

23 settembre 2024

# RASSEGNA STAMPA



**ARIS**  
ASSOCIAZIONE  
RELIGIOSA  
ISTITUTI  
SOCIO-SANITARI

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

ARIS



## **Sanità: Cgil Cisl Uil, 23 settembre sciopero nazionale Aris Aiop. Presidi in tutta Italia a partire dalle ore 10**

(AGENPARL) - Roma, 20 Settembre 2024

Presidi in tutta Italia a partire dalle ore 10

Roma, 20 settembre – “Chi garantisce la salute di tutti i cittadini merita dignità nel lavoro. Lunedì 23 settembre incroceranno le braccia per tutto il giorno le lavoratrici e i lavoratori che operano nelle strutture in cui si applicano i contratti Aiop e Aris sanità privata e Aiop e Aris Rsa”. Con queste parole Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl ricordano lo sciopero nazionale del prossimo lunedì.

“Saremo presenti con cortei e presidi in tutta Italia, a partire dalle ore 10”. Ancona, Bologna, Firenze, Milano, Genova, Palermo, Abano Terme, Napoli, Trieste, Campobasso, Bari, Pescara, Torino, Roma, Trento, Cagliari e Catanzaro sono solo alcune delle città coinvolte.

“Abbiamo chiesto da mesi l’apertura dei tavoli: quello per il rinnovo del contratto sanità privata Aris Aiop, fermo al triennio 16/18, e quello per il nuovo contratto unico delle Rsa dove i lavoratori attendono lo sblocco della contrattazione da oltre 12 anni. Le due Associazioni li hanno però negato entrambi, vincolandoli al finanziamento da parte dello Stato. Una risposta per noi inaccettabile”.

“I presidi saranno per noi l’occasione per chiedere a gran voce che venga revocato l’accreditamento alle strutture che non rinnovano i contratti o che applicano contratti che non rispettano la dignità del lavoro garantendo salari dignitosi. Queste strutture, destinatarie di appositi finanziamenti pubblici da parte delle singole regioni, stanno continuando a svilire e sottopagare oltre 200mila lavoratrici e lavoratori che ogni giorno si prendono cura di chi ha bisogno di assistenza. A tal proposito, saremo a Roma, presso il Ministero della Salute, a Napoli, sotto la Regione Campania, e a Milano, davanti la Regione Lombardia, per sensibilizzare il governo a trovare soluzioni che garantiscano ai dipendenti, a parità di lavoro, stessi salari e diritti di lavoratrici, lavoratori e professionisti della sanità pubblica, insieme ai quali concorrono a garantire ai cittadini

di poter accedere al servizio pubblico previsto dalla Carta Costituzionale.  
C'è bisogno di cambiare il sistema garantendo che il valore del lavoro  
ritorni ad essere al centro della discussione”.

“Non intendiamo fermarci fino a quando non sarà adeguatamente riconosciuta  
la loro professionalità”, concludono Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl.



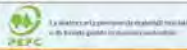


la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Maurizio Molinari



Lunedì 23 settembre 2024

Oggi con Affari&Finanza

€1,70

Mappa

Il campo largo piace solo agli elettori Pd

di Ilvo Diamanti

Il sondaggio condotto, nelle scorse settimane, da Demos sottolinea come un importante fattore di forza dell'attuale governo e della premier, Giorgia Meloni, sia costituito dalle divisioni che attraversano l'opposizione. E, in particolare, il "campo" di Centro-Sinistra. Che, per questa ragione, fatica a diventare "alternanza largo" da proporsi come alternativa credibile.

LE ALLEANZE Quale giudizio esprime, su una scala da 1 a 10, su ciascuna delle seguenti alleanze? (valori % di quanti esprimono una valutazione uguale o superiore a 6 in base alle intenzioni di voto)



L'intervista

Elly Schlein: "L'alleanza si farà sui temi"

di Matteo Macor a pagina 7

Mappamondi

Brandeburgo la Spd per un soffio ferma l'ultradestra Crollo Cdu e Verdi

dalla nostra corrispondente Tonia Mastrobuoni



Dietmar e Susanne Woidke (Spd) alle pagine 14 e 15

La guerra cambia l'idea di libertà

di Ezio Mauro

Poiché la guerra li chiama in causa, cercando la definizione e la giustificazione di una tragedia di cui non s'intravede la fine, anche i concetti sono al fronte, costretti a muoversi in prima linea. E poiché il conflitto minaccia di stravolgere tutto, partendo dall'abuso della storia per deformare la geografia, rovesciando il diritto e svuotando le regole della coesistenza, anche le idee corrono il rischio di uscire dalla tensione estrema di questa fase sfigurate nel loro compito di dare un nome alle cose, cercandone il significato.

IL VIAGGIO IN AMERICA

I regali di Meloni a Musk

Oggi il miliardario celebrerà la premier a New York. Intanto in Italia una legge sullo Spazio apre un varco per Starlink Dalla Casa Bianca filtra delusione per il feeling della leader di Fdi con il proprietario di X, alleato di Trump contro Harris

La maggioranza si divide sul prelievo alle banche. Fl: un errore

di Filippo Santelli

Elon Musk incombe sui cieli d'Europa, spinto da tre propulsori. Il primo sono i successi tecnologici delle sue aziende, i razzi di SpaceX, imprescindibili pure per la Nasa, e la costellazione di satelliti Starlink che portano Internet dall'orbita. Il secondo è lo stallo dei progetti Ue concorrenti, chiave per l'autonomia strategica dell'Unione. Il terzo è l'intesa con Giorgia Meloni e il suo governo sovranista, insoddisfatto per come la Francia abbia sbilanciato a suo favore gli equilibri dell'industria spaziale Ue, e ora tentato dal carro stellare di Musk.

Summit del futuro

Il patto Onu sui diritti che non piace ai dittatori

Russia, Iran e Nord Corea contro lo sviluppo sostenibile

dal nostro corrispondente Paolo Mastrolilli a pagina 4

Serie A



Il derby Matteo Gabbia esulta dopo il gol decisivo

Gabbia beffa i nerazzurri Il Milan strappa il derby 2 a 1

di Condò, Currò e Vanni nello sport

Cultura

Per l'Economist l'era woke negli Usa è al tramonto



a pagina 32



PIANETA TERRA FESTIVAL LE COMUNITÀ NATURALI con la direzione scientifica di Stefano Mancuso

LUCCA | 3-6 OTTOBRE 2024 WWW.PIANETATERRAFESTIVAL.IT



CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821  
Roma, Via Campania 20 C - Tel. 06 688281

DEL LUNEDÌ

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



Molfetta  
Spari in discoteca,  
uccisa una ragazza  
di Bepi Castellaneta  
a pagina 17



Mestre, la donna rapinata  
«Giacomo è morto  
per colpa mia»  
di Alfio Sciacca  
a pagina 19



Passato e presente

IL PASTICCIO  
SULLE ARMI  
ALL'UCRAINA

di Angelo Panebianco

Come spiegare un simile pasticcio? Devono esserci serie ragioni, la cui radice va cercata nel passato, che possano farci capire il voto italiano sulle armi a Kiev nel Parlamento di Strasburgo. Dunque, ricapitolando: le delegazioni italiane a Strasburgo, con pochissime (coraggiose) defezioni, hanno votato «no» nel passaggio della risoluzione che autorizza Kiev a usare le armi occidentali in territorio russo. In quel momento sembrava quasi che a Roma ci fosse un governo di unità nazionale e che le delegazioni italiane, dall'estrema sinistra all'estrema destra, ne seguissero le istruzioni. Una concordia mal vista prima: cani e gatti in Italia, avvinti fra loro come l'edera su una scelta cruciale di politica internazionale. L'Italia politica si è in quel momento schierata contro le posizioni degli altri Paesi dell'Unione, degli Stati Uniti, dei raggruppamenti di cui ciascuna delegazione italiana fa parte nel Parlamento europeo. Poi, l'altro colpo di scena. Quando si è trattato di votare il documento nella sua interezza, Lega, 5 Stelle, Sinistra italiana, verdi, hanno (coerentemente) votato contro la risoluzione mentre Fratelli d'Italia, Forza Italia e Partito democratico, con un salto triplo, hanno votato a favore. L'ambiguità italiana, la nostra collocazione «sbilanciata» su un tema cruciale, è risaltata in quella vicenda più di quanto risulterebbe una mosca su un lenzuolo bianco.

