

**15 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**



# la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Mario Orfeo



La libertà di espressione è un diritto costituzionale e non deve essere limitata o censurata.

Mercoledì 15 gennaio 2025

Numero 12 - 12 mila €1,70

Verso la tregua

## Gaza, le condizioni di Netanyahu: liberi tutti i rapiti

La tregua a Gaza è a un passo ma l'unico punto chiaro dei negoziati tra Israele e Hamas - mediati da Usa, Qatar e Egitto - sembra essere solo la prima fase dell'accordo e del rilascio degli ostaggi. Netanyahu: «Tutti i rapiti siano liberati». Hamas: aspettiamo le mappe del ritiro dell'Idf dalla Striscia.

di **Cafferri, Colarusso Franceschini, Lombardi Mastrolilli, Tercatin e Tonacci**  
da pagina 2 a pagina 7

Le idee

### Il mondo di Trump

di **Timothy Garton Ash**

Il presidente statunitense di ritorno, Donald Trump, si qualifica come sintomo e causa di un nuovo disordine mondiale.  
a pagina 35



Gerusalemme In piazza per chiedere la liberazione degli ostaggi

## Troppo odio ripensare la fratellanza

di **Massimo Recalcati**

A proposito del conflitto israeliano-palestinese diversi commentatori politici hanno fatto notare come uno degli ostacoli maggiori di fronte all'ipotesi del Due popoli in Due Stati sia la presenza di spinte fondamentaliste di tipo religioso attive da ambo le parti. È una osservazione che condivido perché il discorso religioso quando viene sequestrato dal fanatismo fondamentalista tende sempre a imporre l'Uno sul Due. In questo senso esso sarebbe strutturalmente allergico al principio della democrazia che è invece sempre un'esperienza radicale del lutto dell'Uno nel nome del Due.

Varrebbe la pena a questo proposito ricordare che il primo moto che orienta i legami tra i fratelli non è quello della fratellanza ma quello dell'odio e dell'inimicizia: l'odio è più antico dell'amore, il ripudio del fratello o della sorella più originario rispetto alla loro accoglienza. Questo per una ragione evidente: la nascita del fratello o della sorella impone un decentramento inevitabile alla vita del figlio, il quale è costretto a esporsi giocoforza al regime plurale del Due, all'impossibilità di essere un Uno tutto solo.

In gioco è la difficile esperienza del lutto dell'Uno. Non è, infatti, possibile sottrarsi all'incontro traumatico con il Due, non è possibile consistere solo di se stessi. Accade, come sanno bene gli psicoanalisti, anche ai cosiddetti figli unici.

continua a pagina 35

### IL CAOS TRASPORTI

## Treni, la disfatta di Salvini

Ancora una giornata di ritardi e disagi per chi viaggia, circolazione sospesa a Termini per un guasto elettrico. L'opposizione all'attacco, Schlein e Conte: il ministro paralizza il Paese. Renzi: pronti a mozione di sfiducia

### Terzo mandato, Zaia sfida Meloni. Scontro sullo scudo alla polizia

Treni ancora in tilt, questa volta per un guasto a Roma che crea ritardi sulla rete nazionale. Sotto accusa il ministro delle Infrastrutture Matteo Salvini. La segretaria del Pd Ely Schlein e il leader dei 5 Stelle Giuseppe Conte attaccano: «Paralizza l'Italia». Renzi annuncia una mozione di sfiducia. Terzo mandato, Zaia sfida Meloni. Scontro sulle modifiche al ddl sicurezza.

di **Cerami, Ciriaco, Ferrara Frascilla, Vecchio, Visetti e Ziniti**  
alle pagine 8, 9, 12 e 13



Un'attivista fermata a Brescia

Brescia

### “Spogliate in questura” l'accusa delle attiviste

di **Rosario Di Raimondo**  
a pagina 10

L'energia non deve costarci il mondo



**octopus energy**  
Energia pulita a prezzi accessibili  
octopusenergy.it

L'intervista

### Aresu: TikTok e il dialogo di Musk con la Cina

di **Annalisa Cuzzocrea**

Elon Musk e la Cina sono più vicini di quanto si pensi, è quindi probabile che la notizia di una possibile vendita di TikTok al padrone di Tesla sia stata fatta filtrare da fonti di Pechino. Per tentare di difendersi da un bando che negli Stati Uniti potrebbe arrivare già domenica.

a pagina 21  
con un servizio di **Modolo**

Il caso



### Alberto, volontario da due mesi in cella in Venezuela

di **Giuliano Foschini**  
a pagina 23

L'addio

### Furio Colombo l'italiano che amò l'America

di **Gianni Riotta**

È il 1962, la cantante Joan Baez cerca qualche soldo per produrre una canzone del suo nuovo boyfriend, Bob Dylan, per i diritti servono 500 dollari, oggi circa 5.000, nessuno è disposto a tirarli fuori, se non il giovane italiano Furio Colombo - morto ieri a Roma a 94 anni.

alle pagine 36 e 37  
con un servizio di **Belpoliti**

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821  
Roma, Via Campania 29 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 63707310  
mail: servizioclienti@corriere.it

BRIGLIA  
- 1949 -

**Aveva 94 anni**  
Addio a Furio Colombo  
che ci svelò l'America  
di Antonio Caroti e Aldo Cazzullo  
alle pagine 38 e 39

**Stasera Inter-Bologna**  
Il Milan passa a Como  
Pari tra Atalanta e Juve  
di Bocci, Condò, Nerozzi, Passerini  
e Tomaselli alle pagine 42 e 43

BRIGLIA  
- 1949 -

Una spia del disagio  
**POCHI FIGLI  
E POCHE  
ADOZIONI**  
di Ferruccio de Bortoli

Nell'Italia che fa meno figli diminuisce anche il desiderio di essere genitori adottivi. L'allarme è autorevole e viene dalla presidente del principale Tribunale dei minori italiano, quello di Milano, Maria Carla Gatto. Si crede poi che sia quasi impossibile adottare nati in Italia. In realtà non è così. L'amaro paradosso è che i bimbi adottabili hanno sempre meno aspiranti genitori adottivi. Le domande di disponibilità all'adozione nazionale toccarono nel 2006 la rilevante quota di 16 mila 538. Erano già scese, nel 2021, a 7 mila 970. Il calo milanese è drammatico oltre ad essere più aggiornato. Erano 1.232 le domande nel 2001. Nell'anno appena concluso le disponibilità ad adottare, presentate davanti al tribunale milanese, sono state appena 419. Qual è la situazione dei minori dichiarati adottabili? Quelli con genitori ignoti erano 327 nel 2001 e 173 nel 2021 a livello nazionale. A Milano erano 62 nel 2001 e 26 nel 2024. La forte riduzione è spiegata anche con l'entrata in vigore della legge del 2001 che ha riconosciuto il diritto del figlio adottato di conoscere le proprie origini. I bimbi dichiarati adottabili con genitori noti erano, in tutta Italia, 769 nel 2001 e sono cresciuti a 899 nel 2021. A Milano sono passati da 85 (2001) a 52 lo scorso anno, che con i 26 da genitori ignoti raggiungono il numero di 78. Un quarto dei figli di genitori ignoti (con la madre che ha scelto di partorire nell'anonimato con tutte le tutele per lei e il neonato) nasce in Lombardia. E questo apre inquietanti interrogativi su che cosa accada in altre Regioni, soprattutto del Mezzogiorno.  
continua a pagina 28

La guerra Cessate il fuoco di 42 giorni. Ci sarebbe anche il sì di Hamas. Il ruolo degli Stati Uniti  
**Tregua, ostaggi: ecco il patto**  
Libertà per 33 israeliani rapiti e 1.200 palestinesi. Netanyahu: rilasciate tutti e sarà pace



**Alberto, il cooperante arrestato in Venezuela**  
di Gloria Bertasi e Fabrizio Caccia  
Alberto Trentini cooperante originario di Venezia, è in carcere in Venezuela dallo scorso 15 novembre. «Il governo ci aiuti — fappello dei familiari —, non sappiamo più nulla». Nel Paese sudamericano restrizioni diplomatiche per chi avversa Maduro. a pagina 21

di Giusi Fasano  
Tregua per Gaza. L'accordo prevede la liberazione di 33 ostaggi israeliani e 250 detenuti palestinesi. Il via libera di Hamas. E un cessate il fuoco di 42 giorni. Il premier Bibi Netanyahu convoca i suoi.  
da pagina 2 a pagina 5  
Mazza, Olimpio Privitera, Serafini

IL MINISTRO GIDEON SA'AR  
**«Le condizioni?  
Basta terroristi  
a guidare Gaza»**

di Maurizio Caprara  
Ma più Hamas a guidare Gaza. Gideon Sa'ar, ministro degli Esteri di Israele elenca le condizioni per una tregua stabile. «Chi governerà nella Striscia non dovrà essere coinvolto nel terrorismo». a pagina 5

IRITARDI, LA DIFESA DI F5  
**Il guasto a Roma  
e il maltempo  
Treni, un'altra  
giornata nera**



di Paolo Virtuani  
Sistema ferroviario di nuovo in tilt, con guasti a raffica sulla linea elettrica dell'alta velocità Firenze-Roma, ritardi fino a sei ore e la stazione di Roma-Termini in blocco per oltre un'ora. In mattinata era stata la linea Salerno-Reggio Calabria ad andare in crisi, anche per il maltempo. Dunque un'altra giornata nera per il nostro trasporto ferroviario, con i viaggiatori costretti a mille peripezie, tra variazioni di percorso dei convogli e cancellazioni. Attacco delle opposizioni al ministro Salvini: «Chissà se anche questa volta scaricherà la responsabilità sui chiodi». a pagina 23

CASTELLAMMARE DI STABIA  
**La chat, la saletta, gli abusi  
In cella la prof di sostegno**  
di Fulvio Buflì  
In manette la prof che era stata malmenata dai genitori a Castellammare. È accusata di violenza sessuale su sette alunni. a pagina 18

LONDRA, LA PRINCIPESSA E LA MALATTIA  
**Kate, il sorriso in ospedale  
«Il cancro è in remissione»**  
di Paola De Carolis  
La principessa Kate al Royal Marsden Hospital per ringraziare chi si è preso cura di lei: «Il cancro è in remissione». a pagina 23

GIANNELLI  
OLIVIERO TOSCANI: IL MESSAGGIO

**Terzo mandato Il governatore, le tensioni con FdI  
Veneto, strappo di Zaia:  
pronto a correre da solo**

SANGIULIANO, LA NUOVA VITA  
**«Tg, passeggiate  
e studio inglese»**  
di Giuseppe Di Piazza  
«Passeggio, ma non in centro». Dice l'ex ministro Sangiuliano, forse presto negli Usa per la Rai. «Infanto lo studio l'inglese». a pagina 15

di Marco Cremonesi  
e Martina Zambon  
**«È inaccettabile che si  
bloccino i mandati ad  
amministratori eletti dal  
popolo»: il governatore del  
Veneto Luca Zaia torna ad  
attaccare. Ed è pronto a correre da  
solo. Le tensioni con Fratelli  
d'Italia che puntano il dito  
contro il governatore: «Non  
personalizzi»**  
alle pagine 12 e 13

**IL CAFFÈ**  
di Massimo Gramellini  
Sei una signora di 53 anni. Una signora francese, benestante e socialmente inserita. Una di quelle persone iperconnesse che diffidano di tutti e scorgono complotti dappertutto. Un giorno ti arriva un sms: «Sono Brad Pitt, ti ho visto in foto e mi sono innamorato di te». Tu ci caschi, per carezza di autodifesa o eccesso di autostima. Ma, dopo esserci cascata, che fai? Immagino morirai dalla voglia di incontrarlo o almeno di parlargli al telefono. Macché, ti accontenti di intrattenere con lui una relazione epistolare a colpi di messaggi. Nessun sospetto. Nemmeno quando «Brad» si rifiuta di parlarci, limitandosi a comunicare per iscritto o con dei video generati dall'intelligenza artificiale. Nemmeno quando ti esorta a divorziare da tuo marito. E nemmeno quando

**Non sono Brad Pitt**  
Il grande attore, con cui sei fidanzata da un anno senza mai avere sentito una volta la sua voce al telefono, ti rivela di avere un tumore e di non potersi pagare le cure perché il suo conto è stato bloccato dalla crudele Angelina Jolie. Sei precipitata in una trama hollywoodiana, peccato che l'unica cosa vera siano i tuoi soldi: gli 800 mila euro della separazione. Arrivato il bonifico, lui sparisce. A quel punto tu finalmente capisci e cadi in depressione.  
Cara Bovary 2025, vorrei poterti dire che sei un caso isolato. Invece temo tu sia solo il caso-limite di un malanno da sempre piuttosto diffuso: la solitudine e il vuoto generano mostri, anche se adesso si presentano bellissimi e tecnologicamente avanzati.

BRIGLIA  
- 1949 -  
COLLEZIONE SPRING SUMMER 2025  
BRIGLIA.IT

## LE IDEE

Se il Centro vuole ritornare eviti la "sindrome del peluche"

MARCO POLLINI - PAGINA 23

## IL PERSONAGGIO

La forza della principessa Kate "Il mio tumore sta sparando"

MARIA CORBI - PAGINA 18

## LO SPORT

Juve avanti, Retegui la acciuffa Per Motta c'è un altro pareggio

BALICE, BARILLÀ, BUCCHERI - PAGINE 28 E 29



# LA STAMPA

MERCOLEDÌ 15 GENNAIO 2025



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 159 II N.14 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-TO II [www.lastampa.it](http://www.lastampa.it)

GNN

L'INTESA PREVEDE LA LIBERAZIONE IMMEDIATA DI 15 SOLDATESSE PER 250 PALESTINESI E UNO STOP ALLE ARMI DI 42 GIORNI

## La tregua fragile di Gaza

Sì di Netanyahu allo scambio ostaggi-prigionieri. Hamas disponibile ma chiede garanzie sul ritiro

### L'ANALISI

Così il cessate il fuoco diventa una gabbia

ALESSIA MELCANGI

Nel 1989 veniva dato alle stampe il celebre volume dello studioso americano David Fromkin intitolato *A Peace to End All Peace*: con una ricerca analitica dei fatti storici intercorsi tra il 1914 e il 1922, l'autore ci mostrava come dalla dissoluzione dell'Impero Ottomano, sancita al termine del primo conflitto mondiale, sarebbe nato il Medio Oriente contemporaneo, con i confini, le frontiere e le realtà statuali arrivate più o meno inalterate fino ai nostri giorni. Ma di più, dal titolo stesso ci anticipava l'esito politico di questa trasformazione: dalla pace di Parigi del 1920 sarebbe nato un assetto regionale frammentato, territorialmente fragile e politicamente instabile che avrebbe aperto la strada ai vari e ciclici conflitti degli anni successivi.

"Una pace per mettere fine a tutte le altre possibilità di pace" rischia di essere un titolo applicabile anche alla tregua messa a punto in questi giorni dalla nota "troika" (Qatar, Egitto e Stati Uniti) che da mesi tenta di arrivare all'ambizioso e insperato obiettivo: fermare le armi a Gaza. - PAGINA 22

### DEL GATTO, MAGRÌ, SIMONI

Tregua e scambio di prigionieri: l'accordo tra Israele e Hamas non è mai stato così vicino e la comunità internazionale tenta di delineare un futuro di sicurezza e stabilità per Gaza, cercando di sottrarre all'asse anti-israeliano uno dei suoi argomenti principali: la causa palestinese. - PAGINE 2-7

I tre punti di attrito fra Europa e Stati Uniti

Giorgio Barba Navaretti

### IL RACCONTO

Le macerie, i morti il prezzo dell'orrore

GIORDANO STABILE

Il nuovo Medio Oriente prende forma ancor prima che Donald Trump s'insedi alla Casa Bianca, e porta, ben incisa, la cofirma di Benjamin Netanyahu. Un sogno nato trent'anni fa, dalle teorie dei neon statunitensi e dell'ala destra del Likud. - PAGINA 6

### IL DIALOGO FOA-SEGRE

"Superare il nuovo odio è la sfida più difficile"

ALBERTO INFELISE

Man mano che le notizie sulla nascita della tregua in Medio Oriente cominciano ad arrivare i volti di Anna Foa, storica dell'età moderna, e Gabriele Segre, esperto di temi di identità e convivenza, si aprono al sorriso. È un sorriso di speranza, dolore e apprensione. - PAGINA 7

### I TRASPORTI

Treni ancora in tilt Salvini sotto assedio E il leghista all'angolo chiede aiuto a Meloni

AMABILE, BARONI, LOMBARDO



Ci sono voluti tre giorni prima di sentire un esponente di primo piano di FdI giustificare un minimo il ministro dei Trasporti Matteo Salvini. Le opposizioni reclamano le sue dimissioni. Ieri, intanto, ennesima giornata di passione per le ferrovie con ritardi record. - PAGINE 12 E 13

### IL RICORDO

Le interviste, l'America essere Furio Colombo

ALAIN ELKANN, CESARE MARTINETTI



Furio Colombo ha incontrato, intervistato e discusso con il mondo intero. Ma adesso che è scomparso, a 94 anni, percorrendo la sua vita, i suoi articoli, i suoi libri ci si può chiedere se non sia stato il mondo ad andare da lui, attratto da una personalità magnetica, irrequieta, con un'insaziabile passione comunicativa. Tagliente e mai accomodante. Giornalista, scrittore, autore tv. Per *La Stampa*, da New York, dove ha vissuto a lungo, ha raccontato alti e bassi, con un radar sempre puntato sulle cose e sulle persone nuove. I suoi articoli si distinguevano per un linguaggio incalzante e aguzzo. SINAGLIA - PAGINE 24 E 25

LA DENUNCIA DELLE RAGAZZE DI EXTINCTION REBELLION FERMATE A BRESCIA. LA QUESTURA: PROCEDURE REGOLARI



## "Costrette a spogliarci"

FRANCESCA DEL VECCHIO, MONICA SERIJA

### IL COMMENTO

Il governo non dimentichi il dovere della legalità

FLAVIA PERINA



### IL DDL SICUREZZA

Quel registro speciale per non indagare gli agenti

FEDERICO CAPURSO

### IL PERSONAGGIO

Da vinto a vincitore la terza vita di Bibi

STEFANO STEFANINI

La terza vita politica di Benjamin Netanyahu inizia adesso, tra la tregua a Gaza ieri e l'inaugurazione di Donald Trump lunedì prossimo. Egli è già il leader più longevo alla guida di Israele. - PAGINA 4

### BUONGIORNO

Non ho mai amato un'idea caricaturale di Napoli, mi dà fastidio il racconto in cui il napoletano è uno che deve fare casino, deve dare pacche sulle spalle, addà sapè cantà - dice il sindaco Gaetano Manfredi a Claudio Velardi in una bella conversazione su *Italia Oggi*. E ancora: non dobbiamo diventare prigionieri di uno stereotipo, perché ci ghetizziamo, sfociamo nell'autopregiudizio, e sono poi gli stessi napoletani a convincersi che le cose vanno peggio di come sono nella realtà. Vorrei dire al sindaco di Napoli che l'autopregiudizio è la più grave delle nostre malattie. Non c'è città in cui l'autopregiudizio non ceda il passo all'autodifamazione. E vale per l'Italia intera, impegnata in un dibattito pubblico surreale, di militarizzazione delle parole e delle piazze, terrorizzante, tintinnante di ma-

### Spara che ti passa

MATTIA FELTRI

nette, e nonostante l'Italia sia il paese più sicuro d'Europa. Ma preferiamo vederli così, dentro la sparatoria che non c'è. Poi, certo, su Napoli insiste un immaginario che talvolta indugia nella mitologia: il mare, le canzoni, la pizza e il romanzo criminale. O è Gomorra o non è Napoli. Qualche giorno fa, il prefetto Michele Di Bari ha detto che nel 2024 i reati sono calati rispetto al 2023 di oltre il quattro per cento. Ci sono stati meno omicidi, meno furti, meno rapine. In crescita sono soltanto le estorsioni, o meglio le denunce d'estorsione, sintomo dell'aumento di napoletani che non ci stanno e si affidano allo Stato. Non ho visto notizie, approfondimenti, editoriali. Questa Napoli non interessa, caro sindaco Manfredi. Napoli interessa se canta e spara, e se spara di meno si fa finta di niente.

AGRI ZOO 2  
PET SHOP  
WWW.AGRIZOO2.IT





# Il Messaggero



€ 1,40\* ANNO 147 - N° 14  
Spes. in A.P. 0,35/0,50 con L.40/2004 art.1 (C) 025/04

NAZIONALE



Mercoledì 15 Gennaio 2025 • S. Mauro

IL GIORNALE DEL MATTINO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](https://www.ilmessaggero.it)

### 1939-2025 Addio a Capaldo il banchiere civil servant

A pag. 19



### Mercato bloccato Calcioscommesse Salas arrestato Lazio, salta l'affare

Marcangeli nello Sport



### L'opera compie 125 anni Roma, la Tosca in scena come la vide Puccini

Antonucci a pag. 26



## Sicurezza, si muove il Quirinale

► Il governo riceverà i rilievi del Colle sul ddl. Agenti, niente scudo penale ma lo status degli 007  
► Il punto di Meloni con i ministri: cala lo spread e frenano gli sbarchi, merito della stabilità

ROMA DdI Sicurezza: nessuno scudo penale per gli agenti, ma status simile a quello degli 007. Accolti i rilievi del Quirinale. Bassi, Becchi, Bulleri, Carini e Errante alle pag. 7, 8 e 9

L'editoriale

### L'USO (E L'ABUSO) DEL TERMINE SOVRANISTA

Ferdinando Adornato

Da qualche tempo, se si vuole ostracizzare una qualche posizione politica, la si mette all'indice pronunciando un semplice, decisivo anatema: "sovrani-  
sta". Nel discorso pubblico internazionale, così come in quello di casa nostra, il concetto di "sovranismismo" è così diventato una sorta di stigma capace, con una sola parola, di identificare il "nemico". Ma siamo proprio sicuri di non essere di fronte al disinvoltato uso di un neologismo inadatto a descrivere la realtà dei fatti? Secondo la Treccani il "sovranismismo" è quella posizione politica che "propugna la difesa o la riconquista della sovranità nazionale da parte di un popolo o di uno Stato in antitesi alle dinamiche della globalizzazione e in contrapposizione alle politiche sovranazionali". Ebbene, alla luce di questa definizione, oggi chi si può legittimamente definire "sovrani-  
sta"? Cominciamo dall'Europa. Certamente è stata "sovrani-  
sta" la decisione degli inglesi di votare la Brexit, fuoriuscendo dal consenso dell'Ue.

