollati tra quelli degli ospedali romani (foto Stefanelli/LaPresse)



7 gen
2025

MEDICINA E RICERCA

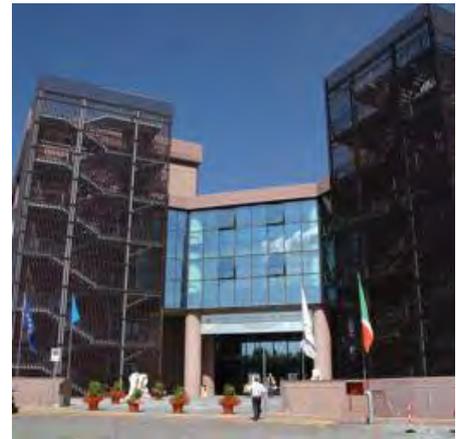
S
24

Al Policlinico Gemelli trattata con Car-T la prima paziente adulta con malattia reumatologica in Italia

È affetta da sclerosi sistemica (sclerodermia) refrattaria ai trattamenti, la prima paziente arruolata nel trial Catarsis, uno studio di frontiera promosso da Fondazione Policlinico Gemelli Irccs in collaborazione con l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. Si apre così una nuova era per i pazienti affetti da alcune malattie reumatologiche autoimmuni sistemiche (Les, sclerosi sistemica, dermatomiosite/polimiosite, vasculiti Anca-associate), refrattarie ai trattamenti abituali. Lo studio arruolerà in tutto 8 pazienti adulti e avrà una durata di due anni. Principal investigator, la professoressa Maria Antonietta D'Agostino, Ordinario di reumatologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e direttore della Uoc di Reumatologia di Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs (FPG). Le Car-T anti-CD19 utilizzate nello studio sono prodotte presso l'Officina Farmaceutica del Bambino Gesù, il cui coordinatore è il professor Franco Locatelli.

Non solo oncologia

Le Car-T fanno così il loro ingresso anche nel trattamento delle malattie autoimmuni sistemiche refrattarie ai comuni trattamenti. La paziente con sclerodermia trattata qualche giorno fa al Gemelli con cellule Car-T è la prima dei soggetti arruolati nello studio Catarsis (Anti-CD19 CAR T-Cell



TherApy in Refractory Systemic Autoimmune DISeases) e anche la prima paziente adulta con malattia reumatologica a essere trattata in Italia con questo trattamento innovativo. Il trial è condotto in collaborazione con il Centro Trial Oncoematologico, Area Studi Clinici Oncoematologici e Terapie Cellulari dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù Irccs diretto da Franco Locatelli. La paziente ha ricevuto le cellule CAR T la vigilia Natale presso l'Unità di Oncoematologia di FPG, diretta dalla professoressa Simona Sica, che prende parte allo studio, nell'Unità di Fase I di FPG, diretta dal dottor Gennaro Daniele. Lo studio Catarsis è cofinanziato dal Ministero della Salute.

«CATARSIS è il primo studio accademico di fase I in Italia, volto a trattare patologie autoimmuni mediate da B-linfociti con cellule Car T dirette contro una molecola, nota come CD19 espressa sulla superficie dei B linfociti – afferma la professoressa Maria Antonietta D'Agostino -. Un traguardo importantissimo per i pazienti affetti da patologie severe che finalmente possono ambire a sconfiggere la loro malattia, grazie al 'reset' del sistema immunitario, indotto da tale terapia».

Il professor Franco Locatelli ha già trattato, attraverso il meccanismo dell'uso non ripetitivo, 5 pazienti pediatriche affette da malattie autoimmuni. Nel mondo sono stati trattati finora con CAR-T solo una cinquantina pazienti con malattie reumatologiche, la maggior parte dei quali in Germania, dal gruppo del professor Georg Schett dell'Università di Erlangen (Frederich Alexander) e visiting professor presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore che è stato il primo nel mondo a trattare queste patologie con CAR-T (i risultati sono stati pubblicati su riviste prestigiose quali Lancet, Nature Medicine e New England Journal of Medicine) e che sta portando avanti, in questo momento, lo studio Castle, 'gemello' del Catarsis.

«Lo studio CATARSIS – prosegue la professoressa D'Agostino - rappresenta una frontiera, ma anche un esempio di progetto cooperativo e coordinato, nel quale diversi dipartimenti (di ricerca, produzione, clinici, amministrativi e di conduzione trials), operanti presso strutture differenti, hanno lavorato insieme per ottenere questo traguardo così importante che apre la strada a nuove speranze. Un grazie particolare va alla dottoressa Monica Gunetti Responsabile dell'Officina farmaceutica dell'Ospedale Bambino Gesù, alla professoressa Luciana Teofili, direttore della UOC di Emotrasfusione (per l'aferesi), al dottor Gerlando Natalello della UOC di Reumatologia FPG, alle dottoresse Giulia Wlderk e Marina Murdolo dell'Unità Trial Clinici (UTC 2)FPG diretta dalla dottoressa Vincenzina Mora, e alla dottoressa Maria Pia Cefalo della UTC OPG, per questo super-regalo di Natale».