continua a pagina 28

Pioggia di missili dei miliziani: «Ora la resa dei conti». Ma Netanyahu: «Capiranno il messaggio»

Battaglia Hezbollah-Israele

Dubbi sulla sorte di Sinwar. Il comandante italiano in Libano: scenari imprevedibili

di Davide Frattini e Marta Serafini

Sale la tensione in Medio Oriente. È scontro aperto tra Israele e Hezbollah. Lancio di razzi da parte dei fondamentalisti sciti: «La resa dei conti». Replica Netanyahu: «Capiranno il messaggio». Dubbi sulla sorte di Sinwar.  
alle pagine 2 e 3 Olimpia

L'INTERVISTA / IL GENERALE MESSINA

«Ogni giorno decine di violazioni reciproche»

di Rinaldo Frignani

Pronti per ogni scenario. «La nostra missione di peacekeeping — dice il generale Messina, nella base Millevoi a Shama, in Libano — non cambia. Le bombe cadono anche vicino a noi».  
a pagina 3



GIANNELLI

L'ALLUVIONE IN EMILIA-ROMAGNA: LE MISURE

OPEN ARMS. DIRITTI E POTERI

Gli insulti ai pm e l'equilibrio che non c'è più

di Carlo Verdelli

Passa tutto in fretta, come se mai niente fosse. Anche la frase con cui Matteo Salvini ha accolto la richiesta del Tribunale di Palermo di una condanna a 6 anni per sequestro di persone, in relazione alla vicenda Open Arms, è già scivolata via tra le onde artificiali sollevate dalla politica.  
continua a pagina 28

REGIONALI IN GERMANIA

In Brandeburgo l'Spd resta prima davanti all'Afd E Scholz resiste

di Mara Gergolet



Tira un sospiro di sollievo l'Spd dopo il voto nel Brandeburgo. Il partito del cancelliere Olaf Scholz ha superato, secondo le proiezioni, il 30 per cento dei consensi. Sale anche l'Afd, il partito di estrema destra che si piazza al secondo posto. In calo la Cdu.  
alle pagine 4 e 5

Serie A Inter battuta 2-1. Roma, si diramta la ad dopo le minacce



Milan, che felicità  
Il derby del riscatto

di Bocci, M. Colombo, Passerini, Tomaselli, Valdiserri alla pagina 36 a pagina 39

Napoli Tre vittime, dispersa la nonna

Il boato e il crollo della palazzina: famiglia distrutta

di Fulvio Bui

La palazzina, dopo lo scoppio della bombola del gas, si è ripiegata su se stessa e si è sgretolata seppellendo tra le macerie l'intera famiglia. A Saviano di Napoli sono morti due fratellini di 6 e 4 anni e la madre. Estratti ancora in vita il padre e un bimbo di due anni. Dispersa la nonna.  
a pagina 16

DATAROOM

La viabilità del Nord e i costi per il pubblico

di Massimiliano Del Barba e Milena Gabanelli

Rebenti, Teem, Pedemontana lombarda e veneta: 5,6 miliardi di perdite e debiti per i concessionari che sono a rischio crac. E che ora battono cassa allo Stato. Pedaggi ai privati, quindi, e costi al pubblico.  
a pagina 21

LATINO book advertisement with cover images and text: IL PRIMO VOLUME E IN EDICOLA DAL 27 SETTEMBRE

ULTIMO BANCO di Alessandro D'Avenia

Quel sogno

Si è spento Totò Schillaci ma non i suoi occhi spiritati, cioè pieni di spirito, e lo spirito, se non è alcol, è grazia, vita che non si consuma, quella che rinnova il mondo morto, dandogli nuova energia creativa e quindi gioia. Una grazia che illuminò le estive notti italiane del mondiale '90, con sei goal, uno più inatteso dell'altro, perché così è la grazia: gratis. Terzi e amareggiati per mesi, in realtà, nell'anima, sollevammo la coppa, perché la grazia è una gioia che non svanisce e sopravvive ai risultati quantificabili. Una gioia che infatti è ancora intatta nei cuori già battenti a fine millennio scorso, e non come nostalgia di un mondo andato ma come ispirazione per uno sempre e ancora da fare. C'ero anch'io. Avevo 13



anni, l'estate era quella tra terza media e superiori, libera da compiti se non sognare il futuro e averne paura. Quell'estate lessi Il Signore degli Anelli e scoprii che mille pagine sono poche quando un libro ti regala amore per la vita. Fu un'altra grazia: nell'angolo fisico in cui mi rifugiavo a leggere posso tornare quando voglio, perché ora quell'angolo l'ho dentro. I libri magici fanno questo: una casa, ovunque tu sia. In quell'estate imparai l'alfabeto greco. Avrei iniziato il liceo classico e mia madre mi insegnò a leggere in quella lingua di cui conoscevo solo il minaccioso pi greco. Un'estate lunga una vita: un'estasi. Perché? E che c'entra Totò?  
continua a pagina 22

DAI TOTALITARISMI DEL NOVECENTO ALLE BOMBE SU KIEV E GAZA: PAOLO MIELI SPIEGA L'INTRAZZO TRA PASSATO E PRESENTE

PAOLO MIELI FIAMME DAL PASSATO book advertisement with Rizzoli logo



LE IDEE

L'indipendenza della Consulta colpita al cuore dalla melina

DONATELLA STASIO - PAGINA 27



L'AMBIENTE

Così il clima malato fa soffrire le nocciole, il Barolo e l'olio

VALENTINA PETRINI - PAGINA 17



IL CALCIO

Udinese ko, il derby al Milan in testa c'è soltanto il Toro

BUCCHERI, SCACCHI - PAGINE 34 E 35

SOLO NEI MIGLIORI BAR

# LA STAMPA

LUNEDÌ 21 SETTEMBRE 2021

CAFFÈ COSTADORO

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N. 263 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

IL GOVERNO RISCRIVE L'EMENDAMENTO SULLA SANATORIA. MELONI VEDE MUSK: DEVI VENIRE A INVESTIRE IN ITALIA

## Cambia il condono: più breve e sconti ridotti

IL COMMENTO

Cento euro alle famiglie sono un aiutino iniquo

CHIARA SARACENO

Cento euro una tantum sono una goccia nel mare, ma anche questa goccia può far comodo quando si ha un bilancio familiare ristretto. - PAGINA 11

BARBERA, LOMBARDO

Dario Damiani risponde al telefono a metà pomeriggio. L'emendamento sul condono? «Ah sì, domani depositeremo in commissione un nuovo testo». Il senatore di Forza Italia è uno dei tre firmatari della sanatoria tombale che la maggioranza vuole inflare nell'ultimo decreto omnibus. Intanto la premier Giorgia Meloni oggi a New York incontrerà Elon Musk. - PAGINE 10-12

I DIBATTITI

Salvini e l'uso mediatico della giustizia

Serena Sileoni

La nostra politica ridotta a scontro identitario

Alessandro De Angelis

IL COLLOQUIO

Schlein: "Bucci e Toti stesse consorterie"