Continua a pag. 28

A Termini guasto tecnico, maltempo al Sud

### Treni, altra giornata da dimenticare L'ad di Fs: sono disagi, non disastri

ROMA Ancora una giornata di forti ritardi e cancellazioni dei treni nelle stazioni italiane. Per non parlare delle polemiche. Ieri in mattinata prima il maltempo nel Mezzogiorno e, nel pomeriggio,



un guasto elettrico a Roma Termini hanno mandato di nuovo in tilt il sistema ferroviario. E l'ad Fs Donnarumma minimizza i disagi: non è stato un disastro.

Urbani a pag. 12

Gli Usa: speriamo nell'intesa entro sabato

### Gaza, attesa per il via libera di Hamas I parenti: Schindler's list sugli ostaggi

ROMA Gaza, a un passo dal truguardo, ma resta il nodo della liberazione totale degli ostaggi e della presenza israeliana nella Striscia. La bozza di accor-



do è sul tavolo di Mohammed Sinwar e su quello del premier Benjamin Netanyahu. Gemah, Paura, Troili e Ventura alle pag. 2, 3 e 4

La principessa torna all'ospedale oncologico, ma per confortare i malati



### La gioia di Kate: il cancro sta arretrando

La principessa del Galles Kate Middleton al Royal Marsden (foto AFP) Bruschi a pag. 17

## Nuovo caso Sala in Venezuela: italiano arrestato

► Cooperante sparito dopo il fermo di 2 mesi fa I timori di una ritorsione anti-Italia di Maduro

Valeria Di Corrado

Cooperante sparito in Venezuela: si teme che l'arresto sia una ritorsione contro l'Italia che non sostiene il regime di Maduro. Alberto Trentini, nel Paese per portare aiuti umanitari, fermato due mesi fa e di lui da allora si sono perse tutte le notizie. Per la Farnesina un altro caso Sala. Ieri Caracas ha espulso tre diplomatici italiani. L'angoscia della madre: «Bisogna fare presto, ha bisogno di medicine».

A pag. 15 Mayer e Pace a pag. 15

### Castellammare Alunni molestati in cella la prof aggredita a scuola

CASTELLAMMARE DI STABIA (Na) Choc a scuola, arrestata una professoressa: avrebbe molestato 4 alunni e 3 alunne di 11 e 12 anni. Con uno ha compiuto atti sessuali. Gli abusi in una saletta.

Sautto a pag. 16

Il commento



### L'AUTOGOL DEL FALCONIERE ESIBIZIONISTA

Andrea Sorrentino

Come Los Angeles, che brucia nel falò delle sue vanità, anche il falconiere della Lazio (...)

Continua a pag. 28  
Abbate nello Sport

COLLEZIONE SPRING SUMMER 2025  
BRIGLIA1949.COM

# BRIGLIA

• 1949 •

Il Segno di LUCA

SCORPIONE  
COGLI L'ATTIMO

In questi giorni la configurazione s'innalza elementi che hanno diversi gradi di risconferma con il tuo segno. È un periodo vivace, anche se sei forse un po' combattuto, indeciso su come investire delle energie così dirompenti. Nel lavoro godi di aspetti favorevoli che ti consentono di andare finalmente oltre rispetto a tensioni troppo invasive. Approfitta dell'atteggiamento spontaneo e positivo per muovere con efficacia le tue pedine.

MANTRA DEL GIORNO  
Le emozioni hanno sempre la meglio.

L'oroscopo a pag. 28

\* Tandem con altri quotidiani (non allegabili) (spostamenti) con la grafica di Motta & Luzzo, Brindisi & Faravelli, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia e 1,20; La domenica (formato € 1,40); Il Messaggero - Corriere dello Sport - Stadio € 1,40; Il Messaggero - Corriere dello Sport - Stadio € 1,40; Il Messaggero - Primo Piano: Nove € 1,50; nelle grafiche di Bari & Foglia, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport - Stadio € 1,50; "Roma strepata" - E € 0,90 (solo Roma); "L'ora dei gladiatori" - Vol. 2 - € 0,90 (solo Roma)



Mercoledì 15 gennaio 2025

ANNO LVIII n° 12  
1,50 €  
San Mauro

# Avvenire



Quotidiano di ispirazione cattolica [www.avvenire.it](http://www.avvenire.it)

### Editoriale

La sicurezza pubblica è un bene comune

## LA LEZIONE DI LOS ANGELES

ELENA GRANATA

Hanno fatto il giro del mondo le immagini delle ville di attori e produttori cinematografici lungo la costa di Los Angeles, dove è bruciato Pacific Palisades, piccolo paradiso di case unifamiliari circondate dal verde. Qui sono andati in fumo più di 22.000 acri di terreno, e l'incendio a Pasadena e Altadena ha bruciato 14.000 acri nella San Gabriel Valley, secondo i numeri di CalFire, mentre 150.000 persone sono state sottoposte a ordini di evacuazione obbligatoria. Si tratta del più grande incendio mai registrato in questa area del pianeta. Hanno perso casa in tanti, compresa una larga parte della comunità nera residente ad Altadena, ma certamente, quando a perdere la casa sono Paris Hilton o Mel Gibson e le loro ville da milioni di dollari, il messaggio che arriva è chiaro: nessuna ricchezza privata, nessuna villa di lusso è salva dalla potenza del fuoco e della crisi climatica. Capire le caratteristiche di questo modello insediativo - questo modello di non città - può aiutarci a leggere dietro i dettagli della cronaca. Quelle caratteristiche che hanno garantito il successo di questo piccolo paradiso per ricche le stesse che ne stanno determinando l'estrema fragilità: un modello urbano a bassissima densità - in gergo tecnico parliamo di *sprawl*, di espansione suburbana incontrollata che produce molto consumo di suolo - con case unifamiliari, solitamente costruite in legno e prefabbricate, immerse nella vegetazione, piccole o enormi ma tutte dotate di un giardino di pertinenza, con pochissime strade di accesso, strette e a senso unico, che conducono alle singole case e garantiscono la privacy.

continua a pagina 13

### Editoriale

L'Europa come comunità di destino

## IL POPOLO PRIMA DELLA NAZIONE

VITTORIO POSSENTI

La tempestosa congiuntura geopolitica in cui siamo collocati, fa riemergere nell'Unione Europea con più forza le mai sopite questioni della sovranità statale e del nazionalismo, legate a filo doppio. L'Ue cerca da tempo di veleggiare tra tali scogli, senza un risultato tangibile: una quota crescente dei suoi Paesi richiama esplicitamente la *sovranità* dello Stato e la *nazione* come entità politica suprema. Il volto "maledetto" della sovranità moderna, nato con lo Stato e rapidamente degenerato nel nazionalismo aggressivo, è presto detto: la sovranità significa che lo Stato *superiorum non recognoscit*: è la più alta istanza e non ne riconosce altre. Ciò rende arduo cedere in condizioni paritarie quote di sovranità per favorire la nascita di unità politiche più ampie. In molti Paesi Ue ha da tempo preso piede il "sovranismo" quale inno di rievocazione agli Stati poteri che si ritiene siano stati indebitamente delegati a più alti livelli politici. Conosciamo i nomi di coloro che si battono apertamente in tal senso: M. Le Pen, J. Bardella, V. Orban, M. Salvini, S. Abascal ed altri meno noti del gruppo dei Patrioti. Ma anche gli Ecr (Conservatori e riformisti europei) sono su questo punto capitale sulla stessa lunghezza d'onda. La strategia impiegata consiste nel gettare discredito sulle istituzioni comunitarie, accusate di centralismo, lontananza e burocrazia. Le critiche, avute in considerazione molto più all'eterotopia interno che all'Unione Europea, sono praticate in quasi tutti i Paesi con maggiore o minore intensità.

continua a pagina 13

**RAPPORTO** Secondo Open doors/Porte aperte sono saliti a 380 milioni i credenti oggetto di violenze o discriminazione nel mondo



## Fede, sangue e vessazioni Aumentano le persecuzioni dei cristiani

LUIGIA CAPOZZI

Mai così tanti. Il numero dei cristiani perseguitati nel pianeta è cresciuto ancora tra il primo ottobre 2023 e il 30 settembre scorso e ha raggiunto l'assurda cifra di 380 milioni. Quindici milioni in più dell'anno precedente. Il record in tre decenni di ricerche di Porte aperte/Open doors. In pratica un fedele su sette subisce discriminazioni, abusi, minacce, violenze a causa della propria fede.

Scavo a pagina 4

**IL FATTO** Mentre l'Iran, indebolito, cerca sponde con l'Europa per chiudere una difficile intesa sul nucleare

## In punta di tregua

A un passo dall'accordo su ostaggi e Gaza, ma si discute ancora dei particolari e del dopo Il nodo delle liberazioni "a rate". Gli Usa spingono perché Anp e Onu gestiscano la Striscia

ANNA MARIA BROGI

«PERQUISIZIONI INVASIVE»

Tensioni sul ddl sicurezza E a Brescia scoppia il caso delle attiviste «umiliate»

L'ipotesi di uno "scudo penale" per gli agenti agiti l'esame in Senato del ddl Sicurezza. La Lega preme per evitare la terza lettura del ddl ( su cui si appuntano perplessità delle opposizioni). A sera, forti di governo fanno sapere che lo "scudo" arriverà in un altro provvedimento e che sarà solo procedurale. Intanto, un'interrogazione urgente di Avs e M5s chiede al ministro Pantofolini di chiarire quanto accaduto a Brescia, dove alcune manifestanti sono state «fatte spogliare». Ma la Questura nega: nessun trattamento degradante.

Motta e Spagnolo a pagina 5

Ardemagni e Zoja pagine 2-3

I DATI DI FRONTEX (-59%)

Migranti, crollano gli arrivi sulla rotta del Mediterraneo Meloni: «Un nostro successo»

Gli ingressi irregolari in Ue sono ai minimi dal 2023, fanno della pandemia. E questo «nonostante la persistente pressione migratoria» sottolinea Frontex, l'agenzia europea che controlla le frontiere esterne. Poco più di 239.000 gli ingressi sulle varie rotte, dal Mediterraneo ai Balcani, contro gli oltre 355.300 del 2023. Ciò che basta alla premier Giorgia Meloni per dire che il risultato «è sicuramente dovuto all'azione dell'Italia». Intanto in Libia, tra i piccoli profughi in fuga dall'Eritrea, c'è chi costruisce speranza con la Dsd.

Lambruschi, Fassini e Sperandio a pagina 6

### I nostri temi

STATI UNITI I social e i nuovi fantasmi della libertà digitale

Come difendersi dal linguaggio di odio e dalla disinformazione in rete? Cosa c'è dietro la svolta Usa? Ne scrivono Milena Santorini, Roberto Pertrici, Gerolamo Fazzini.

A pagina 15

LAVORO Produttività in calo, deficit di sistema

F.SEGHEZZI - M.TIRABOSCHI

Sorprende come siano passati quasi del tutto inosservati i recenti dati negativi sulla produttività italiana.

A pagina 14

**L'ECONOMIA CIVILE** Governance, la sfida della sostenibilità  
Sobrero nell'alegato

**SCUOLA** Iscrizioni, la scelta con più orientamento  
Ferrario a pagina 7

**DAZI E CARO-ENERGIA** Bankitalia: segnali negativi per la crescita  
Arena e Salemi a pagina 11

**Dare o ricevere** Quando viene la felicità  
Adrian Candelari  
20,35) - unica beatitudine di Gesù che non venga a noi da un Vangelo. Beatitudine, della felicità a confermare ciò che tutti i volontari e volontarie del mondo sanno bene: nel prendersi cura dei più piccoli e dei più deboli, essi ricevono molto più di quanto non diano. E che ne è, allora, della felicità degli sventurati? Non ce ne preoccupiamo mai tanto come quando consentiamo loro di manifestare anch'essi, nella misura loro possibile, cura per i più deboli - senza dunque imprigionarli nel ruolo di oggetti della nostra generosità, ma lasciandoli diventare soggetti capaci di amare, di prendersi cura degli altri e di dare.

**AGORA** NARRATIVA Nella drammatica storia di una famiglia ribelle, la speranza della Siria  
Pizzagalli a pagina 18  
INTERVISTA Marilù Oliva: «Così la mia Eva è naturale e curiosa»  
Carnero a pagina 19  
IL LUTO Fausto Colombo, l'occhio attento sulla cultura popolare  
Eugenzi a pagina 20

In edicola con Avvenire 2,4 euro  
**GIUBILEO, IL VOLTO DELLA SPERANZA**  
Cardini / Rovati / Roncalli / Verdani  
LUOGHI INFINITI

**LO SCONTRO**

# Salta l'intesa sul contratto della sanità

*Cgil, Uil e Nursing respingono l'accordo sugli aumenti per infermieri, tecnici e amministrativi*

**ENRICO NEGROTTI**

**S**indacati spaccati, contratto saltato. Ieri all'Aran, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni, si è alzata la fumata nera dopo sette mesi di trattative per rinnovare il contratto collettivo nazionale di lavoro 2022-2024 del comparto sanità, cioè il personale non medico, dagli infermieri agli amministrativi, dai tecnici alle ostetriche, agli operatori sociosanitari: in totale oltre 581 mila persone. L'accordo bocciato impegnava risorse per oltre 1,78 miliardi di euro, con aumenti medi mensili di 172 euro, circa il 6,8% in più delle retribuzioni attuali. «Deluso per il mancato accordo - il presidente Aran, Antonio Naddeo - perché c'erano tutte le condizioni per firmare e avviare rapidamente la trattativa per il Ccnl 2025-2027». Opposte le reazioni sindacali. Da un lato Cgil, Uil e Nursing Up che hanno bocciato l'accordo, dall'altra Cisl, Nursind e Fials. «Firmare questo contratto - ha scritto Antonio De Palma, presidente di Nur-

singUp - avrebbe significato tradire le attese e le speranze dei lavoratori che rappresentiamo. Le risorse messe a disposizione sono insufficienti e molte delle nostre richieste, fondamentali per il riconoscimento della professionalità di infermieri, ostetriche e altri professionisti sanitari, sono rimaste ampiamente disattese». Dello stesso avviso Michele Vannini, segretario nazionale Fp Cgil: «Troppo poche le risorse per incrementare gli stipendi, nessuna risposta sulle indennità, un evidente messaggio ai lavoratori che per incrementare le proprie entrate dovevano essere disponibili a lavorare di più». Parla invece di «occasione persa» Andrea Bottega, segretario nazionale di Nursind: «Per colpa del protagonismo di qualcuno, a farne le spese saranno molti lavoratori, a cominciare dal personale dei pronto soccorso che attendeva l'adeguamento dell'indennità con le risorse stanziare dal giugno 2023. Chi si è tirato indietro rispetto a questo atto di buon senso e responsabilità dovrà dare spiegazioni. Sul piano della disciplina del rapporto di lavoro, nelle pieghe del contratto, c'era infatti uno sforzo in favore della conciliazione tra tempo professionale e privato». «Con questa scelta - è la nota di Cisl Fp

-, Cgil, Uil e Nursing Up, oltre a ritardare i negoziati 2025-27, hanno tolto soldi dalle tasche delle lavoratrici, dei lavoratori e dei professionisti per puro tatticismo, in vista della elezione della rappresentanza sindacale unitaria (Rsu). Vadano ora in assemblea a spiegare ai lavoratori perché hanno negato gli aumenti, gli arretrati, le indennità e tutte le innovazioni normative conquistate con mesi di lavoro». «Il paradosso amaro - aggiunge Naddeo - è che quello che due anni fa andava bene a tutti i sindacati per il rinnovo del precedente contratto, oggi sembra non bastare, eppure il nuovo Ccnl aggiunge e non toglie sia in termini di risorse sia di innovazioni per i lavoratori. Ora è difficile capire cosa succederà in futuro».



**La Lente**di **Claudia Voltattorni**

## Sindacati divisi, salta la firma per il contratto nella sanità

**S**ul tavolo c'erano aumenti medi mensili di 172 euro per 13 mesi. Oltre a misure come una maggiore tutela contro le aggressioni e più lavoro agile. Non sono stati sufficienti a Cgil, Uil e Nursing Up che ieri all'Aran non hanno firmato la preintesa per il nuovo contratto 2022-2024 del comparto sanità che raccoglie oltre 580 mila lavoratori del Servizio sanitario nazionale tra infermieri, tecnici e personale non medico.

«Risorse insufficienti», hanno spiegato i sindacati. Ma anche mancate risposte su carichi di lavoro, indennità, avanzamenti di carriera. Favorevoli all'accordo Nursind, Fials e Cisl che però raggiungono il 47% dei rappresentanti e quindi meno della maggioranza necessaria. Si dice «deluso» il presidente Aran, Antonio Naddeo: «C'erano tutte le condizioni per firmare e avviare rapidamente la

trattativa per il Ccnl 2025-2027». La mancata firma è una «decisione «grave» per Cisl Fp, «un'occasione persa» per Nursind. Ma Michele Vannini di Fp Cgil dice: «Si apra una fase nuova con Regioni e governo, noi vogliamo arrivare ad una firma in tempi rapidi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**172****euro**aumento medio mensile  
previsto nel nuovo  
contratto per il personale  
non medico



**SANITÀ**

**Contratto infermieri,  
sfuma l'intesa sul rinnovo**

All'ultimo minuto, per divergenze sindacali, è saltata la firma al contratto Sanità 2022-2024, che riguarda oltre 580mila dipendenti tra infermieri, tecnici e personale non medico. —a pagina 20

# Sanità, niente accordo sul contratto Ora più incognite sugli altri comparti

## Infermieri e tecnici

No di Cgil, Uil e Nursing Up  
Le altre sigle: dallo stop  
un danno ai lavoratori  
Naddeo (Aran): «Senza  
ripensamenti o fatti esterni  
niente margini di confronto»

### Gianni Trovati

ROMA

È stato il «no» pronunciato nel primo pomeriggio di ieri da Nursing Up, uno dei sindacati degli infermieri, a far saltare la trattativa sul rinnovo contrattuale 2022/24 per i 580mila dipendenti della sanità (non i medici, sono dirigenti), che nonostante le incognite dell'ultima ora pareva instradata verso la firma dopo la due giorni all'Aran seguita a sette mesi di negoziati.

Il 6,43% di rappresentatività di questa sigla è stato decisivo per far pendere la bilancia dalla parte dei contrari all'accordo, già affollata da Cgil e Uil, e per relegare in minoranza (poco meno del 47% in tutto) i sindacati disponibili all'intesa, cioè Cisl, Fials e Nursind. Ora è da capire quali saranno i tempi necessari a ricostruire le condizioni per il confronto, superando i nodi pratici, sindacali e politici che ieri hanno fatto saltare il tavolo. Verosimilmente non saranno brevi. E nell'attesa restano congelati i 172,4 euro mensili di aumento e le altre novità previste dalla bozza di contratto.

Ma il naufragio vissuto ieri dalle trattative sulla sanità rende evidenti le incognite generate dalla spaccatura sindacale anche intorno agli al-

tri comparti pubblici ancora in attesa del rinnovo. Perché viaggiare con il «no» di Cgil e Uil moltiplica il peso specifico di sigle piccole che però diventano decisive per superare il 50%; il copione sanitario si può replicare nella scuola (peraltro ancora in attesa dell'atto di indirizzo definitivo), mentre pare per ora ipotizzata a priori la possibilità di un'intesa negli enti locali dove i due sindacati sulle barricate hanno la maggioranza. Fin qui l'accordo è stato possibile

solo per ministeri, agenzie fiscali ed enti non economici, dove lavora però meno dell'8% del personale pubblico contrattualizzato: nelle prossime ore dovrebbe arrivare la certificazione della Corte dei conti per la firma definitiva e l'entrata in vigore di aumenti e novità da febbraio.

Per sanità, enti locali e scuola, invece, in gioco c'è prima di tutto l'uti-



lizzo dei circa 5,1 miliardi a disposizione per le intese 2022/24, ma anche il tentativo di accelerare la macchina dei rinnovi per allinearla al calendario reale evitando di chiudere le intese quando il triennio di riferimento è già scaduto. Per tentare questo obiettivo, sulla spinta delle nuove regole fiscali comunitarie il Governo ha prodotto un cambio di rotta radicale rispetto alle prassi consolidate stanziando nell'ultima legge di bilancio i fondi per i rinnovi fino al 2030 (11,6 miliardi per i settori statali, che diventano 21,3 con i comparti autonomi). Ma se non rientra l'opposizione di Cgil e Uil tutto questo impianto pare destinato a rimanere in stallo.