«Il trattamento di questa paziente – sostiene il professor Locatelli - dimostra come la collaborazione tra Centri accademici di eccellenza permetta di offrire gli approcci terapeutici più innovativi a malati affetti da patologie complesse. Dopo i risultati di grande rilevanza ottenuti nei 5 pazienti

pediatrici, il caso della Signora trattata in collaborazione con i Colleghi del Policlinico Gemelli apre un'ulteriore frontiera e documenta l'importanza d'investire sempre più come Paese in ricerca clinica avanzata».

Il razionale dello studio Catarsis

Le cellule B sono tra i principali protagonisti delle malattie autoimmuni e questo fa di loro un target terapeutico ideale. Il 'bersaglio' più efficace, individuato sulla loro superficie, è l'antigene CD-19. Negli anni sono state sviluppate molte terapie (anticorpi monoclonali) dirette contro vari antigeni di superficie delle cellule B (es. il rituximab contro l'antigene CD-20), ma in alcuni pazienti con malattie autoimmuni reumatologiche queste non funzionano a sufficienza (ad esempio non riescono ad indurre una remissione sostenuta) e questo espone i pazienti con le forme più gravi, al rischio di grave insufficienza d'organo (es. insufficienza polmonare o renale) e di morte. Per questo si è pensato di ingegnerizzare le cellule del sistema immunitario del paziente, per armarle contro il CD-19 (CAR-T anti-CD-19) e utilizzarle per trattare le malattie autoimmuni refrattarie ai comuni trattamenti. Il razionale di questa scelta sta nel fatto che le CAR-T penetrano con maggior efficacia all'interno degli organi e dei tessuti dove si annidano le cellule B 'ribelli', che sono alla base di malattie auto-immuni sistemiche e potenzialmente letali quali il LES (lupus eritematoso sistemico), la Sclerosi sistemica (SSc), la dermatomiosite/polimiosite (DM/PM) e le vasculiti ANCA-associate (AAV).

Disegno dello studio

Il Catarsis è uno studio di fase I/II, in aperto, non randomizzato, con disegno 'basket'. Verranno arruolati in tutto 8 pazienti adulti (dei quali 6 presso il Policlinico Gemelli e 2 presso l'Ospedale Bambino Gesù), affetti da una patologia autoimmune sistemica (B-cell driven' refrattaria ai comuni trattamenti (LES, SSc, PM/DM, AAV). Ogni paziente arruolato nello studio verrà seguito per 30 settimane (6 pre-trattamento e 24 dopo il trattamento); la durata complessiva dello studio sarà di 2 anni.

Il trial partito al Gemelli utilizza come 'farmaco' i "CD19-Car_Lenti", una sospensione di cellule T ingegnerizzate attraverso un vettore virale (lentivirus autoinattivante, prodotto da Milteny Biotech), per trasformarli in un'arma da guerra contro il CD-19 umano, il bersaglio sulle cellule B responsabili delle malattie autoimmuni sistemiche. La manifattura di questa terapia cellulare viene effettuata utilizzando il dispositivo CliniMACS Prodigy®, presso l'Officina Farmaceutica dell'Irccs Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Obiettivi dello studio Catarsis sono la valutazione dell'efficacia e della sicurezza della terapia con cellule CAR-T anti-CD-19, in soggetti con malattia autoimmune 'B-driven' attiva (Les, sclerosi sistemica, DM/PM e AAV).

Verranno valutati inoltre: la durata della deplezione delle cellule B 'colpevoli'

dopo il trattamento, la durata della persistenza delle Car-T, le variazioni nei livelli di autoanticorpi sierici associati alla malattia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

7 gen
2025

AZIENDE E REGIONI

S
24

Greco (S.I.d.R.): “Lea su Pma operativi ma criteri di accreditamento Regione Lazio irrazionali e dannosi”

“La Regione Lazio ha deliberato i criteri per accreditare i Centri privati per erogare le prestazioni di PMA in regime di convenzione, ma questi criteri sembrano un po’ irrazionali, privi di un reale riscontro scientifico e soprattutto non andare incontro alle esigenze del territorio, per eliminare, ad esempio, le tanto temute liste d’attesa ed evitare un pellegrinaggio procreativo interregionale come invece finora accaduto”. Lo afferma Ermanno

Greco, presidente della Società Italiana della Riproduzione (S.I.d.R.), aggiungendo che “la delibera prevede che i Centri che si potranno accreditare saranno solo quelli che avranno erogato almeno 250 prestazioni di secondo e terzo livello, mentre non vengono tenute in considerazione le prestazioni di primo livello, ovvero inseminazione intrauterina o IUI, effettuate”. Il Centro, inoltre, “dovrà possedere un laboratorio interno di diagnostica biochimica con tecnologia avanzata, contrariamente a quanto disposto dalla normativa regionale per l’autorizzazione alla PMA, che lo prevedeva anche in collegamento funzionale”.