MARIO DE FAZIO

«Con la candidatura di Bucci, Toti ha trovato il modo di non dimettersi. Il sindaco è in assoluta continuità con Toti», dice la segretaria del Pd, Elly Schlein. - PAGINA 13

L'INCHIESTA

"Foto fake e telefonate ecco il metodo Boccia" Perché non è chiuso il caso Sanguiliano

ALESSANDRA GHISLERI



Il caso Sanguiliano ha suscitato un ampio dibattito politico e sociale nel nostro Paese mettendo in luce questioni relative alla gestione del potere, alla trasparenza e all'influenza dei media e dei social. L'intricata situazione ha evidenziato anche le dinamiche interne ai partiti e alle alleanze. - FAMMA - PAGINE 14 E 15

PIOGGIA DI MISSILI DI HEZBOLLAH FINO A NAZARETH. TENSIONE ALLE STELLE, AL CONFINE CHIUDONO SCUOLE E UNIVERSITÀ

## "Medio Oriente, catastrofe vicina"

L'allarme dell'Onu: il Libano diventerà una nuova Gaza. Il giallo della morte di Sinwar, capo di Hamas

L'INTERVISTA A KEPEL

"Bibi fa il lavoro sporco che nessuno vuole fare"

FRANCESCA PACI



«Consentiamo a Israele di varcare tutte le linee rosse possibili perché, prendendosene la responsabilità, fa il lavoro sporco al posto nostro e libera la scena di attori, che Hamas e Hezbollah, che nessuno rimpiangerà. Anche i Paesi arabi, che non provano alcuna empatia per il 7 ottobre e denunciano ogni giorno il martirio di Gaza, guardano con favore la distruzione del cosiddetto asse della resistenza da cui passa il ridimensionamento dell'Iran nella regione e addirittura, in potenza, una prospettiva di pace» dice in questa intervista a *La Stampa* il politologo francese Gilles Kepel. - DEL GATTO, MAGRI - PAGINE 2 E 3

REPORTAGE DALL'OSPEDALE CHE CURA I BAMBINI PALESTINESI FERITI

## Vite mutilate

FRANCESCA MANNOCCI



A dicembre 2023 l'emiro del Qatar ha lanciato un'iniziativa per trasferire feriti gravi da Gaza. - PAGINE 4 E 5

ELEZIONI IN BRANDEBURGO

Il muro anti sovranisti salva il debole Scholz

FRANCESCA SPORZA



Sicuramente migliore delle altre, questa domenica, per il cancelliere tedesco Olaf Scholz: se anche in Brandeburgo, Land storicamente socialdemocratico, l'estrema destra fosse arrivata al primo posto, avrebbe dovuto dimettersi o comunque attraversare una fase politica di estrema cupezza. E invece no, per poco, ma ce l'ha fatta: l'Spd si è confermata la formazione politica più votata (la destra la tallona al secondo posto, però, con pochi punti in meno) e il cancelliere è salvo. A un secondo sguardo, tuttavia, non c'è da sentirsi così al sicuro, e il rischio che il sospiro di sollievo si strozzi in gola non è poi tanto remoto. - AUDINO - PAGINA 8

LA CULTURA

Da Fenoglio a Torino i miei 30 anni di Holden

ALESSANDRO BARICCO



La lezione Nel racconto "Il gorgo" ci sono tutte le regole della scrittura, della nostra esistenza e il carattere dei piemontesi

I ragazzi dai tanti sogni nel cassetto di trent'anni della Scuola Holden di Torino si sono ritrovati ieri nel cortile dell'ex Caserma Cavalli per festeggiare con il fondatore Alessandro Baricco e, a sorpresa, Lorenzo Jovanotti. - RIGATELLI - PAGINE 22 E 23

**RACETIME 24**  
OROLOGERIA  
TORINO - c.so V. Emanuele II, 36  
Tel. 348 2633276  
[www.racetime24.com](http://www.racetime24.com)  
Chrono24

L'ESPLOSIONE DI NAPOLI

Gennarino, Lia e la mamma uccisi dal gas e dall'incuria

AMABILE, LOEWENTHAL

Morire sotto le macerie della propria casa, non per una guerra o un cataclisma. Ovvio che nessuna morte è giusta, e quella dei bambini è morte e ovunque uno scandalo d'ingiustizia, un grido nel vuoto del male. Morire a quattro e sei anni sotto le macerie della propria casa, per un "banale" fuga di gas, è un orrore. - PAGINE 10 E 19



OGGI IL VIA AL PROCESSO

Giulia, se Turetta rinuncia a dare battaglia in tribunale

GIANLUIGI NUZZI



Con l'apertura del processo per l'omicidio di Giulia Cecchetti, arriva in tribunale una storia che rispecchia scelte delle parti senza precedenti. Mai avevamo visto un padre che all'indomani dell'omicidio della figlia non si ritrae chiuso nel dolore, non piange al buio, ma si mette in gioco. - PAGINA 21

[www.frattini.it](http://www.frattini.it)  
**F**  
**Frattini**  
RUBINETTI DAL 1958



**ALLART**  
PONTI FINESTRE COPERTURE  
TEL. 06 4911404

# Il Messaggero

**ALLART**  
PONTI FINESTRE COPERTURE  
www.allartcenter.it  
Roma

€ 1,40\* ANNO 140 N° 252  
Spese in A.P. 0,35/0,50 con L.40/2004 art.1 c) D.C. 50/04

NAZIONALE



Lunedì 23 Settembre 2024 • S. Pio da Pietrelcina

IL MESSAGGERO

Commenta le notizie su **ILMESSAGGERO.IT**

**Serie su Disney**  
**Anni 90, le top raccontano i dietro le quinte**  
Satta a pag. 22



**A Firenze finisce 2-1**  
**Due rigori contro Lazio sconfitta: accuse all'arbitro**  
Abbate e Dalla Palma nello Sport



**Il Motomondiale**  
**Bastianini show**  
**Bagnaia va a terra**  
**Ducati campione**  
Arcobelli nello Sport



## L'editoriale I PARTITI E IL VALORE DELLE CLASSI DIRIGENTI

Alessandro Campi

Il tema di quanto siano adeguate le classi dirigenti di alcuni partiti a governare la cosa pubblica, avendo ottenuto una tale responsabilità sull'onda del voto popolare, si è posto nella storia recente d'Italia in almeno quattro occasioni. Dopo la comparsa sulla scena pubblica nazionale della Lega bossiana, dopo l'inaspettata vittoria di Berlusconi del 1994, dopo la trionfale ascesa elettorale del populismo grillino nel 2018 e dopo l'arrivo a Palazzo Chigi di Giorgia Meloni e della sua destra nazionalista del 2022.

In tutti questi casi, con toni spesso polemici e allarmati, ci si è chiesti se non rappresenti un pericolo per le istituzioni democratiche il fatto che a guidarle possano essere persone, uomini e donne, prive di pregiate esperienze di governo o senza un adeguato curriculum professionale, arrivate alla politica in modo ora fortunoso ora occasionale, il cui unico titolo - necessario ma evidentemente non sufficiente - è rappresentato dal consenso che hanno ottenuto da parte dei cittadini.

Le polemiche di questi giorni sul personale politico riconducibile a Fratelli d'Italia e in generale all'attuale centrodestra, che secondo l'opposizione e alcuni opinionisti di diversa tendenza sarebbe scarsamente preparato sul piano tecnico e poco affidabile dal punto di vista istituzionale, non sono dunque nuove. Le accuse che si leggono oggi sui giornali verso esponenti del partito di Giorgia Meloni e ministri o sottosegretari del suo governo sono (...)