Va letta in questo contesto complessivo la vicenda di ieri. A innescarla è stato un *casus belli* particolare, cioè l'introduzione della figura degli «assistenti infermieri»; questo ha alimentato nella categoria il timore di una sorta di concorrenza a basso costo ai danni degli infermieri tradizionali, ma non va trascurato che questo «nuovo profilo di Oss con formazione complementare in

assistenza sanitaria» è previsto dall'atto di indirizzo; e disciplinato addirittura da un accordo Stato-Regioni del 2003 rinnovato di recente.

Ma è il contesto politico-sindacale a pesare di più. Cgil, Uil e Nursing Up sottolineano la carenza di risorse, mentre Nursind con il suo segretario Andrea Bottega ribatte che la firma avrebbe aperto «la possibilità di aprire subito la nuova negoziazione per il 2025/2027» e lamenta la «occasione persa per colpa del protagonismo di qualcuno». Sulla stessa linea la Cisl, che parla di «decisione grave che tocca direttamente le tasche» dei lavoratori.

Il primo effetto pratico della mancata firma è ovviamente il rinvio a data da destinarsi per gli aumenti e gli adeguamenti delle indennità, oltre che delle novità ordinarie tra cui quelle richieste dagli stessi sindacati. E sulle prospettive la nebbia diventa fitta. Il presidente dell'Aran Antonio Nadeo si dice «deluso per il mancato accordo, perché c'erano tutte le condizioni per firmare e avviare rapidamente la trattativa per il contratto

2025/2027», e spiega al *Sole 24 Ore* che «essendo arrivati a un punto massimo di mediazione possibile con le risorse disponibili, o c'è un fatto esterno o un ripensamento di una delle organizzazioni sindacali oppure non vedo margini per la ripresa della trattativa».

A complicare il quadro, poi, c'è anche l'avvio imminente della stagione elettorale in vista del voto di metà aprile delle Rsu nelle pubbliche amministrazioni; appuntamento destinato a far esplodere i tanti nodi politici che minano il terreno dei rinnovi contrattuali nella Pa.

IMAGOECONOMICA



**In corsia.** Saltata la trattativa sul rinnovo contrattuale per i dipendenti della Sanità

#### GLI AUMENTI

# 172,4

#### Euro al mese

Il rinnovo contrattuale 2022/24 che ha visto ieri saltare il tavolo della trattativa prevede aumenti medi mensili per 172,4 euro lordi per i circa 580mila dipendenti del comparto. Il grosso della cifra è legata alle risorse contrattuali vere e proprie (145,1 euro), ma in gioco c'è anche il ritocco al tetto dei fondi accessori e l'adeguamento delle indennità specifiche



# I medici pronti a tornare sul piede di guerra

## La mobilitazione

Appuntamento il 25 gennaio  
per decidere le modalità  
della nuova protesta

### Marzio Bartoloni

Tra 10 giorni, il prossimo 25 gennaio, tutti i camici bianchi, compresi i medici di famiglia finora rimasti un po' in disparte, si sono dati appuntamento per decidere come alzare l'asticella dello scontro con il Governo. Una nuova mobilitazione che non è detto che si concretizzi per forza in un nuovo sciopero, come quello del 20 novembre che, va ricordato, allora non aveva registrato grandi adesioni.

«Vogliamo avere una vera interlocuzione con due soggetti: da una parte le Istituzioni perché ad oggi dopo due anni di Governo non abbiamo ancora capito chi comanda e decide in Sanità visto che nonostante le tante convocazioni alla fine accade sempre il contrario di quello che ci dicono e dall'altra parte abbiamo bisogno di rivolgerci al cittadino magari anche con un linguaggio diverso perché ad oggi continuano a non rispettarci viste le continue aggressioni. Qualcosa insomma non va anche con loro», sottolinea Pierino Di Silverio segretario di Anao Assomed, la sigla degli ospedalieri.

Ma facciamo un passo indietro. Il peccato originale è l'ultima manovra di bilancio. Per i medici era un po' come una ultima spiaggia, l'occasione migliore con cui il Governo poteva dare un segnale importante e rendere di nuovo attrattivo il lavoro negli ospedali per chi indossa il camice bianco, soprattutto dopo lo tsunami del Covid che

ha accelerato ancora di più la fuga dal Servizio sanitario nazionale verso l'estero o nel privato.

E invece la delusione ha prevalso. Nella legge di bilancio oltre ad essere saltato il maxi piano di assunzioni a cui aveva lavorato il ministro della Salute Orazio Schillaci per il muro del ministero dell'Economia sono arrivati gli aumenti in busta paga, ma non quelli sperati: invece della detassazione al 15% dell'indennità di specificità (che si sarebbe tradotta in 200 euro netti in più al mese) chiesta a gran voce dai medici sono arrivati degli aumenti secchi che per quest'anno si dovrebbero tradurre in 17 euro netti in più al mese per poi salire a 115 euro dal 2026. Anche qui l'ipotesi di una flat tax per i medici si è scontrata con il nict del Mef. Da qui la protesta dei camici bianchi contro questi aumenti considerati delle "briciole". «Mancano anche - aggiunge Di Silverio - la depenalizzazione dell'atto medico che ci era stata assicurata e non ci sono seri investimenti sui giovani e sulla Sanità territoriale che è troppo staccata dall'ospedale». E proprio quest'ultimo punto - la Sanità territoriale dove il Pnrr investe 3 miliardi per far decollare Case e Ospedali di comunità - rischia di aprire un nuovo fronte di scontro con il Governo: il ministro Schillaci d'accordo con le Regioni sta lavorando a una attesa riforma dei medici di famiglia con l'obiettivo di fondo di spostarne almeno una parte - in particolare i nuovi assunti - nelle Case di comunità che al mo-

mento stanno aprendo i battenti spesso sprovviste o carenti di camici bianchi. La misura non è affatto popolare tra i medici di base che frenano già dai tempi del Governo Draghi su questa ipotesi, solo che ora il tempo stringe visto che mancano di un anno e mezzo alla definitiva apertura delle nuove strutture sul territorio finanziate dal Pnrr.

Sulla sfondo c'è anche un inedito scontro tra il ministro e l'Ordine dei medici - che rinnova i suoi vertici a fine gennaio - con il suo attuale presidente Filippo Anelli che dopo essersi schierato apertamente a favore della mobilitazione ha chiesto un tavolo di confronto con Schillaci che però ha replicato piccato: «Io ho sempre incontrato i medici, li incontro quotidianamente, quindi non ho problemi a incontrare né i sindacati dei medici né il rappresentante della Federazione, però un conto è essere il presidente della Federazione e un conto è fare il sindacato. Quindi vediamo chi incontrare e perché». Una presa di posizione condivisa ieri da diverse sigle dei camici bianchi che hanno ricordato come ognuno deve assumersi «i suoi compiti e le sue responsabilità, senza commistioni che confondono e indeboliscono i ruoli».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Stavolta coinvolti anche i medici di famiglia per i quali il ministro della Salute Schillaci sta studiando una riforma



14 gen  
2025

LAVORO E PROFESSIONE

S  
24

## Contratto sanità: sindacati divisi, salta la firma all'Aran

di Er.Di.

La due giorni di trattative che si è svolta all'Aran, al termine di sette mesi di incontri e in seguito all'approvazione della legge di Bilancio, non ha portato all'accordo con le rappresentanze sindacali per giungere alla firma della preintesa per il Contratto collettivo nazionale del comparto Sanità 2022-2024, che interessa oltre 580mila dipendenti non medici del Servizio sanitario nazionale. Si sono dichiarati favorevoli all'intesa i sindacati

Nursind, Cisl e Fials, che rappresentano il 47% dei lavoratori, e in disaccordo il Nursing Up, la Cgil e la Uil, non permettendo così di raggiungere alla maggioranza in seno alla rappresentanza sindacale, indispensabile per la firma del contratto. Il rinnovo avrebbe garantito ai lavoratori un aumento medio mensile di 172 euro per 13 mensilità, oltre a numerose innovazioni contrattuali.

“Sono deluso per il mancato accordo raggiunto – commenta il presidente Aran, **Antonio Naddeo**, al termine della seduta di oggi - perché c'erano tutte le condizioni per firmare e avviare rapidamente la trattativa per il Ccnl 2025-2027. Va detto poi, che al di là dell'aspetto economico, comunque rilevante, non potranno essere applicati molti degli istituti che avrebbero da subito migliorato le condizioni lavorative e di vita dei lavoratori del comparto sanità. Ora è difficile capire cosa succederà in futuro, perché in queste due



intense giornate di contrattazione abbiamo esplorato tutte le vie per giungere a un accordo, e inoltre sta per partire il periodo di elezioni delle Rsu (Rappresentanze sindacali unitarie), in cui diventerà più aspro il conflitto sindacale e sarà oggettivamente complicato programmare nuovi incontri per il rinnovo del Contratto per il Comparto Sanità”.

“Tengo a precisare – aggiunge Naddeo - che fino a questa mattina sembrava possibile arrivare alla firma, poiché abbiamo cercato di rispondere positivamente alle richieste poste anche ieri dalle organizzazioni sindacali, in particolar modo di chi sembrava volere la definizione della trattativa. Una disponibilità alla firma che, invece, è mancata quando abbiamo proceduto alle dichiarazioni per la sottoscrizione, previste dalla normativa, da parte di Cgil e Uil - di cui era ampiamente nota la contrarietà all’intesa - ma anche da parte del Nursing Up, nonostante Aran abbia inserito nella versione finale del Contratto tutte le richieste esplicitate questa mattina dallo stesso sindacato in un comunicato stampa. Evidentemente, bisogna ricordare che la contrattazione è una mediazione e non è possibile ottenere tutto. Il paradosso amaro è che quello che due anni fa andava bene a tutti i sindacati per il rinnovo del precedente contratto, oggi sembra non bastare, eppure il nuovo Ccnl aggiunge e non toglie sia in termini di risorse sia di innovazioni per i lavoratori”, conclude il presidente Aran.

“Cgil, Uil e Nursing Up hanno fatto saltare il tavolo di trattativa per il rinnovo del Ccnl della sanità pubblica, negando ai lavoratori e ai professionisti della sanità le conquiste ottenute in mesi di negoziato e di pressing su Governo e Parlamento”, spiega in una nota la **Cisl Fp Nazionale**, aggiungendo che si tratta di “una decisione grave che tocca direttamente le tasche di chi ogni giorno garantisce il diritto alla salute dei cittadini”. Il contratto che stava per essere firmato all’Aran “avrebbe garantito aumenti stipendiali del 7%, pari a oltre 170 euro lordi al mese su 13 mensilità, insieme a ulteriori 90 euro annui pro capite per incrementare i fondi contrattuali”. Erano previste anche “misure significative per la qualità della vita lavorativa” quali il riconoscimento del buono pasto in smartworking, l’introduzione sperimentale della settimana corta, la proroga delle progressioni economiche in deroga e nuove tutele per il personale in età avanzata. “Tra le conquiste più rilevanti - continua Cisl Fp - avevamo impedito la disapplicazione dell’OSS senior, ampliato l’accesso all’area EQ con la laurea triennale e garantito maglie più ampie per la libera professione extramuraria, oltre a garantire alle ostetriche le medesime indennità degli infermieri”. “Con questa scelta - conclude la nota Cisl Fp - Cgil, Uil e Nursing Up, oltre a ritardare i negoziati 2025-2027, hanno tolto soldi dalle tasche delle lavoratrici, dei lavoratori e dei professionisti per puro tatticismo, in vista delle Rsu”.

Per il segretario del **Nursind**, **Andrea Bottega**, la fumata nera sul contratto è “un’occasione persa, soprattutto in prospettiva. Non erano le risorse, infatti – troppo poche quelle da distribuire in questa tornata contrattuale – il punto di forza del Ccnl del comparto sanità 2022-2024, ma la possibilità di aprire subito la nuova negoziazione per il triennio 2025-2027 e, quindi, di fruire dei fondi già stanziati nella legge di Bilancio”.

“Per colpa del protagonismo di qualcuno – attacca il segretario – a farne le spese saranno molti lavoratori, a cominciare dal personale dei pronto soccorso che attendeva ancora l’adeguamento dell’indennità con le risorse stanziare dal giugno 2023. Chi si è tirato indietro rispetto a questo atto di buon senso e responsabilità dovrà dare spiegazioni, ad esempio, alle ostetriche che avrebbero finalmente ottenuto l’equiparazione economica con gli infermieri sull’indennità di specificità. Oltre che agli infermieri, in primis ai turnisti con figli: sul piano della disciplina del rapporto di lavoro, nelle pieghe del contratto, c’era infatti uno sforzo in favore della conciliazione tra tempo professionale e privato”.

“Si è deciso di gettare alle ortiche sette mesi di intenso lavoro negoziale – conclude Bottega – e adesso non rimane che sperare di tornare al tavolo in tempi brevi. Per il bene del personale, ma anche per il buon funzionamento del nostro Ssn”.

Per **Michele Vannini**, segretario **Fp-Cgil** “le risorse non erano assolutamente sufficienti, non c’erano risposte né dal punto di vista stipendiale né sulle indennità e c’era un evidente messaggio ai lavoratori che per incrementare le proprie entrate dovevano lavorare di più” . Adesso, spiega Vannini, “si apre una fase nuova che veda regioni e governo farsi carico di questa situazione per arrivare a firma in tempi rapidi, noi lo vogliamo firmare ma non potevano essere queste le risposte”.

“Firmare questo contratto avrebbe significato tradire le attese e le speranze dei lavoratori che rappresentiamo - commenta il presidente del **Nursing Up**, **Antonio De Palma** -. Le risorse messe a disposizione sono insufficienti e molte delle nostre richieste, fondamentali per il riconoscimento della professionalità di infermieri, ostetriche e altri professionisti sanitari, sono rimaste ampiamente disattese”.

Tra i principali nodi critici che hanno portato al mancato accordo vi sono anche l’accesso all’area di elevata qualificazione escludendo i titoli del vecchio ordinamento, la formazione Ecm, la mobilità del personale e nessuna risposta concreta sull’aumento della parte fissa dell’indennità per gli incarichi di base degli infermieri, ostetriche e prof sanitarie o sull’incremento del tempo retribuito per la vestizione e le consegne per il personale turnista.

De Palma sottolinea inoltre l’urgenza di riprendere il confronto con il Governo e con l’Aran “su basi più solide, in linea con le promesse fatte nei

mesi precedenti , e con l'impegno di valorizzare concretamente i professionisti della sanità".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Contratto Agidae Rinnovo per oltre 17mila lavoratori degli Istituti Socio-Sanitari dell'Autorità ecclesiastica

Significative novità su contratti a tempo determinato, part time, previdenza complementare, lavoro notturno e maternità. Incremento complessivo a regime di 175 euro per il livello medio

PAGINA

6

**Cecilia Augella**

**NEGLI** istituti socio-sanitari dell'autorità ecclesiastica

# Agidae: rinnovo contratto per oltre 17 mila



Oltre 17mila e lavoratori degli Istituti Socio-Sanitari, assistenziali ed educativi, dipendenti dall'Autorità ecclesiastica, hanno ottenuto il rinnovo del contratto nazionale Agidae per il biennio 2023-2025. L'intesa, siglata dai sindacati di categoria Fp Cgil, Fisascat Cisl, Uil-tucs, introduce significative novità in materia di permessi sindacali; contratti a tempo determinato; part time; previdenza complementare; lavoro notturno; maternità; qualificazione, riqualificazione e aggiornamento professionale; premio di merito e progressione orizzontale di carriera; aumenti tabellari. Il trattamento economico subisce un importante aggiornamento, con un incremento complessivo a regime di 175 euro per il livello medio C2, da riparametrarsi per gli altri livelli. Gli aumenti verranno ero-

gati in due tranches, la prima di 100 euro a febbraio 2025 e una seconda di 75 euro a ottobre dello stesso anno, garantendo un incremento salariale superiore al 10%. L'accordo rivisita inoltre tutte le maggiorazioni per il lavoro notturno e festivo. Per ogni ora prestata dalle 22 alle 6, verrà riconosciuta una maggiorazione del 20% della quota oraria lorda spettante, con un incremento pari al 5%. Stesso trattamento sarà applicato al lavoro festivo ordinario prestato dai lavoratori turnisti. Le ore notturne lavorate durante le giornate festive verranno retribuite con un incremento del 10%, ovvero con una maggiorazione di miglior favore pari al 40% della quota oraria lorda spettan-





te. Il capitolo sui permessi sindacali rappresenta un avanzamento rilevante in termini di diritti per i dirigenti sindacali, ai quali vengono riconosciuti 10 giorni di permessi retribuiti all'anno.

Un'altra significativa innovazione riguarda la disciplina dei contratti a tempo determinato, la cui durata massima è stata estesa a 24 mesi, sulla scorta degli altri rinnovi contrattuali di settore. Per incentivare la stabilizzazione, è prevista la possibilità di proroga fino a 36 mesi, a condizione che almeno il 25% dei contratti a tempo determinato vengano convertiti a tempo indeterminato. Sul fronte del lavoro part-time, il lavoro supplementare verrà retribuito con una maggiorazione del 15%, mentre il consolidamento di tali ore nell'orario contrattuale è garantito in misura pari al 70%. Le parti condividono la necessità di privilegiare il consolidamento dei rapporti di lavoro full time

anche per dare continuità di prestazione ai fruitori dei servizi erogati. Tra le misure più significative introdotte in tema di welfare contrattuale, le parti hanno convenuto di istituire il fondo di previdenza complementare Previfonder. Dal 1° febbraio 2025, ogni datore di lavoro sarà tenuto a versare una quota pari al 1,5% della retribuzione per 13 mensilità per ogni dipendente, salvo rinuncia scritta da parte di quest'ultimo.

I lavoratori potranno inoltre scegliere di incrementare il contributo con proprie risorse, inclusa la destinazione del TFR. L'intesa interviene anche sulla tutela della genitorialità: il periodo di astensione obbligatoria per maternità darà diritto ad un'indennità pari al 100% della retribuzione. L'accordo include, infine, misure volte a valorizzare l'impegno e la presenza dei lavoratori. Permessi sindacali e periodi di maternità obbligatoria saranno computati come giorni effetti-

vamente lavorati ai fini dell'accesso al premio di merito e alle progressioni di carriera. Rivisitata anche la scala parametrica tesa all'erogazione del salario variabile, al fine di rendere maggiormente apprezzabile tale misura. Soddisfazione in casa sindacale. Per Fp Cgil, Fisascat Cisl, Uiltucs "l'intesa segna un traguardo significativo per il terzo settore socio-sanitario assistenziale educativo, rafforzando i diritti e le tutele delle lavoratrici e dei lavoratori. Il rinnovo contrattuale - concludono le tre sigle - pone le basi per un futuro contrattuale più equo e inclusivo, introducendo elementi ad alta valenza sociale anche volti a stimolare la natalità nel nostro Paese".

Ce.Au.



## I nodi della Sanità Medici di base la riforma che spezza il filo con i pazienti

Rosario Dimito  
Francesco Pacifico

**M**edici di base in subbuglio per la ventilata riforma del settore, che vuole trasformarli da liberi professionisti a dipendenti del servizio sanitario nazionale. Creando anche non pochi stravolgimenti dal punto di vista previdenziale e ripercussioni per l'Enpam,

ente dei medici e odontoiatri, che possono di riflesso costare caro alle casse dello Stato.

A pag. 13

Melina a pag. 13

# Medici di base, caos riforma: salta il rapporto con i pazienti

► Il governo punta a trasformare gli operatori da liberi professionisti a dipendenti del servizio sanitario nazionale. Questo passaggio potrebbe danneggiare l'Enpam

### IL CASO

ROMA Medici di base in subbuglio per la ventilata riforma del settore, che vuole trasformarli da liberi professionisti a dipendenti del servizio sanitario nazionale. Creando non pochi stravolgimenti dal punto di vista previdenziale e ripercussioni per l'Enpam, ente dei medici e odontoiatri, destinati a costare caro alle casse dello Stato. L'obiettivo da parte del governo è quello di spostare i camici bianchi nelle circa 1.400 case di comunità, che devono essere realizzate grazie ai fondi del Pnrr.

Quelli che un tempo si chiamavano "medici di base" denunciano che questo orientamento porterà a uno svuotamento della professione e a un peggioramento del servizio ai pazienti: salterebbe il rapporto fiduciario, diretto, che garantisce livelli di cura costanti e perso-

nalizzati. Rapporto fiduciario che difficilmente si potrebbe ricreare

in una realtà simil ospedaliera. A maggior ragione in questa fase storica in cui crescono sia l'invecchiamento della popolazione sia il numero (oltre 5 milioni) di soggetti non autosufficienti.

Non va sottovalutato un altro aspetto: il passaggio dei medici di base da liberi professionisti a dipendenti pubblici metterebbe a rischio la stabilità finanziaria di Enpam. L'ente dei medici che non svolgono attività di dipendenza ma di convenzione per il Ssn o gli odontoiatri, perderebbe via via i suoi iscritti, andando verso l'assorbimento nell'Inps, con aggravio per le casse pubbliche, in vista di un "salvataggio". Da dipendenti pubblici, questi medici verserebbero i contributi alla stessa Inps.

### LE IPOTESI

Nessuno ha ancora visto la bozza definitiva, ma da settimane girano

rumors sulla riforma della medicina generale che vanno in un'unica direzione: il ministero della Salute, con un decreto ad hoc, stabilisce di assumere i futuri medici di base e i pediatri di libera scelta come dipendenti del Sistema sanitario na-



zionale, superando l'attuale schema che li vede liberi professionisti "convenzionati" con il Ssn. Stando alle nuove regole, i nuovi iscritti degli attuali 37mila dottori di famiglia diventerebbero dipendenti pubblici. Gli altri tuttora operativi in ogni caso dovrebbero fornire al servizio sanitario nazionale tra le 14 e le 16 ore a settimana di attività nelle strutture pubbliche. L'obiettivo del governo è garantirsi, in questo modo, personale per le future 1.400 case di comunità, i "Cot" (le centrali operative territoriali). Lo schema avrebbe l'appoggio delle regioni come Emilia-Romagna, Veneto e Friuli-Venezia Giulia, che, guarda caso, spingono di più verso l'autonomia differenziata.