Questo criterio di selezione, osserva Greco, fa sì che “nella Regione Lazio potranno essere convenzionati al massimo 4 o 5 Centri, un numero sicuramente insufficiente per erogare più di 8mila prestazioni. Non si riesce a capire perché anche un Centro che ha effettuato un numero minore di



prestazioni non debba essere convenzionato. Ricordo che il CNT ogni due anni svolge ispezioni specifiche sui centri PMA, ispezioni il cui esito viene regolarmente trasmesso alla Regione”.

Secondo Greco “è chiaro che con questi criteri selettivi i pazienti affluiranno nei Centri che già svolgono un numero elevatissimo di prestazioni e tutte in regime privato. Ciò a scapito delle liste d’attesa, che per il trattamento in regime convenzionato saranno più lunghe e con conseguenze negative anche sulla qualità dei risultati, perché il sovraffollamento dei cicli porta inevitabilmente a un abbassamento del successo, come molteplici studi scientifici internazionali evidenziano. Infatti, il Centro PMA deve possedere un numero adeguato non solo di biologi e ginecologi, ma anche di apparecchiature. Tutto questo, però - conclude il presidente della S.I.d.R. - nella delibera della Regione Lazio non è stato finora considerato”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

7 gen
2025

AZIENDE E REGIONI

S
24

Sardegna/ Stipendi uguali in tutte le aziende Ssn

di Davide Madeddu

Via libera, in Sardegna, al provvedimento che cancella il divario negli stipendi tra lavoratori delle varie aziende sanitarie pubbliche. La delibera approvata dall'esecutivo individua i criteri per la ripartizione delle risorse che ridurranno le differenze tra il personale sanitario della dirigenza sanitaria, della dirigenza Pta (dirigenza dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo) e del Comparto.

«Dopo quasi vent'anni siamo felici di portare a casa la chiusura della vertenza perequazione, un atto di giustizia lungamente atteso da medici e operatori della sanità come riconoscimento della loro dignità professionale e lavorativa a lungo trascurata - ha sottolineato Armando Bartolazzi, assessore regionale alla Sanità e assistenza sociale -. Si tratta di un risultato straordinario che segna un vero e proprio punto di svolta nella vicenda che vedeva un divario ingiustificato fra gli stipendi dei lavoratori delle aziende sanitarie sarde, penalizzati dal diverso consumo dei fondi aziendali a cui è legato il trattamento accessorio in base alla produttività».

La delibera individua i criteri per la ripartizione delle risorse che ridurranno il divario retributivo a partire da quelle più lontane dalla media pro capite individuata a livello regionale, ossia Arnas Brotzu e Aou Cagliari. In campo 25 milioni di euro complessivi, di cui 10 già stanziati dalla legge regionale



1/2023 e 15 dalla legge regionale n 18 del 2024. Le proposte di individuazione dei criteri e delle modalità di calcolo per la distribuzione delle risorse con criterio perequativo sono state presentate in una serie di riunioni con le organizzazioni sindacali nel corso di un confronto andato avanti per oltre un mese e mezzo, durante il quale le rappresentanze di categoria hanno potuto presentare le loro osservazioni e controproposte.

Relativamente alla ripartizione del finanziamento fra le tre aree contrattuali, come rimarkano dalla Regione, «il 25% delle risorse viene attribuito su base capitaria, ovvero basata sulla quantità di personale afferente alle diverse aree contrattuali». Inoltre «il 75% delle risorse viene attribuito avendo come riferimento l'allineamento verso il valore medio regionale dei fondi contrattuali divisi per le singole aree contrattuali». Quanto alla ripartizione del finanziamento tra le aziende sanitarie il criterio «viene definito avendo quale riferimento la copertura dello svantaggio rilevato dall'analisi dei fondi con un metodo che porti alla riduzione delle sperequazioni esistenti sul valore dei livelli medi pro capite dei fondi contrattuali, riportando i valori medi dell'ultima azienda con posizione più critica in termini di perequazione verso i valori della penultima, e a seguire, attraverso l'elevazione graduale dei valori, le ultime due aziende verso la terz'ultima e proseguendo fino ad esaurimento delle risorse».

© RIPRODUZIONE RISERVATA