Continua a pag. 16

## L'Spd (senza Scholz) evita il sorpasso della destra

► Voto in Brandeburgo, AfD seconda: cancelliere tenuto fuori dai comizi

BERLINO Alle elezioni in Brandeburgo l'Spd mantiene il suo fortino e lascia indietro l'ultradestra: AfD secondo partito. Ma la ricandidatura di Olaf Scholz resta in bilico: per non perdere voti, ha evitato i comizi. In calo la Cdu.

Bussotti a pag. 4

Il nuovo realismo politico

DAI MIGRANTI AL PROTEZIONISMO  
LE STERZATE DEL CENTROSINISTRA

Vittorio Sabadin

Il sorpasso non è avvenuto. L'estrema destra dell'Alternative für Deu-



tschland ha ottenuto un buon risultato in Brandeburgo, ma non è il primo partito. Il Cancelliere Olaf Scholz (...) Continua a pag. 5

Raid in Libano e missili su Haifa

Israele-Hezbollah, prove di guerra  
Le voci sull'uccisione di Sinwar

ROMA Prove di guerra tra Israele ed Hezbollah. Centinaia di missili deljet di Tel Aviv in Libano e razzie dal nord verso le più popolate



città israeliane. Netanyahu metà degli ostaggi a Gaza sono vivi. Mistero sull'uccisione del leader di Hamas, Sinwar. Vita a pag. 11

## Manovra, si tratta con le banche

► Tassa sugli extraprofiti, FI fa muro. FdI: niente di deciso. L'ipotesi di contributi volontari  
► Oggi la revisione dell'Istat: dall'aggiornamento del Pil atteso un miliardo in meno di deficit

Andreoli, Bassi e Dimito alle pag. 2 e 3

La prima di Juric: 3-0 all'Udinese. La ceo lascia dopo le minacce



Club nel caos ma la Roma si rialza

Paulo Dybala e, nel tondo, Lina Souloukou

Aloisi, Angeloni e Carina nello Sport

## Crolla una palazzina la mamma e due figli morti sotto le macerie

► Fuga di gas nel Napoletano. Grave il padre, salvo il fratellino di 2 anni. Dispersa la nonna

SAVIANO (NAPOLI) Un lampo improvviso, seguito da un boato. Una palazzina di due piani a Saviano, in provincia di Napoli, si accartoccia su se stessa per una fuga di gas e un'intera famiglia finisce sotto le macerie. Morti due bambini di 4 e 6 anni e la loro mamma. Salvi il papà, ora in prognosi riservata, e un fratellino di due anni, che non è in pericolo di vita. Dispersa la nonna. I vicini: «Sembrava una bomba». Chiapparino, Crimaldi e Fusco a pag. 13

Molfetta

Rissa con spari  
tra boss in discoteca  
Uccisa una 19enne

MOLFETTA Scoppia una rissa con spari in un locale a Molfetta tra rampolli di famiglie rivali, e fa fine le spese è una 19enne. Feriti due giovani legati ai clan locali. Damiani e Miccione a pag. 12

## Rischio boom contagi



Influenza, pochi vaccinati: si muove il ministero

ROMA Le persone che si vaccinano contro l'influenza sono sempre meno. Ma l'obiettivo del ministero è di vaccinare almeno 3 anziani opazienti a rischio su 4. Evangelisti e Valenza a pag. 15

**ASSISTENZA MEDICA H24**

Ricoveri Medici e Chirurgici anche in urgenza per tutta l'Estate  
Tel. 06 - 86 09 41

**VILLA MAFALDA** CLINICA PRIVATA POLISPECIALISTICA  
Via Monte delle Gioie, 5 Roma - villamafalda.com

## Il Segno di LUCA

SCORPIONE IN LUNA DI MIELE

Venere entra nel tuo segno e puoi iniziare i festeggiamenti, celebrando il suo arrivo e accogliendola con tutti gli onori che si merita. Il pianeta dell'amore mette a tua disposizione tutte le sue arti magiche e ti regala quel pizzico di fascino che ti rende ancora più irresistibile e ti consente di ottenere quello che vuoi. Per chi è alla ricerca di un partner è il momento di esporsi e chi è in coppia vive una nuova luna di miele.

MANTRA DEL GIORNO  
Se lo attraversi, esso dal dolore. L'oroscopo a pag. 18

\* Tasse e altri quantitativi non stampati separatamente; con il prezzo di vendita di € 1,40 (iva inclusa) per il numero di copie. Il Messaggero - Roma Quotidiano di Puglia € 1,20. La domenica con l'aggiornamento € 1,40. In Abruzzo, il Messaggero - Giornale dello Sport Stadio € 1,40. In Molise, il Messaggero - Prima Pagina € 1,50. In Valle d'Aosta, il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50. Il Messaggero - L'Espresso € 1,50. In Valle d'Aosta, il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50. In Valle d'Aosta, il Messaggero - L'Espresso € 1,50. In Valle d'Aosta, il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50. In Valle d'Aosta, il Messaggero - L'Espresso € 1,50.



**LA SANITÀ SPACCATA**

# Pazienti in fuga dal Sud l'esodo che fa più ricchi gli ospedali del Nord

Il dato record della Lombardia che incassa un miliardo. Mentre i conti delle Regioni con i bilanci in rosso peggiorano ancora

di **Michele Bocci**

Si spacca sempre di più la Sanità italiana. Con la distanza tra la qualità dell'assistenza nelle Regioni che aumenta. A rivelarlo è un indicatore fondamentale: l'esodo dei pazienti. L'anno scorso, raccontano i dati delle stesse amministrazioni locali, i viaggi per fare interventi chirurgici, terapie ed esami diagnostici sono aumentati ancora, superando i livelli raggiunti prima del Covid. Sono ormai oltre mezzo milione le persone che si spostano.

La riforma dell'autonomia differenziata non è ancora realtà, ma il sistema di cura degli italiani è già spezzettato. La cosa rende assai fosche le previsioni su un futuro nel quale chi le Regioni ricche lo diventeranno ancora di più e attrarranno nuovi pazienti e professionisti, questi ultimi allettati con stipendi più altiche. Le Regioni povere, che vedranno ridursi le risorse perché i finanziamenti arriveranno dalle tasse incassate nelle realtà locali, staranno ancora peggio.

La vicenda del farmaco per il virus respiratorio sinciziale è una spia dei rischi legati alla regionalizzazione spinta, soprattutto perché ha dimostrato che se le trattative per i prezzi avvengono in ogni Regione, e non a livello centrale, pos-

sono esserci problemi, che in questo caso si sono ripercossi sulle realtà in piano di rientro, perché hanno i bilanci in rosso.

Ma se si osservano i numeri dei cosiddetti viaggi della speranza, le difficoltà sono ancora più evidenti. In un anno, secondo i dati raccolti dall'agenzia sanitaria delle Regioni, l'Agenas, sono stati circa 230 mila i cittadini delle realtà in piano di rientro (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Puglia e Sicilia). Il dato è del 2022. Nel 2023 le cose peggiorate.

Ogni prestazione sanitaria ha un costo e annualmente le Regioni calcolano quelle offerte ai pazienti arrivati dalle altre città. Serve a suddividersi il Fondo sanitario nazionale, perché chi ha elargito più prestazioni a chi è arrivato da fuori deve essere compensato. Il calcolo di quanto spetta a ciascuna Regione si realizza facendo la differenza tra le spese per i propri pazienti andati altrove e gli incassi per i malati arrivati. Esistono spostamenti fisiologici, perché magari riguardano chi vive al confine tra due regioni oppure chi ha un'urgenza quando si trova lontano da casa. Poi ci sono le scelte di chi cerca altrove l'assistenza.

Da pochi giorni la Conferenza delle Regioni ha calcolato il valore

della mobilità sanitaria nel 2023. Ebbene, il dato totale è di 4,6 miliardi di euro, contro i 4,3 del 2022. Negli anni del Covid, 2020 e 2021, i numeri erano scesi perché le persone si sono spostate meno. Ma nel 2019 si era arrivati a 4,5 miliardi, quindi la corsa è ripresa.