## IL PIANO

Attraverso la missione 6 del Pnrr l'Italia ha indirizzato 7 miliardi verso l'assistenza di prossimità: strutture intermedie come case e ospede-

dali di comunità e servizi avanzati di telemedicina. L'obiettivo è alleggerire la pressione sui nosocomi,

da destinare soltanto ai malati acuti. Ma per far funzionare le nuove strutture servono i dottori. Siccome in Italia c'è un deficit di 15mila camici bianchi nelle corsie, si guarda ai medici di famiglia.

La categoria non sembra entusiasta di questa prospettiva. Come detto, teme un peggioramento del servizio verso i pazienti, che vedono garantito il vincolo di prossimità più con gli ambulatori che con le future strutture territoriali. Il passaggio a dipendenti rischia di svuotare una professione che necessita di ulteriori 3mila operatori e che nel 2012 ne vedeva impegnati 45mila. C'è poi da fare i conti con i pensionamenti: da qui al 2030, compresi i pediatri di libera scelta, usciranno in 28mila - senza trascurare che in molti lasciano questo lavoro senza aspettare l'età di quiescenza e si riconvertono in "gettonisti" per le cooperative che fornisc-

sono prestazioni agli ospedali.

I sindacati fanno notare che per garantire personale alle future ca-

se di comunità non è necessario cambiare il contratto di lavoro. Nell'ultimo Accordo collettivo nazionale firmato tra il ministero e la categoria lo scorso 24 maggio è previsto che i medici di base debbano fornire complessivamente al Ssn 20 milioni di ore di servizi. Si passa dalle 38 ore a settimana garantite da chi ha meno di 400 pazienti in carico alle 6 ore per chi ne ha oltre 1.500. E una parte di questi turni, con un semplice atto amministrativo, potrebbero essere effettuati nelle strutture intermedie, senza mettere a rischio l'attuale sistema. Sia sul fronte delle cure sia su quello finanziario che regge la stabilità dell'Enpam.

**Rosario Dimito  
Francesco Pacifico**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LA CATEGORIA  
DOVREBBE  
ESSERE UTILIZZATA  
NELLE FUTURE  
CASE DI COMUNITÀ  
FINANZIATE DAL PNRR**

**NEI PROSSIMI GIORNI  
SONO ATTESE  
IN CONSIGLIO  
DEI MINISTRI  
LE NUOVE REGOLE  
PER IL SETTORE**



Uno dei 40mila studi di medici di base italiani: i pazienti pro capite dei dottori sono 1.300



# «Trattati come nullafacenti ma lavoriamo senza sosta» I dottori sono sempre meno

## IL FOCUS

ROMA «Siamo bistrattati quasi come dei nullafacenti e invece lavoriamo senza sosta». Negli studi dei medici di famiglia il telefono non smette mai di suonare. Tra richieste di ricette, visite urgenti e certificati da stampare, il tempo non basta mai. Intanto, i pazienti aumentano sempre di più, mentre invece di giovani disposti a fare questo lavoro ce ne sono pochi.

Secondo gli ultimi dati dell'Istat, oggi si contano solo 6,7 medici generici per 10mila abitanti e rappresentano il 15,7% dei medici totali. Circa il 77% ha 55 anni e più, inoltre il loro numero è diminuito di oltre 6mila unità in dieci anni, da 45.437 nel 2012 a 39.366 nel 2022; il numero di assistiti pro-capite è aumentato da 1.156 nel 2012 a 1.301 nel 2022.

## GLI ACCESSI

«Nell'immaginario collettivo noi siamo quelli che lavorano 3 ore al giorno e guadagnano un sacco di soldi - spiega Pina Onotri, segretario generale del Sindacato medici italiani (Smi) - Ma se così fosse non ci capisce perché i giovani medici non vogliono più farlo. Forse perché è un lavoro che non conosce più orari, lavoriamo non solo in front office, non c'è mai fine alla quantità di lavoro che abbiamo, e al carico burocratico. Ma il nostro

datore di lavoro è il cittadino, noi siamo medici di libera scelta. Se non soddisfa l'esigenza, siamo sottoposti a un giudizio giornalmente».

In effetti, stando ai dati del rapporto Oasi dell'Università Bocconi, si stimano una media di 75 accessi al giorno, all'anno, per studio medico. Quindi, moltiplicato per 40mila studi dei medici, circa 3 milioni di accessi al giorno (4 milioni durante il periodo influenzale), 750 milioni di accesso all'anno. «Mi devono quindi spiegare - ribadisce Onotri - come pensano di sopprimere a questa mole enorme di lavoro con le case di comunità». Le difficoltà che affliggono questi camici bianchi sono note da tempo. «La carenza dei medici di famiglia è annunciata già da 15 anni, visto che si prevedeva un grosso pensionamento - ricorda Alessandro Dabbene, vice segretario nazionale della Fimmg (la Federazione italiana dei medici di medicina generale) - Un numero di borse di studio doveva essere incrementato già prima del Covid». E così oggi a pagarne le conseguenze sono i pazienti rimasti senza un medico di famiglia. «Rispetto a un ottimale nazionale - ribadisce Dabbene - possiamo dire che in questo momento mancano 5mila colleghi. I pazienti vanno a

saturare i medici che ci sono, il numero medio è più alto, e ovviamente sono aumentati i carichi di lavoro dei medici. E questo è uno dei motivi di abbandono precoce».

## LA MIGRAZIONE

Eppure, nonostante i carichi burocratici, i medici di famiglia non vogliono diventare medici dipendenti. «La libera professione dimostra di essere molto efficace - spiega il vicesegretario della Fimmg - Riusciamo ad avere molti risultati ad un costo più basso. Non essere all'interno di una organizzazione come quella ospedaliera ci consente di avere un rapporto più prossimo, nei circa 40mila studi presenti in Italia. Con un rapporto di dipendenza dovremmo andare a lavorare in centri concentrati, il che vorrebbe dire allontanare la figura del medico dal paziente». Eppure qualcuno sembrerebbe tentato di cambiare status lavorativo. «Intanto abbiamo bisogno di portare a regime il nostro lavoro in sedi organizzate e capillari per mantenere la prossimità - rimarca Dabbene - Purtroppo, il fatto di essere in un momento di stanchezza fa pensare che possa essere la dipendenza un luogo dove avere una migliore qualità di vita. Ma è un enorme abbaglio. Non è un caso se sono più gli ospedalieri, e non i medici di famiglia, che decidono di abbandonare il pubblico per andare a fare i gettonisti».

Graziella Melina

**BOCCONI: «IN MEDIA  
3 MILIONI DI ACCESSI  
OGNI GIORNO PER OGNI  
STUDIO», I SINDACATI:  
«MANCANO ALMENO  
5MILA COLLEGHI»**

**IN DIECI ANNI MALATI  
AUMENTATI DEL 13%,  
MA CI SONO SOLO  
6,7 PROFESSIONISTI  
OGNI 10MILA ABITANTI  
IL 77% È OVER 50**



14 gen  
2025

## LAVORO E PROFESSIONE

S  
24

# I contratti collettivi e il tempo indefinito per i rinnovi. Le logiche di Zangrillo e le ragioni di Grasselli (Fvm)

di Stefano Simonetti

La lettera aperta al ministro della Pa Zangrillo del Presidente della FVM Aldo Grasselli, pubblicata il 9 gennaio scorso sul sito, è quanto di più ineccepibile e puntuale, ma nel contempo pacato e ironico, che si potesse scrivere. La situazione è davvero surreale: frasi come “con i tempi giusti”, “grande risultato”, “dare continuità al pubblico impiego” e vantarsi addirittura di contratti firmati con anni di ritardo non sono un segnale

incoraggiante. C'è quasi da rimpiangere quello che accadde nel 2010, quando il Governo Berlusconi bloccò improvvisamente per tre anni la contrattazione collettiva nel pubblico impiego per fare cassa. Almeno il decreto Tremonti manifestò esplicitamente le intenzioni (art. 9, comma 17, del DL 78/2010) e basterebbe quella frase “senza possibilità di recupero” a testimoniare l'invasività di una politica che proprio in quel momento iniziò ad utilizzare il pubblico impiego come un bancomat.

Oggi si è persa anche la franchezza di ammettere la stessa identica conseguenza per più di tre milioni di lavoratori: il salto a piè pari di una tornata contrattuale che quindici anni fa venne attuato formalmente per



legge mentre oggi si realizza subliminalmente attraverso fatti concludenti o sarebbe meglio dire “non” fatti. Il blocco della contrattazione venne raddoppiato per altri tre anni e solo una sentenza della Corte costituzionale (n. 178/2025) riuscì a far riattivare il regolare ciclo negoziale, peraltro non senza fatica perché tra la data di pubblicazione della sentenza (29.7.2015) e la stipula del successivo contratto collettivo della dirigenza sanitaria (19.12.2019) passarono quattro anni e mezzo.

Forse può essere utile un veloce recap sulla contrattazione collettiva, perché da molte dichiarazioni sembrerebbe che alcuni elementi fondanti siano sconosciuti o ignorati. La contrattazione collettiva, sia nel settore del lavoro privato che nel pubblico impiego, è regolamentata dall’Accordo quadro degli assetti contrattuali del 22 gennaio 2009 che sostituì il precedente Protocollo del 23 luglio 1993. Voluto dal Governo Berlusconi IV e firmato da tre Ministri, cinque Confederazioni sindacali (la Cgil non firmò) e 19 associazioni datoriali, il testo è costituito da 19 punti estremamente dettagliati dei quali si sintetizzano i più rilevanti: 3 anni sia per la parte normativa che per la parte economica; introduzione di un indicatore della crescita dei prezzi al consumo assumendo per il triennio - in sostituzione del tasso di inflazione programmata - un nuovo indice previsionale costruito sulla base dell’Ipca (l’indice dei prezzi al consumo armonizzato in ambito europeo per l’Italia); nel triennio successivo recupero del delta tra Ipca e inflazione reale; rinnovo tacito se non disdetto. Successivamente, il 30 novembre 2016 la Ministra per la PA Madia e le tre Confederazioni firmarono un Protocollo che diede di fatto il via alla stagione dei rinnovi contrattuali dopo ben sette anni. In quel documento non vengono affatto modificati gli “assetto contrattuali” del precedente del 2009 ma si definiscono alcuni aspetti che apparivano necessari per attenuare la eccessiva rigidità del d.lgs. 150/2009, il cosiddetto “decreto Brunetta”.

Nel primo Ccnl dei medici e veterinari (la ex Area IV), risalente al lontano 1996, si legge nell’art. 3, comma 3, lettera a), del CCNL del 5.12.1996: “In coerenza con il carattere privatistico della contrattazione, essa si svolge in conformità alle convenienze e ai distinti ruoli delle parti e non implica l’obbligo di addivenire ad un accordo salvo quanto previsto dall’art. 49 del d.lgs. 29/1993”. Il principio informatore che ne discende è che contrattare è un obbligo, concludere no. Nessuno quindi può determinare o contingentare i tempi della stipula mentre quello che è inaccettabile è che la trattativa non inizi nei tempi prescritti che, fino a prova contraria, sono esattamente in sequenza cronologica con la scadenza del contratto precedente senza alcuna interruzione. Dove è scritto e a quale logica risponde il fatto che dopo la stipula di un contratto devono passare tempi infiniti per il successivo rinnovo, anche se si riferisce ad un triennio ormai scaduto? L’unica logica è quella di cassa, del prendere tempo, dell’eterno rinvio di atti dovuti. Si potrebbe rispondere che non ci sono i soldi e che la legge di bilancio deve

preventivamente stabilire gli importi degli aumenti contrattuali. Ma, in realtà, entrambe le affermazioni costituiscono un alibi che depista dalla realtà e non tiene conto che quelle stesse risposte si fondano su due equivoci.

Riguardo alla presunta liquidità mancante, va ricordato che le risorse finanziarie per gli aumenti contrattuali - contrariamente alle amministrazioni centrali per le quali vengono stanziati direttamente da Bilancio dello Stato - devono essere accantonate nei bilanci delle aziende sanitarie in ottemperanza all'art. 48, comma 2, del d.lgs. 165/2001 e ai principi contabili vigenti; quindi i soldi "devono" esserci. Se gli accantonamenti non vengono fatti correttamente, allora si tratta di una criticità del tutto diversa. Ma, a quest'ultimo proposito, nel Referto della Corte dei conti sul testo contrattuale dell'Area Sanità (deliberazione delle sezioni riunite n. 34 del 2.5.2024, paragrafi 19-21) viene detto esplicitamente che "Le amministrazioni sono poi sottoposte al vincolo dell'accantonamento degli oneri contrattuali.

A tale proposito, nel primo Atto di indirizzo, il Comitato di Settore ha ribadito l'obbligo per gli enti del Ssn di provvedere a effettuare l'accantonamento degli oneri contrattuali nei rispettivi bilanci di previsione. Tale obbligo era stato introdotto dall'art. 9, comma 1 del DL n. 203 del 2005, convertito nella legge n. 248 del 2005. L'obbligo è stato riconfermato anche dall'art. 2, comma 17, della legge n. 191 del 2009. Il rappresentante del Mef ha dichiarato che il Tavolo predetto ha verificato positivamente gli esiti del controllo degli accantonamenti per i rinnovi contrattuali per il triennio 2019-2021. È stato, inoltre, dichiarato che le verifiche condotte dal Tavolo negli ultimi dieci anni hanno sempre confermato l'ordinato accantonamento da parte dei singoli enti degli oneri contrattuali.

Per ciò che concerne il secondo alibi, per la quantificazione delle risorse è sufficiente rispettare i criteri dell'Accordo quadro del 2009 e fare riferimento all'Ipca che viene definito dall'Istat in tempo reale. Anzi, corre l'obbligo di segnalare che questo indice inflattivo è calcolato al netto dei beni energetici e, per i pubblici dipendenti, non è prevista la specifica tutela relativa al recupero dell'inflazione nello stesso triennio di cui al punto 2, sesto alinea, dell'Accordo.

Quindi sono esigibili tutti gli elementi necessari per aprire le trattative senza alcuna soluzione di continuità tra i trienni contrattuali. Per fare un esempio: dopo la stipula del Ccnl del 19 dicembre 2019 - che riguardava il triennio 2016/2018 - cosa impediva di iniziare le trattative il 2 gennaio 2020 (e non il 2 febbraio 2023, come è invece avvenuto), visto che il triennio in questione era già a un terzo della sua durata, che l'Ipca era calcolabile, che le risorse dovevano essere state accantonate e che la disdetta del Ccnl e la presentazione delle piattaforme sindacali erano due passaggi disciplinati nel dettaglio dal contratto dall'art. 2, commi 4 e 5, dell'allora vigente Ccnl del

19.12.2019? Nel citato comma 5 si precisava un aspetto che appare oggi distopico: non ci si deve stupire più di tanto di questo disallineamento temporale ma quanto si legge nei commi 4 e 5 di questa clausola suonava veramente bizzarro: infatti, in applicazione di tali clausole la disdetta avrebbe dovuto già essere attiva e le piattaforme dovrebbero essere già state presentate alla data della stipula: cioè, si sarebbe dovuto disdettare un contratto prima ancora di averlo firmato.

Il sistema si è così deteriorato nel tempo che la formula utilizzata per vent'anni è stata integrata nell'ultimo contratto collettivo con le parole "o, se firmato successivamente a tale data, entro tre mesi dalla sua sottoscrizione definitiva", evidente segnale di una malcelata excusatio non petita. Se il contratto 2019/2021 si fosse chiuso a febbraio 2022 invece che a settembre 2023, l'incremento del 3,78% - coerente con l'Ipca riferito al triennio - avrebbe avuto un impatto completamente diverso rispetto a mettere in busta paga gli aumenti in un momento storico in cui l'inflazione era a due cifre. Oltretutto, nel triennio successivo si sarebbe dovuto recuperare il delta tra l'Ipca 2019/2021 e l'inflazione realmente intervenuta, come dice chiaramente l'Accordo del 2009. Ipotesi fantasiosa? Credo proprio di no, se si fosse applicato correttamente l'Accordo del 2009; nondimeno, se queste regole sono considerate obsolete e non più sostenibili, allora l'accordo va disdettato per il pubblico impiego e aggiornato. Non va infine ignorato che la stessa legge ipotizza che un contratto collettivo possa essere firmato in poche settimane: l'art. 47-bis del d.lgs. 165/2001 al comma 2, disciplinando l'erogazione dell'anticipazione afferma che "in ogni caso a decorrere dal mese di aprile dell'anno successivo alla scadenza del contratto collettivo nazionale di lavoro, qualora lo stesso non sia ancora stato rinnovato ...." e queste ultime parole sono esemplari di una eventualità assolutamente possibile.

In conclusione, aderendo all'idea di Aldo Grasselli di donare un calendario al Ministro Zangrillo, si potrebbe unire al regalo anche un testo dell'Accordo del 2009, elegantemente rilegato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



14 gen  
2025

LAVORO E PROFESSIONE

S  
24

## Sindacati: Fnomceo rispetti i ruoli e non confonda le rispettive prerogative

“La commistione dei ruoli tra Ordini professionali e Sindacato è molto confusiva e indebolisce le rispettive prerogative, perché inevitabilmente segue logiche di difesa delle corporazioni, invece degli interessi generali, delegittimando il ruolo di rappresentanza del mondo del lavoro e perché segue interessi di parte che troppo spesso esulano dalla difesa della salute dei cittadini”.

Lo dichiarano Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale Aaroi-Emac, Roberta Di Turi, Coordinatrice Nazionale FASSID, Andrea Filippi, Segretario Nazionale Fp Cgil Medici e Dirigenti SSN e Roberto Bonfili, Coordinatore Nazionale Uil Fpl Medici, a commento dell’annuncio del Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, Filippo Anelli di farsi capofila di una vertenza tutta sindacale.

“La FNOMCeO è la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri che rappresenta l’intera comunità medica italiana con un ruolo ben preciso che, tuttavia, il suo Presidente talvolta pare non aver ben chiaro, come da ultimo con alcune sue dichiarazioni sui media, a fronte delle quali il Ministro della Salute Prof. Orazio Schillaci non ha potuto far a meno di ricordare che la FNOMCeO non è un sindacato e non dovrebbe agire come tale.

Sebbene si apprezzi l’impegno del Presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli, nel voler portare all’attenzione dell’agenda politica le criticità che affliggono la sanità italiana hanno sempre destato perplessità le sue incursioni in tematiche prettamente sindacali come non poche volte è avvenuto in tema di



contratto di lavoro (che peraltro annovera anche dirigenti sanitari che professionalmente afferiscono ad altre Federazioni Ordinarie), mentre oggi si sono spinte ad avvisare che “si va verso lo sciopero”, entrando a gamba tesa su una prerogativa che con la rappresentanza ordinistica, tantomeno nazionale, nemmeno confina” incalzano i Dirigenti sindacali.

“Va precisato che, nella peggiore delle prospettive aziendalistiche ed autoritarie, da anni i Governi hanno messo in campo politiche di disintermediazione del ruolo dei sindacati per avere mano libera sull’organizzazione dei servizi e del lavoro a danno dei professionisti.

In questa traiettoria rischia di inserirsi, questa continua invasione di campo dell’Ordine che di fatto collude con la controparte, che, in uno schema di relazioni confuse e confusive, può scegliersi l’interlocutore più collaborativo” precisano i Dirigenti sindacali.

“Il rispetto dei ruoli è fondamentale per esercitare con forza e autorevolezza le prerogative sindacali necessarie per un confronto paritario con il Governo e con le Regioni. Per questo richiamiamo tutte le organizzazioni sindacali alla massima attenzione per non indebolirci, in un connubio che nella confusione dei ruoli mina l’autorevolezza di entrambe le parti.

In una fase di profonda crisi del SSN è fondamentale avere chiarezza e autorevolezza sindacale sui temi che stanno caratterizzando le nostre diffuse assemblee: revisione dell’organizzazione dei servizi sociosanitari per una presa in carico integrata delle persone, revisione della formazione dei professionisti con l’introduzione del contratto formazione lavoro, migliori condizioni di lavoro per ridare attrattività ai servizi pubblici e maggiore coinvolgimento dei cittadini nelle politiche sanitarie delle comunità” continuano i Dirigenti sindacali.

“Nel frattempo stiamo chiedendo con forza l’avvio delle trattative per il rinnovo di un contratto ormai scaduto e l’equa distribuzione delle risorse per l’indennità di specificità che a tutt’oggi penalizzano i Dirigenti Sanitari, questioni urgenti e delicatissime per le quali abbiamo bisogno della massima autorevolezza e credibilità. La situazione è complessa, gli impegni sono tanti, non possiamo permetterci di annacquare il nostro lavoro nella confusione dei ruoli.

Ognuno si assuma i suoi compiti e le sue responsabilità, senza commistione che confondono e indeboliscono i ruoli, per finalità che esulano dagli interessi dei lavoratori e dei cittadini.

Pertanto – concludono Aaroi-Emac, Fassid, Fp Cgil Medici e Dirigenti SSN e Uil Fpl Medici –, pur ribadendo l’apertura al dialogo, chiediamo al Presidente Anelli di rispettare i confini del suo ruolo, mantenendo l’equilibrio e l’imparzialità che il suo mandato richiede”.