Analizzando i risultati delle singole Regioni, si osserva come chi era già attrattivo, lo è diventato ancora di più. È il caso principalmente di tre realtà. La prima, come da tradizione, è la Lombardia. Ha incassato un miliardo di euro (dato record) e ha speso 421 milioni per i suoi abitanti che si sono curati fuori. Il saldo è quindi positivo per ben 579 milioni. Come detto c'è stata una crescita, visto che nel 2022 era a 550 milioni. La seconda realtà più attrattiva è l'Emilia-Romagna, che ha registrato una crescita ancora più importante. Il saldo tra denaro entrato per curare cittadini di altre Regioni (723 milioni) e di quello uscito è di 465 milioni, contro i 407 dell'anno precedente (+14%). Poi c'è il Veneto, con il saldo che passa da 176 a 189 milioni. La quarta Re-





gione è la Toscana, che però è l'unica a scendere (da 63 a 58 milioni). Sono queste le realtà sanitarie più forti del Paese, le altre vanno tutte in negativo, a parte Trentino, Alto Adige e Molise (+22 milioni) che è in piano di rientro.

E tra chi finisce in rosso chi va peggio? Manco a dirlo, le altre Regioni in piano di rientro. Tra l'altro, quasi tutte peggiorano. Il saldo più pesante lo ha la Calabria (-295 mi-

lioni), che tra il 2022 e il 2023 ha superato la Campania (che è a -285) in fatto di passivo più alto. La Sicilia è a -221, la Puglia a -198, il Lazio a -71 e l'Abruzzo a -90 (dato però migliore dell'anno precedente). La Liguria, che non ha mai sfondato il bilancio, non sta comunque bene: è a -99 milioni.

## Le prime

### Lombardia

La Regione tradizionalmente più attrattiva ha incassato un miliardo e speso 421 milioni per i suoi cittadini che si sono curati fuori. Il saldo positivo è quindi di 579 milioni

### Emilia-Romagna

Ha incassato 723 milioni e ne ha spesi 257. Il saldo è quindi di 466 milioni, molto cresciuto rispetto ai 407 del 2022

### Veneto

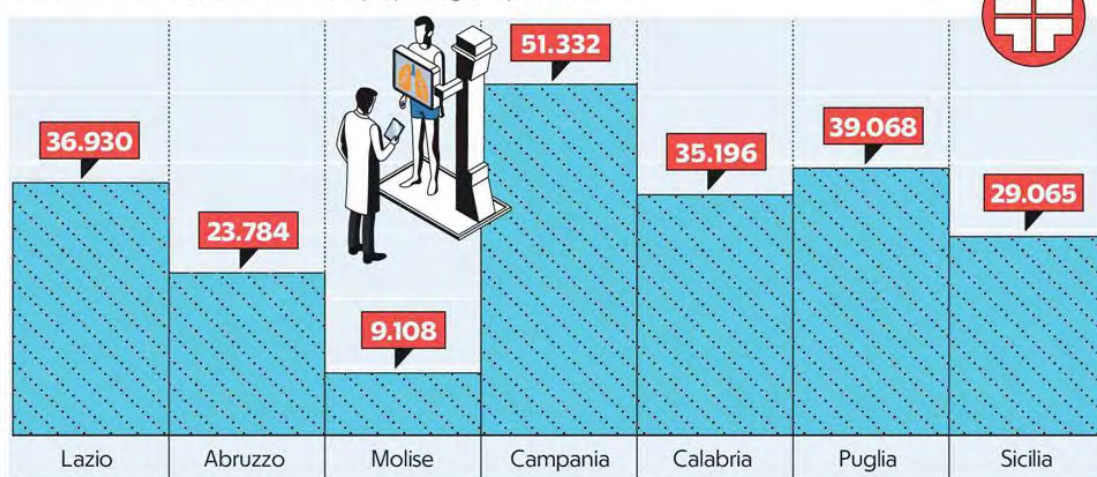
La Regione riceve 469 milioni per i cittadini arrivati da fuori e ne spende 280. Il saldo di 189 milioni nel 2023 cresce rispetto ai 176 dell'anno precedente



## La mobilità sanitaria vale 4,6 miliardi È la cifra più alta dopo gli anni del Covid

### L'esodo dei pazienti dalle regioni del Centro-Sud

Cittadini che nel 2022 hanno lasciato la propria regione per curarsi



Fonte: Agenas

## Le ultime

### Campania

La Regione ha speso 444 milioni per i residenti chi si curano altrov e ne ha incassati 159 per i pazienti in arrivo. Il saldo finale è passivo per 285 milioni. Il secondo peggiore del Paese

### Calabria

È la Regione con il saldo peggiore (-294 milioni), perché spende 325 milioni per chi va a curarsi fuori e ne incassa appena 31 milioni per chi arriva da altre regioni

### Sicilia

Si tratta di un'altra Regione in pesante passivo se si compensano entrate (appena 67 milioni) ed uscite (289 milioni). Arriva infatti così a -222



## I NUMERI

CASE E OSPEDALI  
DI COMUNITÀ:  
AUMENTA IL DIVARIO

di Luciano Buglione

II



# CASE E OSPEDALI DI COMUNITÀ CRESCIE IL DIVARIO

Indagine Uil su «Missione 6 Salute»: il grande ritardo del Mezzogiorno. L'allarme del sindacato: «Il Pnrr ha finanziato le opere strutturali, ma non il costo del personale necessario per farle funzionare»

di Luciano Buglione

**C**entottantasette Case di Comunità funzionalmente attive in tutto il Paese, solo 6 nel Mezzogiorno, tutte nel Molise; 76 Ospedali di Comunità con 1378 posti letto complessivi, soltanto 11 a Sud in parte operativi per alcuni servizi previsti dal decreto ministeriale 77 del 2022, ancora in Molise con 2, in Puglia con 6, in Abruzzo con 2 e in Campania con 1; 77 Centrali Operative Territoriali in funzione, nessuna al di qua del Gargliano. Numeri "spaventosi" per il Meridione, segnalati da una indagine della Uil confederale realizzata su dati Agenas, sull'attuazione degli interventi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza nella Missione 6 Salute. Numeri che confermano un andamento che, anziché rafforzare il sistema sanitario nazionale e migliorare l'accesso ai servizi, rischia di allargare ancora di più il divario tra le 3 macroaree dell'Italia, naturalmente a svantaggio di quella già oggi più debole. Il Servizio Uil Politiche Sociali e Welfare, Sanità e Mezzogiorno mette il dito nella piaga con un focus che confronta gli obiettivi di realizzazione e quanto si è fatto finora. Soprattutto su quanto "non" si è fatto finora nelle 8 regioni continentali ed insulari della parte bassa dello Stivale.

Dopo la revisione del Pnrr, entro il 2026 devono essere pronte 1038 Case,

a fronte di 1350 della prima previsione, una ogni 40-50 mila abitanti, 307 Ospedali e non più 400, uno da 20 posti letto ogni 100 mila persone e, entro il prossimo dicembre, 480 Centrali anziché 600, una ogni 100 mila abitanti, e la copertura di 842 mila over 65 con l'assistenza domiciliare. Gli stanziamenti complessivi sono pari a 3 miliardi e 280 milioni, mentre altri 4 miliardi e 750 milioni sono stati destinati alla telemedicina. In dettaglio, la Campania ha finanziamenti per circa 250 milioni, la Sicilia 217, la Puglia 177,2, la Calabria 84,6, la Sardegna 73,6, l'Abruzzo 58,9, la Basilicata 25, il Molise 13,7. In testa c'è la Lombardia con 277,2. A queste risorse messe a disposizione dal Pnrr dovrebbero aggiungersi altre, detratte dal Piano e confluite in fondi alternativi come il programma straordinario di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico dell'edilizia sanitaria previsto dalla legge 67/88, le politiche di coesione e le opere indifferibili, rispetto ai quali la Uil segnala «la necessità di un attento monitoraggio stante il rischio di un taglio effettivo del numero delle strutture», che avrebbe riflessi ancora più catastrofici nel Sud.