14 gen  
2025

## AZIENDE E REGIONI

S  
24

# Manovra/ Aziende Ssn: l'affrancamento delle plusvalenze di terreni e partecipazioni sarà possibile (ma poco conveniente) anche nel 2025

di Roberto Caselli

La Legge di bilancio appena approvata (Legge 30 dicembre 2024, n. 207, G.U. del 31 dicembre 2024) prevede (art. 1, comma 30) la ventiduesima riapertura dei termini per l'affrancamento delle plusvalenze di terreni e di partecipazioni. Ormai la riapertura è una certezza su cui si può fare affidamento, qualunque sia il Governo in carica...

La modifica dell'art. 5 della Legge 28 dicembre 2001, n. 448, che nella sostanza è un "copia-incolla" delle modifiche apportate con la Legge di bilancio 2024, contiene due sole novità: l'aliquota dell'imposta sostitutiva, quest'anno del 18% dopo un biennio al 16% (e pensare che si era partiti dal 4%...) e la scadenza del pagamento: 30 novembre.

La norma consentirà pertanto anche agli enti non commerciali, ivi comprese le aziende del Ssn, l'affrancamento (vale a dire la sterilizzazione fiscale) delle eventuali plusvalenze maturate, sia sui terreni edificabili sia su quelli con destinazione agricola, posseduti alla data del 1 gennaio 2025, che non rientrano fra quelli utilizzati nella sfera commerciale.

Quest'anno ci sarà più tempo: l'affrancamento si potrà realizzare con il



pagamento, entro il 30 novembre, di un'imposta sostitutiva sul valore di mercato al 1 gennaio 2025, desunto da una perizia giurata redatta, entro lo stesso termine del 30 novembre, da iscritti agli albi degli ingegneri, degli architetti, dei geometri, dei dottori agronomi, degli agrotecnici, dei periti agrari, dei periti industriali edili e dai periti camerali.

Esiste anche quest'anno, anche se di scarso interesse per le aziende del Ssn, la possibilità di affrancare anche le plusvalenze su titoli, quote o diritti ( con riferimento all'art. 67 comma 1 lettere c) e c- bis) del Tuir). In questo caso, può essere considerato, in luogo del costo o valore di acquisto, la media aritmetica dei prezzi rilevati nel mese di dicembre 2024.

L' aliquota dell'imposta sostitutiva , uguale per ognuna delle fattispecie considerate , è stata aumentata al 18 %. L'importo sarà rateizzabile in due o tre esercizi, a decorrere dal 30 novembre 2025, in rate annuali, di pari importo; non risulta variato il tasso di interesse ( 3%) sulle rate successive alla prima.

Le modalità per usufruire dell'affrancamento delle plusvalenze (illustrate dall'Agenzia delle Entrate con la circolare del 4 agosto 2004 , n. 35/E, con riferimento alla proroga di cui alla Finanziaria 2004), da prendere in considerazione qualora un'azienda sia proprietaria di aree per le quali sia stata prevista la vendita in un futuro più o meno lontano, sono le stesse previste nei provvedimenti precedenti.

L'interesse ad avvalersi del beneficio era frequente quando l'aliquota dell'imposta sostitutiva del primo provvedimento era del 4% e si confrontava con l'aliquota Ires ordinaria del 36%, mentre è assai ridimensionato ora che l'aliquota è passata al 18% a fronte di un'aliquota ordinaria del 24%; il risparmio di imposta rispetto al trattamento ordinario potrebbe non coprire neanche le spese della perizia; nel caso invece delle aziende ospedaliere, alle quali è riconosciuta l'aliquota agevolata del 12%, è da escludere del tutto l'interesse al provvedimento.

Il confronto, naturalmente, non dovrà essere effettuato solo fra le aliquote, ma soprattutto tenendo conto delle diverse basi imponibili. Esempio: costo di acquisto 30, valore mercato 100, plusvalenza maturata 70. Tassazione ordinaria  $70 \times 24\% = 16,80$ . Tassazione con affrancamento  $100 \times 18\% = 18$ .

© RIPRODUZIONE RISERVATA

14 gen  
2025

DAL GOVERNO

S  
24

## Pnrr/ Schillaci, missione Salute in linea con Piano e 8% anziani assistiti a casa

di Radiocor Plus

«Con le risorse della Missione Salute del Pnrr stiamo realizzando case della comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali. Siamo in linea con gli obiettivi del Piano e anche per quanto riguarda l'assistenza domiciliare abbiamo già raggiunto l'8% di nuovi assistiti over 65. Ed è fondamentale l'innovazione: grazie alla telemedicina, che permette ad esempio di eseguire a distanza visite di controllo e il monitoraggio dei parametri vitali dei pazienti, possiamo facilitare i percorsi di cura e assistenza soprattutto agli anziani e ai malati cronici». Lo ha detto il ministro della Salute Orazio Schillaci intervenendo a Roma all'evento di presentazione dei risultati del [Programma Pnrr di ricerca Age-it](#), in cui è stata proposta la creazione di un Istituto italiano per il futuro della popolazione. «Con la rimodulazione del Pnrr - ha ricordato ancora Schillaci - abbiamo aumentato di 500 milioni le risorse per la telemedicina portando a 300mila il numero di persone che verranno assistite con questi strumenti innovativi. Il Pnrr - ha affermato poi - apre interessanti prospettive anche sul fronte della ricerca, come dimostra anche il programma Age-It che guarda ai diversi aspetti legati alla demografia anche con un'analisi inedita



sull'impatto della Procreazione medicalmente assistita sulle nascite in Italia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

14 gen  
2025

DAL GOVERNO

S  
24

## Anziani, il ministero benedice la proposta di un Istituto italiano sull'invecchiamento. Il punto su Age-it finanziato dal Pnrr

Creare l'Istituto italiano sull'Invecchiamento I3 per affrontare l'eccezionale sfida demografica dell'Italia e dare al Paese una visione del futuro della popolazione e soluzioni innovative per essere competitivo sullo scenario globale, sostenibile e in salute, inclusivo per tutte le età e con il giusto equilibrio intergenerazionale. È questo il senso dell'incontro che si è svolto ministero della Salute alla presenza del

Ministro, Orazio Schillaci, della viceministra del lavoro e delle politiche sociali, Maria Teresa Bellucci, di Monsignor Vincenzo Paglia, Presidente Pontificia Accademia per la Vita e Presidente della Fondazione Età Grande, della Rettrice dell'Università di Firenze, Alessandra Petrucci e di esponenti delle istituzioni, dell'università e della ricerca.

Nonostante la peculiarità demografica e malgrado i traguardi raggiunti negli studi sulla longevità, l'Italia difetta di un centro scientifico di eccellenza sulla ricerca e la raccolta dati, sulla prevenzione e l'invecchiamento attivo, sull'analisi multidisciplinare di soluzioni e il disegno di politiche d'intervento. Francia, Gran Bretagna, Germania, Portogallo, Paesi Bassi e quasi tutti i Paesi europei hanno un'istituzione dedicata. Una nazione giovane come il Canada ne ha fondato uno più di 20 anni fa e quello



statunitense, il National Institute on Aging (NIA), è un punto di riferimento per tutti da mezzo secolo.

«Ci siamo chiesti se fosse possibile partire da un approccio diverso: vedere la trasformazione in atto anche come un'opportunità e non solo come uno scenario negativo e abbiamo pensato di costruire qualcosa che potesse essere un riferimento a livello nazionale e internazionale» ha dichiarato Alessandra Petrucci. A fare da premessa e intelaiatura scientifica alla creazione dell'Istituto italiano sull'Invecchiamento I3 è stato il lavoro portato avanti da Age-It, il programma di ricerca guidato dall'Università di Firenze e finanziato dal Pnrr: la più importante ricerca mai fatta in Europa sul futuro della popolazione con più di 800 ricercatori, una rete di oltre 20 atenei che va da Nord a Sud, centri di ricerca, aziende e istituzioni. «Ma dobbiamo anche contrastare l'ageismo e dare un senso nuovo agli anni in più che ci sta regalando la scienza. Se gli anziani vengono considerati sostanzialmente inutili, in una società fatta soprattutto di anziani ci rassegniamo all'idea che il futuro del nostro Paese sia inutile. È una prospettiva inaccettabile che va ribaltata» ha spiegato ancora la Rettrice.

«L'invecchiamento è una tematica cruciale e la creazione di un Istituto Italiano sull'Invecchiamento può contribuire ad affrontare le sfide che abbiamo davanti dovute all'andamento demografico e all'impatto sociale e sanitario che ne deriva. L'invecchiamento attivo è stato uno dei temi portanti del G7 della salute. Il futuro della popolazione italiana al centro anche del lavoro di Age-It è una responsabilità che chiama in causa tutti» ha dichiarato nel suo intervento il Ministro della Salute, Orazio Schillaci.

«La Riforma in favore delle persone anziane, voluta dal Governo Meloni e varata in tempi record, è un testo storico, che ha colmato un vuoto legislativo andando a riconoscere i diritti dei 14 milioni di anziani che vivono in Italia – ha affermato Bellucci –. Oggi, attraverso il Comitato interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana (Cipa), di cui sono delegata a presiedere i lavori, come Governo portiamo avanti il nostro impegno per la programmazione di efficaci politiche nazionali in favore dei nostri anziani, con particolare attenzione ai fragili e ai non autosufficienti. L'Italia è infatti la prima Nazione in Europa per popolazione anziana e questo dato di realtà ci spinge a lavorare con determinazione affinché ciascuno possa vivere in modo dignitoso questa preziosa stagione della vita. La sfida demografica, quindi, rimane tra i temi in cima all'agenda del nostro Governo, e certamente la creazione dell'Istituto italiano sull'invecchiamento può essere uno strumento efficace per avere una visione del fenomeno più attenta e complessiva».

### **Le dieci aree di ricerca**

Dieci gruppi di lavoro (spoke) con dieci aree di ricerca hanno presentato i risultati dei loro studi e le loro proposte innovative: dalla demografia, che ha analizzato per la prima volta l'impatto della Procreazione medicalmente



assistita (Pma) sulle nascite in Italia anche alla luce dei Lea che oggi prevedono la copertura per numerose prestazioni per la procreazione; all'intelligenza artificiale utilizzata per prevedere i fattori di decadimento cognitivo; dall'impatto dell'inquinamento sulle patologie neurologiche degli anziani alle mutazioni del mercato del lavoro nel Paese con meno giovani in Europa; dalle sperimentazioni terapeutiche per contrastare l'invecchiamento cellulare alle proposte per la sostenibilità del sistema previdenziale; dal ripensamento dell'assistenza ai non autosufficienti, alla formazione dei caregiver e alla tutela della loro condizione psicologica. E poi nuove evidenze in tema di dieta, esercizio fisico, stimolazione cognitiva, socializzazione e controllo dei fattori di rischio vascolari, innovative soluzioni per ripensare case e spazi urbani, un nuovo approccio del mercato che valorizzi la silver economy e l'esordio dell'indice di giustizia intergenerazionale che misura lo sbilanciamento a favore dei diversi gruppi sociali in Italia e nella Ue.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Lo studio*

# Obesi ma non troppo “Dall'affanno al girovita ecco i nuovi criteri che ci fanno più magri”

La bilancia non basta per valutare l'eccesso di peso. La ricerca di Lancet: “Così capiamo chi è malato davvero e ha bisogno delle medicine”

di **Elena Dusi**

**ROMA** – «L'obesità è un problema abbandonato a se stesso. È una condizione così seria, con oltre un miliardo di persone coinvolte, che non merita la semplificazione alla quale è relegata oggi». Per Francesco Rubino, che insegna chirurgia metabolica e bariatrica al King's College London, il primo passo per offrire rilevanza all'obesità è definirla. Il chirurgo ha guidato per 3 anni una commissione di esperti che ha redatto un documento di 42 pagine pubblicato dalla rivista *The Lancet*: “Definizione dell'obesità clinica”.

Il punto di partenza è che l'indice di massa corporea sopra a 30 – la definizione attuale – non dice molto. Il tradizionale rapporto fra peso e quadrato dell'altezza per *Lancet* «può sovrastimare o sottostimare l'adiposità e fornire informazioni inadeguate sulla salute». Una persona sotto a 30 può avere organi danneggiati e uno sopra a 30 essere muscoloso.

Per definire una persona con obesità bisogna guardare l'eccesso di grasso e dove è distribuito: se negli arti o sottopelle l'effetto è meno grave rispetto all'addome. La percen-

tuale di massa grassa può essere misurata dalle bilance o con test medici. In alternativa esistono tre calcoli fai da te: circonferenza dell'addome maggiore di 102 centimetri per gli uomini e 88 per le donne, rapporto fra circonferenza della vita e dell'addome superiore a 0,9 per gli uomini e 0,85 per le donne, rapporto fra circonferenza dell'addome e altezza maggiore di 0,5 per entrambi i sessi. Avere almeno due criteri (o uno più l'indice di massa corporea sopra a 30) fa rientrare nell'obesità.

Non basta ancora: i numeri possono far rientrare una persona nell'obesità. «Ma una malattia è tale se ha manifestazioni cliniche» prosegue Rubino. Bisogna allora distinguere chi va definito malato e chi no, separando i cosiddetti obesi clinici da quelli preclinici. *Lancet* suggerisce 18 criteri, fra cui affanno, scompenso cardiaco, dolore a ginocchia e anche, difficoltà nei gesti quotidiani, danni a reni, fegato, apparato riproduttivo e disordini metabolici.

Salire sulla bilancia, come facciamo da sempre, è sicuramente più facile. Oggi però nella lotta all'obesità

sono entrati giocatori di peso. Prima la chirurgia bariatrica (che ha varie declinazioni, ma riduce la capienza dello stomaco), poi i farmaci hanno reso l'obesità affrontabile. Ozempic è solo il più famoso tra i medicinali chiamati agonisti del recettore del Gp-1. Costano 200 euro a settimana, fanno perdere fino al 15-20% del peso e quest'anno hanno ripagato le aziende con 50 miliardi: oltre tutti i vaccini Covid insieme. Non sono andati oltre solo perché l'offerta non sta al passo con la domanda.

«Ascoltavo un servizio alla *Bbc*» racconta Rubino. «Offrire i farmaci a tutte le persone con obesità secondo la definizione tradizionale farebbe spendere al sistema sanitario inglese 10 miliardi di sterline all'anno: metà del suo budget». Per decidere chi trattare e chi no serve un criterio di gravità. *Lancet* ha cercato di colmare il vuoto, lasciando la scelta del-



la cura ai singoli medici e “combat-  
tendo lo stigma”, visto che l’ambien-  
te di oggi viene definito “obesoge-  
no” e le diete (secondo uno studio  
del 2022 dell’università di Cardiff)  
falliscono in 3 casi su 4. L’obesità  
preclinica è considerata fattore di ri-  
schio, da affrontare caso per caso.

Poco, nel documento, si troverà  
sulle cause dell’eccesso di peso, defi-  
nite varie e poco chiare. «Faccio il  
chirurgo da 25 anni. Ho operato per-

sone con obesità grave che mangia-  
vano assai meno di me» spiega Rubi-  
no. «Di fronte a una persona che ha  
la salute compromessa il medico de-  
ve cercare una cura, non giudicare.  
Altrimenti non tratteremmo nem-  
meno i tumori del polmone».



## Come cambia la misurazione dell’obesità

### I criteri attuali

Indice di massa corporea superiore a 30

L’indice di massa corporea si calcola dividendo il peso  
in chilogrammi per la statura in metri al quadrato



### La nuova proposta di Lancet

Due tipologie:

**A** **Obesità preclinica**  
Non causa danni agli organi

**B** **Obesità clinica**  
Con danni agli organi, ha bisogno di terapia medica

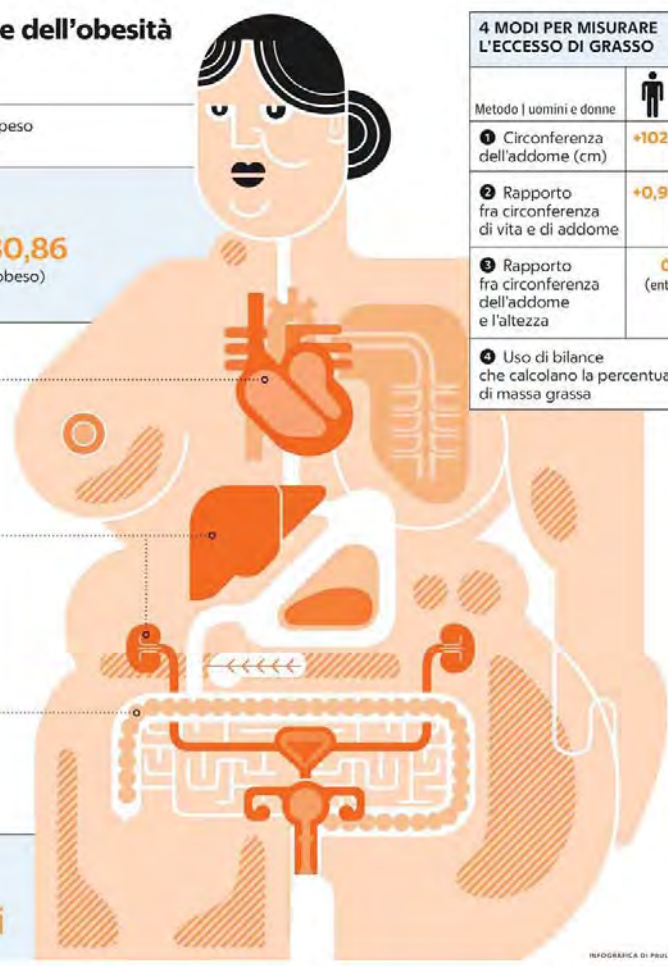
#### I segni dell’obesità clinica

Affanno nel respirare

Danni ad alcuni organi o funzioni: cuore, polmoni, reni, fegato, metabolismo

Limiti nei movimenti e nelle attività quotidiane

Dolore costante alle articolazioni, soprattutto ginocchia e anche



4 MODI PER MISURARE L’ECESSO DI GRASSO		
Metodo   uomini e donne	♂	♀
1 Circonferenza dell’addome (cm)	+102	+88
2 Rapporto fra circonferenza di vita e di addome	+0,9	+0,85
3 Rapporto fra circonferenza dell’addome e l’altezza	0,5 (entrambi)	
4 Uso di bilance che calcolano la percentuale di massa grassa		

FORTE: THE LANCET

### Chi ne soffre

Oltre **1 miliardo** di persone nel mondo

**5-6 milioni** in Italia

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



## L'intervista

# “Adesso la partita si sposta sui farmaci”

**ROMA** – «Un lavoro di cui si sentiva il bisogno. Da anni si dibatte sullo status dell'obesità come malattia e si cerca una definizione più precisa rispetto all'indice di massa corporea». Il voluminoso rapporto di *Lancet* sull'obesità clinica lascia però delle domande insoddisfatte secondo Lucio Gnessi, docente all'università La Sapienza di Roma e responsabile del centro di alta specializzazione per la cura dell'obesità al Policlinico Umberto I.

### A cosa si riferisce?

«Si indica giustamente l'eccesso di tessuto adiposo come punto di partenza per la definizione di obesità. Non viene però fornito un valore soglia. Nel diabete ad esempio esiste un livello della glicemia che funge da discriminante ed è ben misurabile. Per l'obesità questi limiti restano un po' sfumati».

### Si lascia spazio al parere del

### medico nel giudicare se l'obesità ha causato un danno a un organo.

«Nella realtà sono davvero poche le persone con obesità che non hanno o non svilupperanno presto un danno d'organo. La situazione che la commissione di *Lancet* descrive come obesità preclinica mi sembra un po' lasciata nel limbo. Si consiglia una sorta di vigile attesa, puntando a ridurre il rischio con dieta ed esercizio fisico, tenendo i farmaci in seconda linea. Tornando al paragone con il diabete, una persona con la glicemia alta può essere trattata con i farmaci anche se non ha un danno d'organo».

### I farmaci per l'obesità e il loro costo enorme non sono l'elefante nella stanza di questo discorso?

«Il documento di *Lancet* potrebbe essere tradotto un domani in linee guida per i medici e in criteri di rimborsabilità per i sistemi sanitari

pubblici e le assicurazioni. È un testo che parla ai medici, ma anche a chi si occupa di politica sanitaria e dovrà decidere come affrontare una spesa che si prospetta in aumento. Ma sono sicuro che il dibattito non finirà con il documento di *Lancet*. Ci sarà ancora molto da discutere». – **e.d.**



**Docente**  
Lucio Gnessi  
insegna  
all'università  
La Sapienza  
di Roma



La rivista medica inglese "Lancet" pubblica lo studio di 56 esperti: il sovrappeso va considerato una patologia grave. Un miliardo le persone affette, è la quinta causa di morte. Al Policlinico Gemelli l'eccellenza per la cura

# Nella lotta all'obesità serve una rivoluzione

## LA RICERCA

**L**pazienti lo chiedono da anni. I politici lo promettono, ma aspettano a dare il via libera. I ricercatori, in qualche modo, risolvono la questione. Firmano uno studio in cui, scientificamente, viene provato perché l'obesità non sia solo un fattore di rischio, ma una vera patologia cronica, progressiva e recidivante.

Colpisce oltre un miliardo di persone nel mondo, sei milioni solo in Italia. Sovrappeso grave e obesità rappresentano la quinta causa di morti globali. E nonostante la drammaticità di questi dati, l'obesità, in Italia, e nell'Europa intera, non è riconosciuta dal servizio sanitario nazionale come malattia cronica non trasmissibile a sé stante, anche se è in corso l'iter parlamentare per il riconoscimento.

## LE MISURE

Perdere peso, infatti, per le persone con obesità è tutt'altro che semplice. L'eccesso di peso è influenzato da diversi fattori: biologici, genetici e ambientali. Per questo le modifiche dello stile di vita non sempre sono sufficienti a produrre risultati che migliorino la salute nel lungo termine.

Da qui, l'importante lavoro dei ricercatori. Una commissione globale (56 esperti mondiali) ha pubblicato su *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, con l'approvazione di oltre 75 associazioni mediche a livello mondiale, un nuovo approccio: più sfumature per la diagnosi di obesità, basata su altre misure in aggiunta all'indice di massa corporea e sintomi oggettivi di cattiva salute.

«Riconoscere l'obesità come una malattia, in particolare l'obesità clinica, ossia quella accompa-

gnata da segni specifici», spiega la professoressa Geltrude Mingrone, associata di Medicina interna all'Università Cattolica del Sacro Cuore, direttrice UOC Patologie dell'Obesità del Policlinico Universitario Gemelli IRCCS di Roma, «consentirà di ridurre lo stigma associato a questa condizione tra il pubblico, i medici e i decisori politici. Questo è un passo fondamentale per definire i livelli essenziali

di assistenza e garantire un trattamento adeguato di questa patologia».

Proprio il Policlinico Gemelli è uno dei pochi centri italiani che offre l'intero ventaglio delle attuali possibilità di trattamento (psicologico, endocrinologico, dietologico, farmacologico, chirurgia bariatrica ed endoscopia bariatrica) per l'obesità (percorso.obesita@policlinicogemelli.it).

La commissione sull'obesità clinica, nel lavoro di revisione della diagnosi, raccomanda agli specialisti del mondo intero un nuovo approccio durante l'analisi del paziente. Oltre all'indice di massa corporea dovrebbero essere tenute in considerazione anche le misure del grasso corporeo come la circonferenza vita o la misurazione diretta dell'adipe per l'obesità. Vengono identificate anche due nuove categorie di obesità: obesità clinica e obesità pre-clinica. Secondo i segni oggettivi della patologia.

## LA PRESCRIZIONE

Si tratta di indicazioni che non interessano solo i medici, dal momento che aprono nuovi scenari di diagnosi e cura anche per i pazienti. Considerare l'obesità solo come un fattore di rischio e mai come una patologia, può mettere il

paziente nella condizione di sentirsi negare la prescrizione di alcune terapie. «Purtroppo, senza un riconoscimento dell'obesità come malattia cronica, i programmi di prevenzione e trattamento», spiega Iris Zani, Presidente dell'Associazione Amici Obesi (amiciobesi.it), «attualmente sono lasciati alla buona volontà delle singole strutture sanitarie regionali. Tutto dipende dalla singola iniziativa sanitaria locale. È auspicabile che, una volta varata la legge, la prima in Europa sull'obesità, le direttive consentano una programmazione

omogenea ed equa degli interventi preventivi e terapeutici. Al momento questo è l'ostacolo principale: una priorità per i pazienti».

Il lavoro dei ricercatori e la spinta che stanno dando a un nuovo profilo della malattia potranno, così, dare una spallata definitiva allo stereotipo che pesa sulle spalle delle persone con obesità. Quello del paziente sdraiato su un divano che mangia in continuazione. Ma non è questo. Piuttosto, nella maggior parte dei casi, è colui che cerca di avere una vita normale, ma l'eccesso di peso e le malattie correlate non gli permettono di farlo.

## L'ORGANO

«Le evidenze scientifiche racconta-



## I NUMERI

### 11%

Delle persone affette da obesità si ritiene normopeso, non riconoscendo il problema

### 13

Tipi di cancro sono collegati alla condizione di obesità oltre a diabete e alle malattie cardiache



### 1

Miliardo di persone obese nel mondo. Entro il 2035 metà della popolazione sarà in sovrappeso

### 6,6%

La percentuale delle persone di 18-34 anni che soffre di obesità. Tra i 35-44 anni è del 9,8%

### 67%

Delle persone in sovrappeso è iperteso. Il disturbo arriva all'87% tra chi soffre di obesità

### 38%

La percentuale degli italiani con obesità: il numero è aumentato negli ultimi venti anni

### 40,3%

La percentuale dei genitori di bambini in sovrappeso o obesi, che considera i propri figli normo peso

no una realtà molto sfumata», fa sapere Francesco Rubino del King's College di Londra e Presidente della Commissione. «Alcuni individui con obesità possono mantenere una normale funzione d'organo e un buono stato di salute globale. Mentre altri mostrano segni e sintomi di malattia grave. Considerando l'obesità solo come un fattore di rischio può portare a negare l'accesso a terapie tempestive. D'altra parte, una definizione ampia di obesità può sfociare in

un eccesso di diagnosi, e nell'uso inappropriato di farmaci e procedure chirurgiche. La nostra riformulazione riconosce, appunto, la realtà sfumata dell'obesità. E permette un trattamento personalizzato».

**Carla Massi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**CONSIDERARE QUESTO STATO SOLO COME UN FATTORE DI RISCHIO PUÒ ESCLUDERE CHI NE È AFFETTO DA PROGRAMMI DI TERAPIA E PREVENZIONE**

**LA STRUTTURA ROMANA È UNO DEI POCHI CENTRI DEL PAESE A OFFRIRE AI PAZIENTI TRATTAMENTI PSICOLOGICI, DIETOLOGICI E CHIRURGIA BARIATRICA**



La ricerca, condotta da 56 esperti e approvata da 75 associazioni mondiali, individua due tipi di obesità: clinica e pre-clinica (foto: Freepress)



# Con la memoria programmiamo il nostro futuro

Giulio Maira \*

**P**rima o poi nella vita succede a tutti. Di fronte a una decisione che non riusciamo a prendere, all'improvviso ogni tassello torna al suo posto e la soluzione appare semplice.

Un aiuto ce lo dà il "default mode network", il rumore di fondo della nostra mente, al quale dobbiamo i momenti di creatività, quelli in cui si vaga col pensiero. Ma un ruolo più importante sembra svolgerlo la memoria.

## L'AUTO

Diversamente da quanto siamo soliti pensare, la memoria non è soltanto il luogo in cui custodiamo le cose apprese. Non esiste cioè solo per conservare il vissuto e tenerlo lì, ma per rielaborarlo costantemente e renderlo utile per il futuro.

Studi recenti ci dicono che il ruolo principale della memoria sia proprio questo: programmare la nostra vita.

È come un laboratorio che dai fatti del passato fa emergere previsioni su un possibile avvenire: è una compagna che riesce ogni volta ad aiutarci. Potremmo dire con Paul Valéry che «la memoria è il futuro del

**ANCHE LA CORTECCIA ENTORINALE PARTECIPA AL PROCESSO. TUTTAVIA ESISTE UN LIMITE AI DATI CHE SIAMO IN GRADO DI IMMAGAZZINARE**

passato».

Quando la memoria ci tradisce, come succede per colpa di malattie come l'Alzheimer, è come se la vita stessa venisse meno. Sono le due facce di una facoltà geniale che, come scrive Hannah Monyer, ci scaraventa nel precipizio quando fallisce, ma, se tutto fila liscio, ci aiuta a superare noi stessi.

In questo lavoro mentale un ruolo rilevante lo ha l'ippocampo, localizzato nella profondità dei due emisferi cerebrali. In questo processo è coinvolta anche un'altra struttura, la corteccia entorinale, attaccata all'ippocampo.

## LA REGIA

Corteccia entorinale e ippocampo condividono una funzione molto importante: quella di darci la visione spaziale e scenica dei fatti che memorizziamo. Per costruire un ricordo non basta rammentare una storia: la nostra mente richiede anche un'ambientazione e una regia. Sono l'ippocampo e la corteccia entorinale, il nostro GPS biologico, che ci permettono di orientarci nello spazio e di memorizzarlo.

Per aver capito la funzione delle "grid cells" (corteccia entorinale) e delle "place cells" (ippocampo), John O'Keefe, May-Britt e Edvard Moser, nel 2014, ricevettero il Premio Nobel per la medicina e la fisiologia. Tuttavia, malgrado questi meravigliosi meccanismi, sappiamo che l'uomo non può ricordare tutto come se fosse un computer. Molti anni fa G.A. Miller, uno dei fondatori della

psicologia cognitiva, ha definito con una formula questi limiti: «Sette più o meno due», una specie di numero magico dei nostri processi di apprendimento - la cruna dell'ago della memoria che non ci permette di tenere a mente nello stesso istante troppe informazioni.

Ma ogni limite contiene un'opportunità: di fronte alla quantità di informazioni da cui siamo bombardati ogni istante, l'uomo deve capire, se vuole apprendere, ciò che è importante. Altrimenti le informazioni utili lo attraverseranno senza fermarsi.

*Professore di Neurochirurgia, Humanitas, Milano  
Presidente Fondazione Atena Onlus, Roma*

## I NUMERI

# 3-4

In anni, l'età in cui cominciano a fissarsi nella memoria i primi ricordi che resteranno vividi da adulti

# 3

I tipi di memoria: memoria sensoriale, memoria a breve termine e memoria a lungo termine

# 18-20

In anni, l'età nella quale si è più veloci a elaborare le informazioni che ci arrivano dall'esterno



Lo Shibashi fonde le antiche pratiche cinesi del Tai Chi e del Qi Gong, che si fondano su movenze simili alle arti marziali, ma più lente. In Oriente questo allenamento viene considerato un elisir di longevità

# Ritrovare l'armonia in diciotto movimenti

## LA DISCIPLINA

**D**iciotto movimenti per sentirsi meglio, fisicamente ed emotivamente; fra i trending topic nel benessere per il nuovo anno c'è lo Shibashi, l'allenamento che fonde i principi delle antiche pratiche cinesi di Tai Chi e Qi Gong, che si basano su movimenti simili alle arti marziali ma praticati lentamente, come in una meditazione dinamica. Considerato in Oriente un elisir di longevità, Shibashi in cinese significa "18 mosse", ed è una tecnica molto amata specialmente dalla generazione silver, e un ottimo training anche in età senior, perché prevede sequenze facili, che si completano in circa 15 minuti, alla portata di tutti.

## LA RICERCA

Come ha dimostrato una recente ricerca pubblicata sul portale di salute britannico AgeUK, la sequenza dei 18 movimenti, anche in età over 60 e over 70, è ottima per migliorare l'equilibrio, la coordinazione e la forza, e per aiutare a ridurre la pressione sanguigna, contri-

buendo a generare uno stato d'animo armonioso e rilassato, complice la concentrazione sulla respirazione e sulle forme (che si realizzano con i movimenti di braccia e gambe) che hanno nomi evocativi come "La colomba che spicca il volo", "Dissipare le nuvole", "Osservare la luna". "Remare nel lago".

## IL CREATORE

Lo Shibashi, ovvero l'allenamento

delle 18 forme (movimenti), è stato messo a punto nel 1979 dal professor Lin Housheng, ex direttore dello Shanghai Qigong Research Institute (Università di Medicina Tradizionale Cinese di Shanghai), come Taiji Qigong Shibashi, per unire la bellezza dei movimenti del Taiji (Tai Chi) con l'effetto "terapeutico" del Qigong (che fa parte delle antiche arti di longevità cinesi) e della meditazione. Dopo un primo momento di "centratura", fermi in piedi, ogni movimento, eseguito in maniera fluida e consapevole, segue un preciso ritmo del respiro. «La sequenza dei

18 movimenti del Taiji QiGong - afferma Stefano Lagomarsino, istruttore di QiGong a Roma, formatosi con il professor Li Xiao Ming dell'Università di Pechino - coinvolge l'aspetto fisico ed energetico. Dal punto di vista fisico questi esercizi,

come è descritto nel libro di Stefano Saviotti *Taiji QiGong*, aiutano ad esercitare e a mantenere un buon coordinamento tra arti inferiori e superiori, e tra il movimento e la respirazione. Nel sollecitare tutte le articolazioni, i movimenti contribuiscono a mantenerle sciolte e morbide, contrastando l'insorgenza di artriti e artrosi. Fra le caratteristiche della pratica c'è la fluidità; i movimenti possono essere d'aiuto in caso di palpitazioni, ansia, ipertensione, mal di schiena, dolori lombari, periartrite».

«Dal punto di vista energetico - prosegue Lagomarsino - gli esercizi, anche grazie al focus sul Dan Tian (il nostro centro energetico principale, più o meno all'altezza dell'ombelico), aiutano il riequilibrio degli

elementi Yin e Yang, alla base di ogni dualità in natura, e favoriscono la corretta circolazione dell'energia (Qi): questo è essenziale per un buono stato di salute, poiché secondo la medicina tradizionale cinese le patologie hanno origine profonda nella disarmonia e nel disequilibrio tra Yin e Yang, e in stasi e blocchi della circolazione del Qi».

## INSEGNAMENTI

In Cina il Taiji Qigong Shibashi viene insegnato all'Università, nelle facoltà di Medicina, perché ai 18 Movimenti si attribuisce una valenza scientifica nel promuovere vitalità e longevità. La pratica regolare può essere di sollievo per chi soffre di ipertensione, malattie polmonari, problemi digestivi ([www.qigong18.com](http://www.qigong18.com)). Lo Shibashi è promosso come esercizio salutare dal governo di Indonesia, Malesia, Singapore e Thailandia. Nel 1991 il Programma di Sviluppo delle Nazioni Unite ha raccomandato la promozione del Taiji Qigong Shibashi in tutto il mondo.

**Maria Serena Patriarca**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





# Mamme over 40, una su tre con fecondazione assistita

■ Solo due bambini su tre in Italia vengono concepiti durante un rapporto sessuale tra una donna e un uomo. Un bebè su tre viene infatti al mondo grazie alla Procreazione medicalmente assistita se la mamma è over 40. Si tratta di uno dei dati emersi dalla ricerca presentata a Roma da Age-It ([www.ageit.eu](http://www.ageit.eu)) guidato dall'Università di Firenze e dalla sua rettrice, Alessandra Petrucci. Durante il convegno "Un Istituto per il Futuro della Popolazione" è stato spiegato che la Pma «ha contribuito al 3,7% del tasso di fecondità totale in Italia nel 2022, rispetto al 2,1% nel 2013, un aumento di oltre il 76%». Secondo gli esperti di Age-It, «la procreazione assistita sta assumendo un ruolo sempre più cruciale nel sostenere i desideri di genitorialità e la fecondità complessiva, offrendo prospettive positive per il futuro, anche alla luce dell'avvio a regime dei nuovi Lea che finalmente prevedono la copertura per molte delle prestazioni collegate alla Pma».

Il problema è la fecondità bassissima delle donne italiane. Con una media di 1,2 figli ciascuna nel 2023, il nostro Paese è tornato ai livelli degli anni Novanta, quando si era registrato il minimo storico (1,19 nel 1995). Oltre a caratterizzarsi per il basso numero medio di figli per donna, l'Italia spicca nelle classifiche internazionali anche per l'inarrestabile aumento dell'età media al parto, ormai salita a 32,5 anni. «Questo fa dell'Italia il Paese più vecchio d'Europa», rimarca Age-It.

Secondo Daniele Vignoli, direttore scientifico del programma Age-It, «per comprendere appieno e affrontare i cambiamenti demografici in atto in ottica "positiva" è fondamentale identificare e rimuovere gli ostacoli strutturali che impediscono alle donne e alle coppie di pianificare e realizzare il numero di figli desiderato nei tempi auspicati».

Il ricercatore ritiene che finora c'è stato un intervento troppo lieve: «Politiche di stampo "pronatalista"

come baby bonus o incentivi specifici non sono percepite come importanti per la genitorialità e non si dimostrano quindi particolarmente efficaci per raggiungere l'obiettivo prefissato. Sono invece aspetti di natura più "strutturale" e che riguardano tutto il corso di vita che contano», puntualizza il prof Vignoli. Poi spiega: «In particolare l'indipendenza economica di una coppia, avere due stipendi e un reddito dignitoso e senza squilibri di genere, che è percepito come centrale per le scelte riproduttive».

Il cambio di rotta sul fronte della natalità è indispensabile e urgente.

**SU.B.**





Ormai dilagano grazie alla Rete. E, cosa peggiore, si ricorre alle auto-prescrizioni di esami e analisi, ignorando gli effetti negativi di accertamenti non necessari. Ecco che i pazienti arrivano già con la propria valutazione clinica dal medico di base o dallo specialista. Senza però avere le loro competenze né l'esperienza.

di Stefania Fiorucci

**N**on confondere la mia laurea in medicina con le tue ricerche su Internet». È la frase che campeggia su maglie e felpe che vanno a ruba sul web. Scherzosa, ma non troppo. Alcuni dottori

l'hanno persino appesa alle pareti dei loro studi, stanchi di pazienti freschi di autodiagnosi dopo aver «riconosciuto» grazie a Google i sintomi di un'ipotetica patologia. Persone convinte di soffrire



di una malattia, che chiedono insistentemente al proprio medico test ed esami di qualsiasi tipo, contestano il farmaco prescritto perché hanno letto in Rete «che fa male» o stravolgono a piacimento la terapia assegnata perché «non va bene per me». Trascurando il fatto che le diagnosi le fanno i medici, che alcuni accertamenti, a una persona sana, possono fare più male che bene e finiscono per incidere sul Sistema sanitario nazionale.

Mentre il *New York Times* ha appena messo in guardia, soprattutto gli anziani, sul tempo e i soldi spesi nel 2024 facendo screening inutili, negli Stati Uniti si discute animatamente di «over testing», ovvero di «uso eccessivo di test diagnostici nelle cure primarie». Il presupposto è: «meglio prevenire che curare», ma un conto sono gli esami di routine, un altro è andare alla cieca credendo di trovare chissà cosa.

«Fare accertamenti senza che ci sia un quesito clinico è inutile, anzi, dannoso» avverte Evis Sala, ordinaria di Radiologia dell'Università Cattolica del Sacro cuore di Roma e direttore del Dipartimento di diagnostica per immagini e radioterapia della Fondazione policlinico universitario Agostino Gemelli IRCCS. «Se non è strettamente necessario, e questo lo valuta un professionista, non bisogna sottoporsi a verifiche come Rx e Tac. Le radiazioni non sono come il mezzo di contrasto che si può iniettare in circolo in caso di risonanza magnetica e si elimina con le urine. Le radiazioni non si smaltiscono, rimangono nei tessuti e negli organi. Si accumulano, e ciò non è indicato soprattutto per i pazienti più giovani». Quelle ionizzanti sono impiegate per alcuni esami diagnostici: i raggi X per le radiografie, i raggi gamma per la Pet, la tomografia. Anche gli ultravioletti, i più vicini per lunghezza d'onda ai raggi X, sono considerati «ionizzanti». Provengono dal Sole e rappresentano un fattore di rischio per i tumori alla pelle.

«L'esposizione alle radiazioni è "cumulativa", indipendentemente dall'intervallo tra i test diagnostici. Ogni individuo, nel corso della vita, è già esposto in modo costante a bassi livelli di radiazioni naturali, con una quantità che varia a seconda della posizione geografica in cui si trova» continua Sala. Anche se le apparecchiature attuali hanno ridotto la quantità di raggi utilizzata nella diagnostica per immagini, secondo i dati dell'American College of Radiology una lastra eseguita ai polmoni equivale a 10

giorni di esposizione alle radiazioni ambientali. Una Tac cranica a 243 giorni, quella dell'addome arriva a due anni. E ci sono evidenze scientifiche su come anche bassi livelli di esposizione possano dare inizio a trasformazioni cellulari che aumentano il rischio di cancro.

**Molto dipende dalla dose di raggi a cui si viene esposti**, la durata, il tipo di radiazione, la zona del corpo interessata. «Quando il medico lo ritiene opportuno» spiega la specialista «si può fare prevenzione prediligendo ecografie o risonanze magnetiche. Le donne dovrebbero fare l'ecografia al seno e dopo anche la mammografia, gli uomini devono controllare la prostata. Questi sono esami salvavita. In assenza di fattori conclamati di rischio, le ecografie vedono l'insorgenza dei tumori anche piccoli a pancreas, rene, fegato. Se ci sono incertezze, o familiarità per certi tipi di cancro, si approfondisce con Tac e Pet. In questi casi un po' di apprensione in più è giustificata». Per sottoporsi a una qualsivoglia indagine medica è necessaria, in ogni caso, l'esistenza di un quesito clinico. «Se un medico ritiene opportuno eseguire test aggiuntivi» conclude Sala, «è per arrivare a una diagnosi più completa. Non per capriccio del paziente».

**L'autoprescrizione di accertamenti inutili**, in base a patologie immaginarie scovate sul web, è ancora più deleteria nel caso dei bambini. «I Pronto soccorso sono ingolfati di minori sottoposti a esami non necessari per presunti malanni di cui i genitori hanno letto su internet» afferma Rodolfo Fruhwirth, già dirigente medico di I livello all'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, specializzato in ecografia. «In quasi 40 anni ho visto centinaia di genitori andare in ansia per una banale febbre e portare il piccolo in ospedale a fare analisi e soprattutto ecografie senza indicazione. Il medico, quando indaga, deve sapere cosa cercare. Se rileva un possibile problema epatico, io, specialista, analizzo a fondo il fegato. Se invece il pediatra, davanti a genitori che non lo ascoltano, per placare le loro angosce pre-



scrive un'ecografia addominale, si rischia di andare a scandagliare inutilmente tutta una serie di organi».