L'altro aspetto che lascia perplessa la confederazione è relativo al fatto che il Pnrr «ha finanziato le opere strut-

turali, ma non il costo del personale necessario per farle funzionare». Le previsioni sono pari a 950 milioni circa per gli addetti alle 1038 Case (1038 coordinatori infermieristici, 8304 di supporto e 11418 infermieri), 218 milioni per i 307 ospedali (307 coordinatori infermieristici, 1842 operatori socio-sanitari, 614 impegnati nelle funzioni riabilitative e 2456 infermieri) e 163 milioni per le 480 Centrali (2400 infermieri di famiglia, 480 coordinatori infermieristici, 480 infermieri case manager e 480 assistenti sociali). Il totale del fabbisogno è di 1 miliardo e 366 milioni per il comparto, cui vanno aggiunti i costi relativi ai medici necessari al funzionamento delle strutture. A fronte di questo quadro, le risorse reperite con legge dello Stato sono al di sotto della metà, essendo stati stanziati soltanto 250 milioni per il 2025 e altrettanti per il 2026. «È – sottolinea la segretaria confederale Uil Ivana Veronese –





# L'ECONOMIA MEZZOGIORNO

una cifra del tutto insufficiente, che, se confermata, andrebbe purtroppo a confermare il definitivo fallimento della Missione 6 Salute del Piano nazionale, già in qualche misura compromessa dal fatto che, a causa della contingenza economica e della grave carenza di infermieri, appare fortemente depotenziata l'importante innovazione prevista dal decreto ministeriale 77 del 2022 con l'individuazione della figura di infermiere di famiglia o di comunità, che nelle intenzioni era probabilmente destinata ad affermare la necessaria assi-

stenza domiciliare del malato. Invece senza alcuna assunzione di personale ex novo questa professionalità sarebbe semplicemente spostata dall'area ospedaliera a quella territoriale. Appare chiaro ed evidente – conclude la segretaria Veronese – che, a due anni dalla chiusura del Pnrr, gli indirizzi da assumere per realizzare la Missione 6 devono essere fortemente incastonati all'interno di un Servizio Sanitario nazionale che sia effettivamente universale, pubblico e diffuso in maniera omogenea su tutto il territorio. Un sistema la cui rea-

lizzazione deve passare attraverso una riforma fiscale improntata ad equità e progressività, per realizzare una redistribuzione della ricchezza funzionale a costruire uno Stato Sociale a misura della persona. Chiediamo il rispetto dei principi contenuti nella legge 833 del '78, senza i quali è davvero a rischio l'attuazione della medicina territoriale di cui l'Italia ha bisogno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Cresce la migrazione sanitaria dal sud

Più soldi nelle casse delle regioni del nord. Così le diseguaglianze aumentano a favore di chi stava già meglio

**Il passivo della Calabria affonda da -273 a -294 milioni. Campania sotto di 285 milioni**

ANDREA CAPOCCI

■ Nel 2023 un milione di italiani è andato a curarsi fuori dalla propria regione, quasi sempre spostandosi da sud a nord. Il valore economico delle prestazioni svolte fuori regione dunque aumenta dai 4,3 miliardi di euro del 2022 ai 4,6 dell'anno successivo. Sono i dati emersi dall'ultima riunione della Conferenza Stato Regioni, che ha approvato il riequilibrio dei finanziamenti a favore delle regioni che accolgono più pazienti. Per le cure fornite agli assistiti non residenti, infatti, è previsto un sistema di crediti e debiti tra i territori in modo che le regioni da cui partono i viaggi della speranza rimborsino quelle di destinazione.

**L'AUMENTO DEL VALORE** complessivo mostra che le disuguaglianze sanitarie aumentano a favore di chi stava già meglio. In Lombardia il saldo migratorio è più florido: nel 2023 tocca in valore i +579 milioni, 29 milioni più dell'anno precedente. La meta che cresce di più è l'Emilia Romagna, dove la sanità

è quasi tutta pubblica: il valore delle prestazioni a cittadini di altre regioni è balzato da 654 a 722 milioni, per un saldo di +465 milioni. Segno positivo anche nei bilanci di Veneto, Toscana e del piccolo Molise, unica regione del mezzogiorno ad attrarre i pazienti. Per il resto, conti in pari o in rosso, soprattutto al Sud. Da Roma in giù tutte peggiorano il saldo migratorio sanitario. Il passivo della Calabria affonda da -273 a -294 milioni di euro, così come quello della Campania, sotto di 285 milioni. Pesante il rosso (-171 milioni) del Lazio, quarta regione per attrattività dopo Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto ma prima per i rimborsi in uscita. Il dato si spiega almeno in parte con il singolare caso dell'ospedale Bambino Gesù di Roma. L'ospedale monopolizza le cure pediatriche della capitale e vanta crediti che da soli valgono quanto quelli di Toscana o Piemonte. Ma essendo una struttura extra-territoriale di proprietà vaticana i suoi conti non finiscono nel saldo del Lazio. Se fossero inclusi, il bilancio della Regione diventerebbe positivo per quasi cento milioni di euro.

**IL VALORE COMPLESSIVO** della mobilità sanitaria è una misura indiretta delle disuguaglianze percepite dai pazienti. Prima della pandemia che ha frenato i trasferimenti, il fenomeno sembrava essersi stabi-

lizzato e anzi aveva iniziato un timido riassorbimento: nel 2019 il valore della mobilità interregionale era sceso a 3,9 miliardi di euro. L'aumento degli ultimi anni segnala che il divario nord-sud è ripartito a tutta velocità.

Anche se i flussi finanziari potrebbero suggerirlo, quello della mobilità non è un gioco a somma zero, in cui le spese vengono semplicemente spostate da una regione all'altra. Curarsi fuori regione comporta costi supplementari che ricadono interamente sulle tasche dei privati ma sfuggono ai bilanci sanitari: basti pensare alle spese sostenute dai familiari che assistono i pazienti ricoverati lontano da casa. La sanità diseguale dunque costa complessivamente di più e lo squilibrio punisce i residenti delle regioni più povere e sguarnite. Con l'autonomia differenziata la spirale può avvitarsi definitivamente.

Che il rischio sia concreto lo dimostra l'«incidente» del nirsevimab, l'anticorpo contro il virus respiratorio sinciziale che viene somministrato alla fine dell'autunno ai bambini fragili per evitare le bronchioliti gravi. Mercoledì, una nota emanata dal ministero della salute aveva vietato la fornitura gratuita del farmaco nelle regioni sottoposte a «piano di rientro», un programma di rigore finanziario che mira a ridurre le spese

per riequilibrare bilanci dissestati. Guarda caso, le regioni in «piano» sono Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Puglia e Sicilia, cioè tutte al centro-sud. Stando alla nota, dunque, il farmaco sarebbe stato gratuito nelle regioni ricche e a pagamento in quelle più povere. Dopo le proteste dell'opposizione per l'ennesima ingiustizia, giovedì il ministro della salute Orazio Schillaci ha dovuto annunciare un'imbarazzata marcia indietro e ieri ha spedito i suoi uffici all'Agenzia italiana del farmaco per «individuare una soluzione rapida per eliminare disparità di trattamento». Il nirsevimab sarà spostato dalla fascia C alla fascia A dei farmaci a carico del Ssn su tutto il territorio nazionale.