Almeno l'ecografia è innocua, a differenza delle radiazioni. «Se un bambino di tre anni ripete esami con raggi X o gamma, a 18 anni avrà già un suo danno biologico con cui dovrà convivere. Fidiamoci del nostro medico. È come un direttore d'orchestra: ha davanti tutti gli strumenti, dopo aver visitato il paziente "chiama" quelli che gli servono per completare la sua sinfonia. Ovvero, la diagnosi». In un'epoca in cui il medico curante visita ormai di rado il paziente, è venuto anche a mancare il rapporto di fiducia che legava le famiglie al proprio dottore. Non solo: l'accesso facile a notizie di carattere scientifico, o presunte tali, ha reso tutti più ansiosi. «Prima del web

c'erano le vecchie enciclopedie mediche a fomentare le ansie della gente» riflette Giovanni Cuomo, specialista in Neurologia, neurochirurgia e psichiatria forense. «Le persone si costruiscono le loro malattie scoprendone i sintomi sull'enciclopedia. Internet, come quei vecchi volumi, rappresenta un rifugio per le proprie paure».

Il fatto che la Rete sia facilmente fruibile, e oltretutto piena di fake news e disinformazione (almeno le raccolte a dispense ne erano immuni), ha ingigantito il fenomeno. «Così succede che al primo dolore al polpaccio si vada a cercare online» continua Cuomo. «Non importa se il giorno prima si è fatto jogging: il dubbio che attanaglia è quello di una malattia degenerativa come la distrofia muscolare. E parte tutta una serie di analisi autoprescritte e a pagamento».

Questo tipo di ansia può non placarsi neppure dopo la visita in ambulatorio. Nella mente del paziente si moltiplicano i dubbi: sarà la diagnosi precisa? Mi avranno prescritto il farmaco giusto? Spesso alla base di tutto c'è una componente ipocondriaca rafforzata dal web. Un soggetto equilibrato non si fa travolgere dai sintomi né da ciò che ha letto (fra le infinite notizie, forum, blog, pubblicazioni pseudo-scientifiche - o anche autorevoli ma mal comprese - pescate online).

Basterebbe parlarne a cuore aperto con il proprio medico. Perché, alla fine, ad avere la laurea in medicina è lui. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Mammografia**

Questo accertamento diagnostico, con l'ecografia al seno, sono fondamentali per la prevenzione: sono considerati «esami salvavita» da ripetere a intervalli regolari.



**Elvis Sala, radiologa**

«Le radiazioni rimangono nei tessuti e negli organi. E l'esposizione, indipendentemente dall'intervallo tra i test, è "cumulativa"».



Ne consumiamo troppi, spesso in modo sbagliato, con conseguenti problemi per la salute personale e per quella pubblica (si pensi alla antibiotico-resistenza) oltre che con costi crescenti per il Servizio sanitario. Ma «guarire» da questa mania nazionale si può: cominciando da una vera educazione ai medicinali e alla cura.

Ogni italiano ha una spesa farmaceutica (pubblica, privata e ospedaliera) di 612 euro all'anno. La media europea si ferma a 384 euro.

# FARMACO MANIA

di Maddalena Bonaccorso

**N**e assumiamo troppi e troppo spesso, ne chiediamo sempre di più e i medici, purtroppo, non solo ci assecondano ma sono anche gli artefici della «farmacomania» dilagante che stiamo vivendo, soprattutto in questa età di post-Covid.

I numeri sono eloquenti: il recente rapporto Osmed dell'Agenzia italiana del farmaco (relativo al 2023) che ogni anno dà conto di quali e quante medicine vengono acquistate nel nostro Paese, parla di una spesa pubblica balzata a 24,9 miliardi di euro in un anno, con un incremento rispetto al 2022 del 5,7 per cento, e di un costo a carico dei cittadini di oltre 10 miliardi, in aumento addirittura del 7,4 per cento. I consumi arrivano a una media di quasi due medicinali al giorno per ogni italiano. Il fuoriclasse delle farmacie, verrebbe da dire il più amato dai connazionali, è il paracetamolo: la febbre rimane il primo «nemico» da combattere (anche se andrebbe contrastata solo se supera i 38 gradi e mezzo). In seconda e terza posizione due antidolorifici,

l'ibuprofene e il diclofenac. Segue una benzodiazepina, lo Xanax, l'anti-ansia di questi anni complicati. E se ve lo state chiedendo, ebbene sì, tra i primi 10 farmaci più richiesti ci sono anche Viagra e Cialis, i «migliori amici» dell'uomo contro lo spauracchio della disfunzione erettile.

In generale, quanto a consumi procapite non siamo i peggiori nel Vecchio continente, perché la media della spesa farmaceutica totale (pubblica, privata e ospedaliera) che da noi è pari a 612 euro all'anno per ogni cittadino, è inferiore a quella di Germania, Austria e Belgio. Piccola consolazione, dato che siamo comunque ben sopra i valori di Gran Bretagna, Svezia, Polonia, Portogallo e anche della media dei Paesi europei, che si ferma a 384 euro.

**Fin qui i numeri e le statistiche.** Poi però ci sono le conseguenze di questi dati: fermo restando che i farmaci - se usati in base alle indicazioni e se correttamente prescritti dai medici - salvano le vite e



sono insostituibili, quando si esagera possono rivelarsi pericolosi, soprattutto per le assunzioni prolungate.

«Abbiamo creato, purtroppo, una mentalità farmaco-centrica, dove il medicinale è visto come un elisir di lunga vita» afferma Alessandro Nobili, responsabile dipartimento di Politiche per la salute dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano. «Un esempio è il panico che ormai scatta al primo aumento della febbre: mi imbottisco di farmaci e magari ricorro anche agli antibiotici, contribuendo alla "resistenza" dei batteri a queste terapie, che è già un'emergenza sanitaria e lo sarà ancora di più nei prossimi anni. Davanti ai malesseri reagiamo sempre più spesso in maniera inconsulta, senza considerare che le reazioni avverse ai farmaci causano circa l'8 per cento degli accessi nei Pronto soccorso».

C'è poco da scherzare, quindi: anche perché molte abitudini sono difficili da sradicare, e se anche possono apparirci se non benefiche almeno innocue, non è esattamente così. «Un esempio per tutti, i famosi "prazoli"» dice Nicola Montano, direttore della Medicina interna, immunologia e allergologia del Policlinico di Milano. «Ossia gli inibitori di pompa protonica tipicamente prescritti per una gastrite o un reflusso, e che poi non vengono più sospesi, perché la prescrizione è continuamente reiterata anche in assenza di indicazione clinica. Dobbiamo invece sottolineare che i farmaci bisogna volerli e saperli togliere, evitando che arrivino nei reparti ospedalieri pazienti, soprattutto anziani, che ne assumono anche 10-11 al giorno, diversi tra loro. Occorre fare una revisione delle terapie e operare un corretto "de-prescribing": verificare quali sono necessari, quindi con un effetto positivo superiore al rischio, quali causano interazioni, quali vanno in competizione».

C'è poi il fenomeno della «cascata prescrittiva»: non si considera mai un evento avverso come correlato a un medicinale e quindi, anziché sospenderlo, si tende a prescriverne un altro per curare quel sintomo. Che a sua volta poi genererà un ulteriore problema, in un circolo vizioso.

Eppure esisterebbero strategie semplici da mettere in atto e che potrebbero arginare il problema. «In campo cardiologico, ma anche in molti altri ambiti, sarebbe opportuno un maggior ricorso alla cosiddetta

“polypill”, cioè molecole in combinazione unificate in un'unica compressa» spiega Alessio La Manna, primario del reparto di Cardiologia dell'ospedale San Marco di Catania. «Ciò permette di utilizzare, per esempio nel caso delle statine, dosaggi più bassi ottimizzando il risultato e riducendo gli eventi avversi, consente una maggiore aderenza alla terapia da parte del paziente che riduce il numero di pillole da assumere e anche un risparmio notevole per il Servizio nazionale».

Molta responsabilità è imputabile ai medici di base, che devono gestire sempre più pazienti, hanno meno tempo da dedicare a ognuno di loro e meno voglia di discutere o addirittura litigare quando i malati (veri o immaginari) esigono una pastiglia. E siccome ormai esiste «dottor Google» (si veda il servizio a pag. 14), e più o meno tutti arriviamo nell'ambulatorio medico già con la nostra diagnosi, le cose si complicano ancora di più. «Serve una strategia condivisa tra tutti gli attori del Servizio sanitario» conclude Nobili. «Il medico di famiglia deve contribuire all'educazione sanitaria dei pazienti, e lo specialista dal canto suo non può e non deve controllare solo il suo orticello, prescrivendo solo farmaci per la patologia di propria competenza senza curarsi di tutto il resto: bisogna creare équipe multidisciplinari, e coinvolgere poi il medico di medicina generale perché continui a seguire il suo assistito sul territorio».

**Facile a dirsi, assai meno a farsi: soprattutto oggi, tra carenza di medici,** dimissioni dei professionisti dagli ospedali, fughe all'estero e iniziative come le Case di comunità, che nella fantasia dell'ex ministro Roberto Speranza dovevano salvare e rilanciare il Sistema sanitario e invece si stanno rivelando un gigantesco flop (con un costo di più di due miliardi di euro). Infine, ci sono le pessime abitudini di tutti noi, che preferiamo la «scorciatoia» chimica piuttosto che stili di vita corretti come dieta ed esercizio fisico, e sovente ci rechiamo in farmacia solo basandoci sul passaparola:



magari trovando farmacisti compiacenti che sorvolano su mancate prescrizioni, ricette «dimenticate» e scuse di vario tipo per ottenere l'agognato medicinale.

Tutto questo, ovviamente, alimenta un florido mercato, con grandi differenze regionali: i consumi più elevati si registrano in Basilicata mentre la più virtuosa è la provincia autonoma di Bolzano. Primi in Italia per consumo di antidepressivi sono i toscani, i liguri sono campioni in benzodiazepine contro l'ansia, in Campania c'è il record di anti colesterolo e anti-disfunzione erettile (sempre lei!), mentre gli anti-infiammatori FANS, usati per il dolore, vengono consumati più del doppio al Sud rispetto al Nord. Crescono poi in maniera esponenziale le richieste di semaglutide, utilizzata per perdere peso. Mentre l'Abruzzo è prima in classifica per

quanto riguarda il consumo di antibiotici.

E qui si arriva alle note veramente drammatiche: circa un milione di persone muore ogni anno nel mondo a causa dell'antibiotico-resistenza, e si stima che questa cifra raddoppierà entro il 2050. Dei 33 mila decessi annui in Europa, legati a questo fenomeno, un terzo si verifica in Italia: proprio dove il 30 per cento delle prescrizioni dei medici di base, davanti a una patologia respiratoria allo stadio iniziale, riguarda questi medicinali. Pensare che abbiamo, proprio nel nostro Paese, illustri esempi di «astinenza» a lungo termine da antibiotici: il decano dei farmacologi, Silvio Garattini, fondatore nel 1963 dell'Istituto Mario Negri, che dall'alto della sua esperienza e della sua età (ha da poco compiuto 96 anni), ha di recente affermato di non far uso di

antibiotici da più di 40 anni.

Il rischio globale è così alto che Dame Sally Davies - ex ufficiale medico capo dell'Inghilterra - ha messo in guardia sul periodico *The Observer* dal pericolo che anche le procedure di routine, come un qualsiasi intervento chirurgico, o il parto, possano comportare rischi potenzialmente letali a causa della grande diffusione di batteri ormai «immunizzati» ai principi attivi che dovrebbero sconfiggerli. Sarebbe come tornare indietro nel tempo, a un secolo fa, quando Alexander Fleming scoprì la penicillina aprendo l'era degli antibiotici. A 100 anni di distanza, l'umanità rischia di vanificare decenni di progresso scientifico. Le conseguenze sono facili da immaginare. Siamo sicuri di volerle affrontare? ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

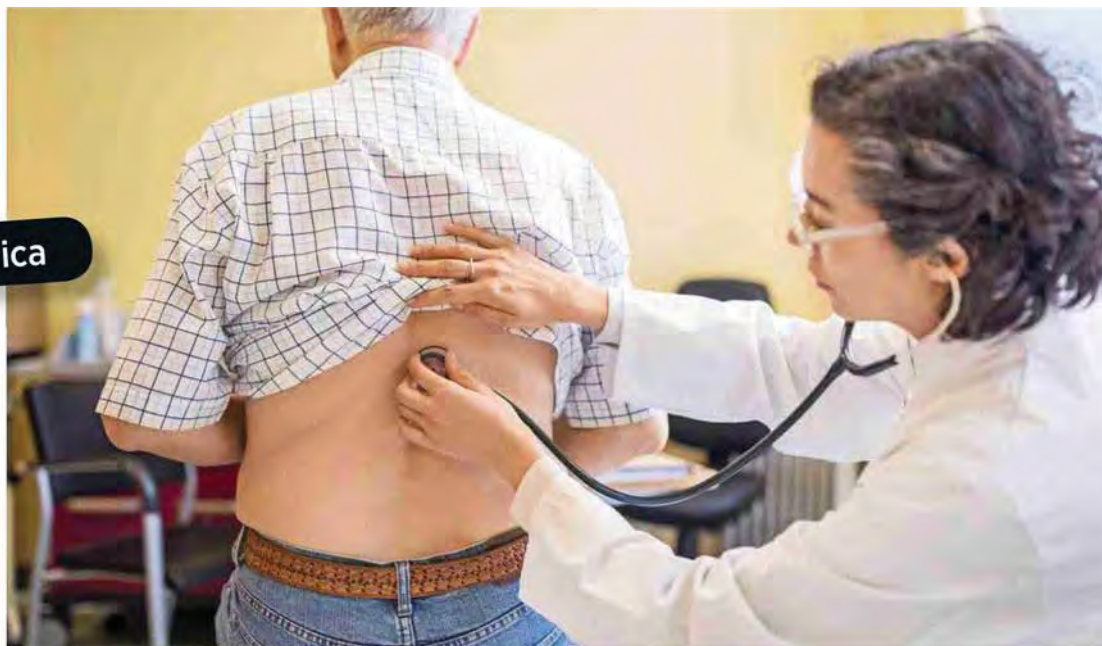
**196 EURO**

pro capite all'anno per i farmaci a carico del Ssn in Campania, la regione che spende di più

**Il farmaco più acquistato dagli italiani è il paracetamolo per contrastare la febbre (anche se andrebbe assunto solo se la temperatura supera i 38 gradi e mezzo).**

**visita medica**

L'eccessiva assunzione di farmaci è da ricondurre anche ai medici di base: con sempre più pazienti da gestire, le prescrizioni facili sono una scorciatoia rispetto a visite approfondite.



14 gen  
2025

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Alzheimer, primo “biomarcatore digitale” con metaverso e realtà virtuale per diagnosi precoce

Rallentare il decadimento cognitivo e a preservare il funzionamento della persona il più a lungo possibile: questo l'obiettivo del progetto condotto nell'ambito di Age-it, presentato al ministero della Salute e portato avanti da Giuseppe Riva (Università Cattolica di Milano - Istituto Auxologico Italiano Irccs) e da Federico Carpi (Ingegneria Biomedica - Università di Firenze), con il gruppo di lavoro del programma di Age-it guidato da Filippo Cavallo (UniFi). Un progetto rivolto ad anziani sani, anziani con declino cognitivo precoce e anziani con fragilità. Si punta a migliorare gli strumenti di diagnosi e valutazione per gli anziani, potenziando la capacità di prevedere le patologie neuropsicologiche e consentendo interventi tempestivi per ritardarne e mitigarne gli effetti.

A tal fine, è stato sviluppato per la prima volta un sistema di realtà virtuale (Vr) capace di identificare e analizzare biomarcatori digitali. Come funziona? Vengono acquisiti dati su come le persone interagiscono con gli oggetti e come effettuano questi movimenti in realtà virtuale tramite un visore Vr, di quelli ormai sempre più diffusi in commercio, e un display tattile che, a regime, potrebbe essere fornito a ospedali e strutture sanitarie. I Digital Biomarker estratti da questi scenari corrispondono ai movimenti della testa e ai movimenti delle mani generati dai soggetti durante l'esposizione ai task





in Vr (ad esempio spostare oggetti da un punto A ad un punto B o trascinare un oggetto lungo un percorso). I dati vengono raccolti per circa 20 minuti, ovvero il tempo necessario per concludere le varie prove in realtà virtuale. Sono già stati raccolti e testati preliminarmente i Digital Biomarkers mediante l'utilizzo di tecniche legate all'intelligenza artificiale (Machine Learning) al fine di valutare la capacità predittiva di questi dati nella classificazione dei soggetti anziani sani, fragili e aventi un declino cognitivo precoce (Mild Cognitive Impairment).

Con gli strumenti di Intelligenza Artificiale (Machine Learning) vengono analizzati tutti i dati dei movimenti (digital biomarker), al fine di individuare dei pattern ricorrenti nei dati per predire diverse condizioni nell'anziano (sano, fragile e MCI). Dai risultati preliminari ottenuti questa metodologia si è rivelata efficace e più rapida da implementare per i soggetti coinvolti se comparata con pratiche di assessment neuropsicologico comunemente utilizzate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

14 gen  
2025

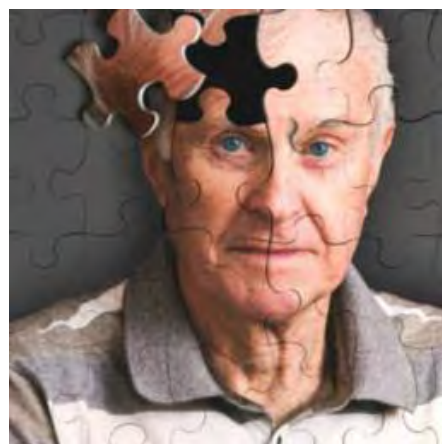
MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Invecchiamento: la ricerca sui telomeri e la terapia sperimentale verso i trial clinici

L'invecchiamento è il più alto fattore di rischio per malattie tumorali, cardiovascolari e neurodegenerative. Ma uno dei progetti di ricerca del programma Age-It, guidato da Fabrizio d'Adda di Fagagna (Dirigente di Ricerca IGM, Institute of Molecular Genetics - CNR National Research Council - IFOM, The Institute Foundation of Molecular Oncology), ha sviluppato una terapia a Rna contro le conseguenze dei telomeri danneggiati che è stata illustrata al ministero della Salute. Si tratta di un approccio sperimentale che agendo sui telomeri (le regioni terminali dei cromosomi) ha le potenzialità per diventare una terapia che, rallentando l'invecchiamento cellulare, potrebbe ridurre l'impatto delle malattie legate all'età. Ora questi dati sperimentali stanno travalicando l'ambito accademico e, con una startup, verranno avviati i primi trial clinici.

In modelli della Sindrome Progerica Hutchinson-Gilford, la patologia di cui era affetto il biologo Sammy Basso scomparso da poco, e su cui Fabrizio d'Adda di Fagagna ha lavorato, questa terapia estende la sopravvivenza del 45%. In altri modelli di fibrosi polmonare o di disfunzione immunitaria, questo approccio terapeutico sembra capace di restituire le funzioni perse. Infine, in alcuni tipi tumorali quali i sarcomi e i tumori del cervello, i telomeri si sono rivelati essere una vulnerabilità sensibile a questa terapia.



14 gen  
2025

## AZIENDE E REGIONI

S  
24

# Dipendenze, nei 570 Serd in 5 anni arretrano servizi e personale che scende di 252 unità. Ma tra stupefacenti e alcol il costo diretto annuo è di 7,8 mld: appello per potenziare il settore



[L'Executive Summary del 2° Rapporto Oised](#)

In cinque anni, tra il 2018 e il 2023 (ultimo anno i cui dati sono disponibili) il personale dei SerD (i servizi per le dipendenze da sostanze stupefacenti) si è ridotto di -252 unità.

Nei SerD alla riduzione si associa una diminuzione degli utenti presi in carico (-4.125 nei cinque anni), sebbene in aumento nell'ultimo anno (+4.835 utenti), nei servizi di alcologia invece, si registra una riduzione degli utenti in carico sia nel medio periodo (-2.501) che nell'ultimo anno (-604). Il tasso di personale in rapporto agli utenti in carico per la dipendenza da stupefacenti è circa il 30% in meno rispetto alla dipendenza da alcol (4,7 vs 7,2 ogni 100 utenti in carico rispettivamente). Nel medio periodo il primo ha registrato una riduzione ed il secondo un aumento: -0,2 unità ogni 100



utenti e +0,6 unità ogni 100 utenti rispettivamente.

E per raggiungere gli standard previsti dal Dm 77/2022 di applicazione del Pnrr per il riordino dell'assistenza territoriale, mancano all'appello 1.929 unità di personale: 261 medici, 215 infermieri, 396 psicologi, 646 educatori professionali, 273 assistenti sociali, 139 amministrativi. Solo quattro Regioni, Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e Molise, sono allineate agli standard, mentre sono al di sotto tutte le Regioni del Mezzogiorno, tranne la Puglia, tutte quelle del Centro, tranne il Lazio. L'allineamento agli standard consentirebbe di prendere in carico altri 40.000 soggetti (100 in più ogni 4 unità di personale).

In termini economici, la dipendenza da stupefacenti e da alcol, genera un costo (diretto) annuo complessivo di 7,8 miliardi, di cui 6,7 nel primo caso (compresi i poli consumatori) e 1,1 nel secondo.

L'analisi è contenuta nel secondo rapporto Oised (Osservatorio sull'impatto Socio-economico delle dipendenze), primo Centro Studi e think tank interamente dedicato allo sviluppo di analisi a supporto della governance e la sostenibilità del settore per la cura delle dipendenze), presentato oggi a Roma

L'Osservatorio è nato da una iniziativa congiunta del Centro di ricerca C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) e di Ce.R.Co (Centro Studi e Ricerche Consumi e Dipendenze) con l'obiettivo di colmare le lacune nelle conoscenze e informazioni sul settore delle dipendenze, e favorire il confronto tra istituzioni e stakeholder.

Contenere gli "esiti del fenomeno", sottolinea Oised, porta a risparmi per il Paese: per ogni euro investito in termini di presa in carico socio-sanitaria (farmaci, interventi psico-sociali, visite etc.) si stima potrebbero esserne risparmiati 4. Analogamente si stimano molto rilevanti i risparmi ottenibili con gli effetti di una riduzione del ricorso alla detenzione in favore di misure alternative, consentirebbero un risparmio di 45,7 milioni l'anno per ogni punto percentuale di riduzione dei casi "a rischio".

Ai costi diretti, si affiancano poi 198,8 milioni di costi indiretti associati alle perdite di produttività dovuti ai decessi, agli accessi al pronto soccorso e ai ricoveri, associati alle patologie alcol e droga correlate, generando un costo totale annuo per il Paese di € 8 miliardi.

Considerando anche il valore, in continuo aumento, delle sostanze stupefacenti, che nel 2023 raggiunge circa 16,2 miliardi, il valore economico annuo del fenomeno per il Paese è di 24,2 miliardi: l'1,2% del Pil italiano.

### **L'epidemiologia**

Dalle elaborazioni condotte basate sulle fonti disponibili dei servizi per le dipendenze, sia pubblici che del privato sociale, la stima 2023 è di circa 235.000 utenti con dipendenza presi in carico: l'83,5% nei servizi pubblici, il 16,5% nel privato sociale. Il 65,9% sono tossicodipendenti ("puri" o con dipendenza da alcol concomitante), il 24,6% alcolisti "puri", per il 6,4% di

utenti con dipendenza da gioco d'azzardo patologico, per il 3,4% da tabagismo e per l'1,3% da altre dipendenze, quali internet, social, sex addiction e così via.

Per le tossicodipendenze prevale la popolazione maschile, che rappresenta l'85,4% dell'utenza per i maschi, il tasso di assistiti è di 392 persone in trattamento ogni 100.000 abitanti, contro le 64 nelle donne.

Per il 90,9% sono italiani, per il 3,2% provenienti dall'Africa Settentrionale e, per il restante 5,9%, provenienti da Paesi americani e asiatici.

L'utenza è in età produttiva: il 54,6% si concentra nella fascia d'età 35-54 anni, il 18,0% in quella 25-34 anni ed il 18,0% in quella 55-64 anni.

Il 60,2% è in trattamento per uso primario di eroina, il 26,0% di cocaina e il 12,0% di cannabinoidi; il restante 1,8% abusa di altre sostanze, quali ipnotici e sedativi, stimolanti, allucinogeni o inalanti volatili.

Il numero dei detenuti tossicodipendenti, a fine 2023, è di 17.405, il 29,0% della popolazione carceraria, in aumento nell'ultimo quinquennio del +2,8 per cento. Il 30,3% dei detenuti è straniero (5.899 detenuti), dato in riduzione nell'ultimo quinquennio del -31,2 per cento.

Per la dipendenza da alcol gli utenti dei servizi sono soprattutto maschi: il rapporto maschi/femmine risulta pari a 3,2.

Il 73,2% ha un'età compresa tra 30 e 59 anni; un terzo della casistica totale trattata si concentra nella fascia d'età 50-59 anni; i giovani sotto i 30 anni sono il 7,4% della casistica trattata.

I nuovi utenti sono per il 28,2% compresi nella fascia d'età 40-49 anni. La loro incidenza si è ridotta dell'1,8% rispetto al 2019: la riduzione è stata massima nel Centro (-4,8%), minima nel Nord-Est (-0,5%).

### **L'organizzazione dei servizi e ricorso all'Emergenza-Urgenza**

In Italia ci sono 570 SerD articolati in 614 sedi: in media un SerD ogni 100.000 abitanti. Ma si passa dal massimo di 1,1 nel Nord-Ovest, al minimo di 0,8, del Nord-Est (0,9 nel Centro e 1,0 nel Sud e Isole). Il Molise è la Regione col valore massimo: 2,1 SerD per 100.000 abitanti; la P.A. di Trento registra invece il valore minimo: 0,2. P.A. di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Lazio e Campania hanno un valore inferiore a 0,8; Piemonte e Puglia un valore superiore a 1,4.

I Servizi di alcologia erano nel 2022 (ultimo anno disponibile) 449; nei Servizi operano 4.512 persone (di cui una consistente parte sono le stesse dei SerD), +5,2% rispetto al 2019. Il valore massimo, pari a 9,5 unità ogni 100.000 ab. di età 16+, si registra nel Centro del Paese, seguito dal Sud e Isole con 9,3 e dal Nord-Ovest con 9,0; il dimensionamento minimo si riscontra nel Nord-Est (7,2 unità ogni 100.000 ab. di età 16+).

Il ricorso ai servizi di emergenza-urgenza nei casi di dipendenza da stupefacenti è in continuo aumento (+22% nell'ultimo quinquennio) e rilevante, in controtendenza con quanto accade per le problematiche connesse all'alcol; il rapporto è di 1:4 tra gli accessi di chi ha fatto abuso di

droghe e chi di alcol (14,6 e 67,1 ogni 100.000 rispettivamente); il primo fenomeno si concentra soprattutto nel Nord-Ovest del Paese, il secondo nel Nord-Est. In entrambe le tipologie di utenti il 60-70% degli accessi avvengono in seguito ad un trasporto da parte del 118 e in circa il 12% dei casi esitano in un ricovero ospedaliero.

### **Il personale**

In media il personale infermieristico è circa un terzo dell'organico (28,5%), seguito da quello medico (20,9%); gli psicologi rappresentano il 17,6% di tutto il personale, gli assistenti sociali il 14,9%, gli educatori professionali il 9,6%, il personale amministrativo il 3,9%, e il restante 4,7% altre figure professionali.

Nel Nord-Ovest si riscontra in media una quota di medici e infermieri inferiore alla media nazionale, e una superiore di educatori professionali, assistenti sociali e amministrativi. Nel Centro e Mezzogiorno si osserva una quota di medici ed infermieri superiore alla media nazionale, e inferiore degli educatori professionali e agli amministrativi.

Per i SerD, Calabria, Sardegna, Sicilia e Abruzzo sono le Regioni con la maggior quota di personale medico (27,4%, 25,2%, 24,6% e 24,6% rispettivamente).

In Friuli-Venezia Giulia il personale infermieristico è quasi la metà di tutto l'organico (49,0%), seguono Molise, Liguria e Lazio (44,2%, 42,5%, 42,4%); all'estremo opposto la P.A. di Trento, la P.A. di Bolzano e il Piemonte, dove gli infermieri sono il 21,9%, il 26,3% e il 28,1% di tutto il personale dedicato. Nella P.A. di Bolzano e in Umbria è più presente la figura dello psicologo: rispettivamente il 26,3% e il 21,8% del personale. In queste Regioni i medici sono il 17,5% e 17,3% e gli infermieri il 26,3% e 37,3%. L'incidenza minima di psicologi sull'organico è in Valle d'Aosta e Toscana (5,0% e 7,8% rispettivamente).

Per i servizi di alcolologia il dato regionale è eterogeneo: massima offerta (24,3 unità ogni 100.000 ab. 16+) in Valle d'Aosta; minima (3,1, in Emilia-Romagna). La media è di 9,9 unità. Lombardia, P.A. di Trento, Emilia-Romagna, Umbria, Calabria, Sicilia e Sardegna hanno un valore inferiore a 7,8; Piemonte, Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Liguria, Molise e Basilicata, invece, un valore superiore a 13,4 unità ogni 100.000 ab. 16+.

### **Il valore economico dell'assistenza sanitaria**

L'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale rappresenta il 67,1% del totale, l'assistenza residenziale il 26,4% e l'assistenza semi-residenziale il restante 6,5 per cento.

Nei servizi pubblici, il costo per l'assistenza è di 1.362,7 euro per 100 abitanti, in aumento rispetto al 2019 del +15,2% (1.183,2 euro per 100 abitanti); a livello regionale si va dal minimo di 650,6 per 100 abitanti nel Lazio, al massimo di 6.444,0 euro per 100 abitanti in Sardegna.

La spesa pubblica per l'assistenza residenziale è 534,8 euro ogni 100 abitanti,

in aumento rispetto al 2019 del +4,0%; a livello regionale il minimo di 120,0 euro è in Molise, il massimo di 1.369,1 euro in Liguria.

Il costo per l'assistenza semi-residenziale è di 132,0 euro per 100 abitanti, in aumento del +78,8% sul 2019. A livello regionale il minimo di 0,0 euro è in Valle d'Aosta, il massimo di 676,0 euro in Campania.

Per i ricoveri in acuzie, per i tossicodipendenti il costo medio pro-capite nazionale è di € 920,8 euro ogni 1.000 abitanti. A livello regionale, il massimo di 2.107,6 euro è in Emilia-Romagna, il minimo di 253,6 euro in Campania: la media è di 866,9 euro.

Per i ricoveri in acuzie, da dipendenza da alcol, il costo medio pro-capite nazionale è di 2.995,8 euro per 1.000 abitanti per i ricoveri ordinari e 16,7 euro per quelli diurni. Per gli ordinari, a livello regionale il massimo è di 5.304,0 euro a Bolzano, il minimo di 1.759,0 in Sicilia: la media è di 3.501,5 euro. Per i diurni il massimo è di 99,1 in Friuli-Venezia Giulia, il minimo di 3,0 euro in Puglia: la media è 15,2 euro.

I ricoveri in acuzie, per i tossicodipendenti costano in media a ricovero 2.864,1 euro. Il massimo di 4.076,6 euro in Basilicata, il minimo di 1.985,4 euro a Bolzano, la media è 2.694,4 euro.

Per gli alcolisti il costo medio per ricovero è 4.585,4 euro per gli ordinari e 360,4 per i diurni. Gli ordinari costano (il massimo) 5.767,7,8 euro nel Lazio e al contrario (minimo) 3.152,9 euro a Bolzano: la media è 4.360,0 euro. Per i diurni il massimo è di 613,6 euro in Friuli-Venezia Giulia, il minimo di 250,1 euro a Bolzano: la media è di 318,2 euro.

### **I possibili risparmi**

In base agli scenari elaborati da Oised, le azioni per migliorare l'aderenza alla terapia (potenziamento interventi psicosociali, ricorso a trattamenti terapeutici quali i long acting etc.) potrebbero far crescere la quota degli attivi trattati in un range 5-15 punti percentuali, con un dimezzamento per utente degli esami per accertamento d'abuso e delle visite di controllo; ovviamente l'investimento sarebbe rappresentato da un incremento della spesa farmaceutica (posta pari al triplo dell'attuale), un dimezzamento della spesa per gli esami ed un raddoppio di quella per le visite psicologiche. Tali azioni porterebbero un risparmio per il Paese compreso 58,0 e 126,9 milioni annui.

L'adozione di azioni finalizzate a migliorare l'aderenza alla terapia, attraverso la formalizzazione di percorsi trasversali tra i vari setting assistenziali, in una potenziale crescita degli utenti trattati in un range 5-15 punti percentuali produrrebbe un risparmio annuo compreso tra - 66,3 e -198,6 mln.

Sul versante del potenziamento dei Servizi a bassa soglia, si è ipotizzato si possa produrre un incremento del 15-25% degli utenti attivi, che genererebbe una crescita nel range 5-15% del costo di presa in carico presso i SerD, una riduzione degli utenti che commettono illeciti/reati del 5-15%, e degli accessi

al Pronto soccorso del 15-25%. In tal caso il valore centrale dei range elencati porta a stimare un risparmio potenziale di circa 175,1 mln annui.

Per il sistema giudiziario, un maggior ricorso alle misure alternative alla detenzione, e relativi percorsi riabilitativi, può produrre una riduzione dei costi attribuibili agli Esiti e alla dimensione Sociale (ordine pubblico e aspetti giudiziari), attraverso l' aumento degli utenti presi in carico dal privato sociale (con comprensivo aggravio dei costi dell'assistenza necessari per l'adeguamento delle infrastrutture per la gestione di questa categoria di utenti), e un risparmio di 45,7 milioni. per ogni punto percentuale di riduzione degli Esiti droga-correlati e dei reati/illeciti amministrativi.

Per l'alcol, i costi relativi agli Esiti sono quasi tutti (86,0%) attribuibili ai decessi e agli accessi alle strutture ospedaliere (al pronto soccorso e ricoveri, dovuti sia alle patologie alcol-correlate sia agli incidenti stradali), e valgono 546,6 milioni.

Analogamente a quanto fatto per la dipendenza da sostanze stupefacenti, Oised ha determinato l'impatto economico di azioni politica sanitaria, sociale e giudiziaria, finalizzate a contenerne gli effetti.

Per la dipendenza da alcol, il board scientifico Oised ha indicato quale azione ritenuta di potenziale efficacia un incremento del 10-20% degli utenti in carico presso i servizi, attraverso attività di screening sulle abitudini di vita, campagne informative con i Mmg, comporterebbe una riduzione di richiesta di assistenza sanitaria alcol-correlata nel range 5-15% (patologie specifiche, trattamento di feriti di incidenti stradali etc.) e di denunce per violazioni degli artt. 186 e 187 del Codice della Strada di pari entità nel range 5-15%. Tali azioni comporterebbero un risparmio per il Paese nel range € 8,2-21,3 mln. Lo scenario associato al valore centrale dei range proposti comporterebbe un risparmio annuo di 19,2 milioni.

### **Gli effetti dell'Autonomia Differenziata**

Nel secondo Rapporto Oised è stato poi applicato, utilizzando dimensioni di valutazione (Equità, Appropriatezza, Esiti, Innovazione ed Economico-finanziaria) articolati in dieci indicatori di performance, il modello elaborato dal Crea Sanità per valutare gli effetti dell'autonomia differenziata applicato in questa annualità, a fini esemplificativi, su tre gruppi di Regioni:

Province/Regioni Autonome e/o a statuto speciale; Regioni in Piano di Rientro economico-finanziario; Regioni che hanno richiesto l'AD in Sanità nel 2017 (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto).

Mettendo a confronto i tre gruppi di Regioni con le "altre" Regioni rimanenti, l'andamento nel medio periodo (pre concessione Ad) degli indicatori selezionati è stato migliore nel gruppo di Regioni "target" specifico che non nelle "Altre", per il gruppo di quelle a statuto speciale e, soprattutto, per quelle che hanno richiesto l'Autonomia Differenziata, mentre va peggio nelle Regioni in Piano di Rientro. La determinazione della



variazione di tale trend nel periodo pre e post concessione Ad consentirà quindi di valutare gli “Esiti” della sua introduzione.

### **Le proposte OISED**

Dalle analisi emerge un dimensionamento dell’offerta sociosanitaria per la presa in carico di soggetti con dipendenza da stupefacenti e/o alcol, con una forte variabilità regionale, sia in termini di personale dedicato, che di tipologia di figure professionali. Per la dipendenza da stupefacenti il Nord-Ovest ha il maggior organico in rapporto alla popolazione, agli utenti in carico, e in termini di ricorso al ricovero ospedaliero; per quella da alcol è invece il Nord-Est. Per tutte e due le forme di dipendenza il minor tasso di personale e di utenti in carico si registra nel Mezzogiorno.

Per questo, dato l’elevato impatto del fenomeno delle dipendenze, a livello organizzativo, giudiziario ed economico, Oised ritiene sia auspicabile:

- Allineare la dotazione di personale agli standard organizzativi previsti dal Dm 77/2022, per allineare l’offerta al fabbisogno “reale”, anche in base alla “nuova” domanda (4 unità in più consentirebbero una presa in carico di 100 utenti in più)

- Promuovere e potenziare attività di sensibilizzazione alla popolazione giovanile per introdurli in percorsi terapeutici anche specifici, per prevenire, oltre agli episodi acuti, la “cronicizzazione” del problema

- Introdurre percorsi di presa in carico socio-sanitaria degli utenti (PDTA-SS, Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Socio-Sanitari) trasversali tra servizi pubblici (ambulatoriali e ospedalieri), del privato sociale (servizi a bassa soglia, servizi ambulatoriali privati, strutture comunitarie residenziali e semiresidenziali, etc.) e carcere, per:

o incrementare il numero di nuovi utenti in carico per prevenire il verificarsi di “esiti” e implicazioni a livello sociale (incidenti, denunce ecc.)

o garantire continuità nella presa in carico, in particolare per i detenuti stranieri una volta messi in libertà

o garantire equità di trattamento tra i diversi setting nelle diverse Regioni

- l’adozione di azioni finalizzate ad aumentare l’aderenza al trattamento, anche riducendo lo stigma, attraverso soluzioni quali il potenziamento-integrazione degli interventi psicosociali, il ricorso ad approcci farmacologici sempre più personalizzati (quali, ad esempio, potrebbero essere le formulazioni long acting dei farmaci), etc.. Particolare attenzione deve essere dedicata ai senza dimora, ai disoccupati, ai soggetti con comorbidità psichiatriche, etc..

“Queste azioni – commentano dall’Osservatorio Oised - richiedono evidentemente un incremento di risorse economiche che però, alla luce di quanto emerso dall’analisi, generano complessivamente dei risparmi per la società”.

Inoltre – commenta Oised - la “nuova” epidemiologia richiede anche una

revisione del ruolo dei servizi e della tipologia di attività che gli stessi erogano: i nuovi servizi, pubblici e del privato sociale, dovrebbero lavorare in maniera integrata al fine di garantire una individuazione e relativa presa in carico, anche in una fase di pre-dipendenza” .

A tal proposito, “sarebbe auspicabile prevedere un finanziamento dedicato alle dipendenze, peraltro introdotto nella recente Legge di Bilancio, sebbene quantitativamente limitato e da monitorare nel riparto e nell’effettiva implementazione nelle Regioni; è altresì auspicabile che il fondo regionale delle dipendenze sia associato anche alla definizione di un budget a livello di Azienda Sanitaria, con una distinzione per tipologia di setting assistenziale (ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale, carcerario), al fine di garantire equità di presa in carico nei diversi setting, nelle diverse Regioni”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

14 gen  
2025

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Cardiopatie congenite: al Bambino Gesù impiantata la “clessidra” per il cuore su 5 pazienti

La “clessidra” per il cuore, un innovativo dispositivo salvavita destinato a pazienti con gravi cardiopatie congenite, è stata impiantata dai cardiologi interventisti dell’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù su 5 pazienti. Si tratta dei primi interventi in Europa realizzati dopo l’ottenimento del marchio CE. Il dispositivo, composto da uno stent autoespandibile e da una valvola polmonare, era già stato impiegato a giugno 2023 per uso compassionevole. «Questa procedura mininvasiva consente di evitare l’intervento chirurgico a cuore aperto in soggetti particolarmente fragili a causa della loro storia clinica, riducendo così i rischi e migliorandone la qualità della vita. I pazienti possono essere dimessi dopo appena 2-3 giorni», spiega il dottor Gianfranco Butera, responsabile dell’unità di Cardiologia Interventistica del Bambino Gesù.



### Le cardiopatie congenite e il ruolo della valvola polmonare

Le cardiopatie congenite che colpiscono la parte destra del cuore, come la stenosi polmonare o la tetralogia di Fallot, compromettono spesso il funzionamento della valvola polmonare. Questa valvola, situata tra il ventricolo destro e l’arteria polmonare, regola il flusso sanguigno verso i polmoni per l’ossigenazione e impedisce il reflusso di sangue. Quando non

funziona correttamente, si verifica un rigurgito polmonare, che può essere risolto con il posizionamento di protesi valvolari.

Tradizionalmente, queste protesi vengono impiantate tramite intervento chirurgico a cuore aperto, che aumenta l'impatto sul paziente, la durata del ricovero e i rischi, o con tecniche endoscopiche. Tuttavia, la conformazione irregolare dell'efflusso destro (la connessione tra il ventricolo destro e le arterie polmonari), spesso dilatato a causa di interventi precedenti o di altri fattori, può rendere queste procedure particolarmente difficili o impraticabili.

### **Una svolta nel trattamento mininvasivo**

I 5 pazienti trattati al Bambino Gesù, di età compresa tra i 15 e i 40 anni e affetti da tetralogia di Fallot, sono i primi in Europa a beneficiare del nuovo dispositivo transcatetere dopo la certificazione CE. Il primo impianto, eseguito a giugno 2023 su una ragazza di 21 anni, era stato autorizzato in modalità compassionevole. Durante gli interventi erano presenti specialisti provenienti da centri europei di eccellenza come Dublino, Monaco e Varsavia. Il dispositivo (Alterra Adaptive Prestent), è composto da uno stent metallico autoespandibile, a forma di clessidra, progettato per ridurre il diametro dell'efflusso destro dilatato, e da una valvola polmonare standard inserita all'interno dello stent. Questa tecnologia consente di trattare dilatazioni dell'efflusso destro fino a 42-44 mm, contro i 29 mm gestibili con i dispositivi tradizionali. Inoltre, mentre le valvole biologiche richiedono sostituzioni periodiche a causa del deterioramento, la componente metallica della "clessidra" è duratura e permette, nel futuro, l'inserimento di ulteriori nuove valvole per via emodinamica senza interventi chirurgici invasivi.

L'adozione di dispositivi come la "clessidra" offre nuove speranze e migliori prospettive di vita a pazienti con cardiopatie congenite complesse per cui l'opzione chirurgica rappresenta un rischio a causa della loro storia clinica. «Fino a pochi anni fa, pazienti con estese dilatazioni dell'efflusso destro dovevano sottoporsi a interventi chirurgici complessi - aggiunge il dottor Butera - Grazie a questo dispositivo, possiamo trattare in modo mininvasivo circa il 70-80% di questi pazienti rispetto all'attuale 40%».

© RIPRODUZIONE RISERVATA