**NON È L'UNICA GRANA** per il ministro. Lo scontento tra i sanitari infatti è sempre più evidente. Medici e infermieri chiedono al governo chiarezza sulla prossima legge di bilancio e sulla responsabilità medica. Le sigle Anaa, Cimo e Nursing Up hanno indetto una manifestazione per il 20 novembre. Dal governo non arrivano garanzie. Il ministro dell'economia Giorgetti a Parma per il festival di Open parla di un generico impegno a «tenere la spesa per la sanità rispetto al Pil». Ma non spiega se sarà recuperata l'inflazione o se si tratterà di un nuovo taglio. Ancor più timido Schillaci: «Cifre non ce ne sono».

**Con l'autonomia differenziata la spirale può avvitarsi definitivamente**





# UN PAESE IN CRISI DI CURA

*Infermieri, i grandi malati. Sottopagati, demotivati perché indotti a svolgere altre mansioni o delusi dallo scarso riconoscimento sociale. In Italia ne mancano 65 mila, e tanti abbandonano o vanno all'estero. Storie di una professione sull'orlo del collasso. Un'indagine*

**L'**ultima a interrogare la nostra riflessione è stata Anna, che la sua lotta tra opposte idee di vita, di morte e di cura la combatte in un ospedale di guerra del 1918. Nel film di Gianni Amelio *Campo di battaglia* è una bella figura di infermiera, che compatisce con i soldati feriti ma soffre il limite del suo ruolo, quando a una donna non era concesso accedere alla professione medica e doveva accontentarsi di un ruolo subalterno, assistere gli infermi. Permane, radicata negli strati profondi della nostra cultura, l'idea che prendersi cura sia elemento femminile, la donna madre-soccorritrice. Del resto ancora oggi in Italia le infermiere sono quasi 350 mila, mentre i colleghi uomini poco

*di Maurizio Crippa*

più di centomila. Un riconoscimento sociale incerto, un ruolo ancillare rispetto alla medicina, ma oggi non è più soltanto questione di genere. Oggi è la professione infermieristica stessa a essere in crisi. Lo dicono i numeri e le cronache. Non è soltanto l'aspetto economico e organizzativo. E' sull'idea stessa del "prendersi cura" che la nostra società sta annaspando, e il discorso potrebbe allargarsi identico ai medici. Come hanno scritto Francesco Seghezzi e Michele Tiraboschi su *Avvenire*, tra il 2010 e il 2024 le domande di immatricolazione a Infermieristica sono calate da 46 mila a 21 mila: una "crisi di vocazioni per la cura" legata "soprattutto al valore relazionale e sociale di mestieri che non sono basati sulla funzionalità di una macchina". La vera questione, dicono, "è rimettere al centro una dimensione di senso, di ragioni per cui oggi, di fronte a tante opzioni alternative, abbia senso dedicarsi a una attività del genere".

## Parametri poco vitali

Lo scorso 14 settembre il "profilo dell'infermiere" ha compiuto trent'anni: in Italia la riforma del 1994 ha riconosciuto gli infermieri professionali come "operatori sanitari". Nasceva allora anche la formazione universitaria. Trent'anni dopo, a scorrere i giornali, quel "profilo" sembra sull'orlo del collasso. Un paio di settimane fa i dati sulle immatricolazioni hanno attirato i titoli: 20.715 candidati per 20.435 posti disponibili. Calcolando abbandoni e turnover, nei prossimi anni la metà di quei 20 mila posti resterà vuota. In Italia mancano 65 mila infermieri, dati della Corte

dei Conti, numero destinato a crescere con l'aumento delle necessità e l'invecchiamento della popolazione (siamo secondi solo al Giappone, dove però sugli infermieri stanno da tempo correndo ai ripari). C'è poi un alto numero di abbandoni - soprattutto nel sistema pubblico - stimato in circa 8.000 all'anno; alto è anche il numero di chi sceglie di lavorare all'estero, per motivi economici ma non solo. La cronaca racconta poi ogni giorno il grave problema delle aggressioni nelle corsie, secondo l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza

degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie il 32 per cento degli infermieri subisce ogni anno violenze fisiche o molestie verbali. Questo aggrava un mood già negativo. Non vale solo per l'Italia. Secondo Nursing Up "il pericolo è che ognuno dei paesi (Italia compresa), all'interno di un sistema sanitario avanzato, rischi di perdere fino a 20 mila infermieri assunti a contratto a tempo indeterminato entro il 2027". La causa più indicata, da noi, sono le retribuzioni basse. Un infermiere italiano guadagna tra i 24 mila e i 32 mila euro lordi, livello tra i più bassi in Europa secondo l'Ocse. Altra causa è la mancanza di personale che costringe a forzare l'organizzazione del lavoro. La crisi degli infermieri esiste anche negli altri paesi ed è già stata scontata, negli anni, attraverso il reclutamen-



# IL FOGLIO

to di personale straniero. Non è solo il parametro economico a determinare la fuga dalle professioni di cura (che riguarda anche i medici). Com'è stato possibile?

## Eroi dello schermo

Eppure solo qualche anno fa gli infermieri, con i medici, erano gli "eroi" che ci hanno salvato dalla pandemia. *(segue a pagina due)*

Non è soltanto l'aspetto economico e organizzativo. E' sull'idea stessa del "prendersi cura" che la nostra società sta annaspando, e il discorso potrebbe allargarsi identico ai medici

Un infermiere italiano guadagna tra i 24 mila e i 32 mila euro lordi, livello tra i più bassi in Europa secondo l'Ocse. La cronaca racconta poi ogni giorno il grave problema delle aggressioni nelle corsie

**Maurizio Crippa**, vicedirettore del Foglio, è nato a Milano nel 1961. Lavora nella redazione di Milano e si occupa un po' di tutto: di politica, quando può di cultura, quando vuole di chiesa. In prima pagina ogni giorno il suo *Contro Mastro Ciliegia*. *L'Inter*, la montagna, Jannacci e Neil Young gli amori di una vita.





## L'oblio sugli "eroismi" da Covid

*La frustrazione degli infermieri. La retribuzione non adeguata pesa, ma il primo problema è un mancato riconoscimento sia sociale sia professionale. E le nuove soluzioni fanno discutere*

(segue dalla prima pagina)

La fotografia di una di loro con camice e mascherina accasciata sul tavolo, sfinita da giorni e notti senza requie, ha fatto il giro del mondo. Sono decine le serie tv in tutto il mondo che hanno a protagonisti infermiere/i magnifici e di grande empatia, dalla celebre *Nurse Jackie - Terapia d'urto* a *Nurses - Nel cuore dell'emergenza* all'italianissima *Medicina generale* della Rai. Umanissimi eroi della nostra vita quotidiana, il lato migliore di una socialità condita di stucchevoli "andrà tutto bene". E dunque? Qualche tempo fa il sito DimensioneInfermiere ha ripreso la lettera di "un infermiere/infermiere qualsiasi" sulla "continua fuga" da questo lavoro: "Non ci sono le condizioni per potermi esprimere come il/la professionista della salute che vorrei essere". O ci si adegua, "appiattendo la propria professionalità e umanità... o le attitudini del singolo professionista vengono ignorate, perché l'azienda di questo ha bisogno". Risultato: "La mia amara conclusione a riguardo è che sia i giovani italiani sia quelli sudamericani scapperanno se non saremo in grado di rendere attrattiva una professione che di per sé è magnifica, gratificante, dall'enorme potenziale". Di solito la si butta sui soldi, sul burnout. La realtà è più complessa, serve una consapevolezza critica del proprio lavoro.

Gloria, la chiameremo così, giovane infermiera in servizio da quattro anni, ci racconta la propria consapevolezza. Lavora in un reparto di medicina intensiva in uno dei migliori ospedali di Milano. Si è laureata con ottimi voti, ma dice: "Questo lavoro ho imparato ad amarlo sul campo". Eppure "il campo", il reparto, la corsia, non è per nulla facile. Riflette sulla sua esperienza: "E' un lavoro molto bello in cui conta anche il coinvolgimento umano. Però più facciamo e meno siamo valorizzati. O meglio: siamo costretti dall'organizzazione del lavoro, dalla mancanza di personale, a svolgere mansioni che non sono quelle per cui abbiamo studiato, a cui ci siamo appassionati. Molti

colleghi più anziani, che magari si sono formati prima che nascessero le lauree (a metà degli anni '90) erano più abituati a fare lavori che oggi vengono considerati demansionanti" – quegli aspetti di assistenza al malato che in teoria oggi sono competenza degli Oss, Operatori socio sanitari, che hanno il diploma di scuola professionale. Poi, con il Covid, molto di questi "anziani" sono usciti. "I giovani vogliono essere valorizzati", prosegue Gloria. "Il nostro lavoro ha oggi un livello concettuale, una padronanza di obiettivi e competenze completamente diversi. Ma troppo spesso tocca fare lavori per cui non abbiamo studiato. E nel nostro sistema sanitario non c'è spazio per migliorare, né in termini economici né professionali. E' frustrante". La retribuzione non adeguata pesa, ma il primo problema è un mancato riconoscimento sia sociale sia professionale: "Io non vengo identificata per quello che sono. Il vecchietto malato non mi riconosce, mi chiede cose che sono compito di altri". E finché non piovono insulti, va ancora bene. "Ma anche a livello aziendale ti sono richieste mansioni che spetterebbero ad altri". Così va nel pubblico, nel privato non va meglio: "Guadagni magari un po' di più perché entri con una specializzazione, ma sulla professionalità c'è molto disinteresse". Lo scoramento è davvero un sentimento così diffuso? "I dialoghi tra noi, nel corridoio o in una pausa caffè, sono tutti così: la depressione di un lavoro per cui hai studiato tanto, hai fatto tirocinio, e poi...". E' il motivo per cui molti puntano ad andare in strutture ambulatoriali private o a lavorare come "infermieri di famiglia", una sperimentazione con cui alcune Aziende ospedaliere stanno provando ad affrontare il problema delle cure esterne all'ospedale.



## Detta in soldoni

In Italia un infermiere guadagna tra i 24 mila e i 32 mila euro lordi, dipende dal luogo e dalla mansione; poi ci sono gli straordinari, i notturni. Le differenze tra regioni (la sanità è regionale) non sono forti e questo mette sotto pressione le aree dove il costo della vita è maggiore. Malgrado gli aumenti dell'epoca Covid e post, gli italiani guadagnano meno rispetto ai colleghi europei. In Francia il reddito può arrivare a 34 mila euro lordi annui, in Spagna a 35 mila, in Germania a 41 mila. La Mecca dell'Ue è il Lussemburgo, si va oltre gli 80 mila, mentre fuori classifica c'è la Svizzera, l'Eldorado che attira soprattutto i frontalieri della Lombardia, dove gli stipendi sono il doppio. Non è un caso se la Lombardia guidata da "Mr. Wolf" Guido Bertoldo abbia annunciato la creazione di alloggi a prezzi calmierati per gli infermieri, per cercare di trattenerne almeno una parte dei quattromila che ogni giorno vanno a lavorare in Svizzera. Ma per ora è solo un annuncio.

Trovare personale o trattenerlo, quando i cordoni della borsa sono stretti e le emergenze molte, diventa così anche questione di inventiva. Tempo per le grandi riforme non ce n'è (qualche giorno fa il ministro Schillaci ha detto che "servono subito diecimila infermieri per l'emergenza-urgenza", cioè i Pronto soccorso). Il governo di destra, apripista come al solito la Lombardia, indica come criticità da estirpare quella dei "gettonisti", tra i medici, e degli infermieri gestiti da cooperative. Ma non tutti sono d'accordo con le nuove soluzioni. Ad esempio Antonio De Palma, presidente nazionale di Nursing Up, è contrario alla creazione degli "assistenti infermieri", una figura intermedia ideata dall'attuale governo – in pratica un Oss con cinque anni di esperienza può ottenere un upgrade di ruolo – con l'obiettivo di

"E' un lavoro molto bello in cui conta anche il coinvolgimento umano. Però più facciamo e meno siamo valorizzati. O meglio: siamo costretti a svolgere mansioni che non sono quelle per cui abbiamo studiato, a cui ci siamo appassionati", dice un'infermiera

tamponare la carenza di infermieri: "Un gran pasticcio, che acuisce la già precaria stabilità della professione infermieristica". Così come è ancora da valutare la scelta effettuata da Bertolaso (che ha provocato qualche tensione) di chiudere le porte alle cooperative infermieristiche – che in questi anni hanno svolto supplenza rispetto alla necessità di personale che il sistema pubblico non era in grado di reclutare – e sostituirle con un sistema "liberalizzato"

in cui gli infermieri possano svolgere anche attività in partita Iva (su una base di 40 euro all'ora) per rallentare la fuga verso il settore privato. L'ultima riforma per la sanità territoriale ha previsto la creazione di "case di comunità", ma gli infermieri per aprirle non ci sono. Il governo, Lombardia anche qui apripista, ha riaperto la caccia agli infermieri extracomunitari. Ma ci sono due problemini: uno, per ottenere l'equipollenza dei titoli di studio in Italia occorrono ancora dai sei mesi a un anno. Due, ci racconta un operatore che per anni ha reclutato e formato personale nel sistema cooperativo, "quando hai preparato l'infermiere, quando ha superato il gap della lingua, quando lo hai inserito, resta il problema generale del nostro paese: niente welfare, niente sostegno all'abitazione eccetera: così il tuo infermiere appena può va in Germania, dove tutto questo è garantito immediatamente". La soluzione rapida più praticabile resta al momento quella di liberalizzare la professione, permettendo di lavorare dentro e fuori il Sistema sanitario nazionale. Secondo Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale ordini professioni infermieristiche (Fnopi), occorrerà "eliminare del tutto il vincolo di esclusività". Ma l'impressione di un panorama depresso e senza prospettive rimane. *(segue a pagina tre)*

La Svizzera, dove gli stipendi sono il doppio, è l'Eldorado che attira soprattutto i frontalieri della Lombardia. Il governo di destra, apripista come al solito la Lombardia, indica come criticità da estirpare quella dei "gettonisti", tra i medici, e degli infermieri gestiti da cooperative





# UN PAESE IN CRISI DI CURA

*Infermieri, i grandi malati. Sottopagati, demotivati perché indotti a svolgere altre mansioni o delusi dallo scarso riconoscimento sociale. In Italia ne mancano 65 mila, e tanti abbandonano o vanno all'estero. Storie di una professione sull'orlo del collasso. Un'indagine*

## L'oblio sugli "eroismi" da Covid

*La frustrazione degli infermieri. La retribuzione non adeguata pesa, ma il primo problema è un mancato riconoscimento sia sociale sia professionale. E le nuove soluzioni fanno discutere*

*(segue dalla seconda pagina)*

Non solo questione di soldi, c'è un tema di riorganizzazione di sistema. Ma, ci dice un esperto, il problema è che ognuno bada al suo pezzetto: "La politica deve offrire risposte che appaiano risolutive, ma spesso sono panacee, e le risorse sono sempre poche - o sempre giudicate troppo poche da chi è all'opposizione. Chi ha la responsabilità organizzativa bada solo a far marciare le aziende, ma la qualità e la selezione del personale restano sullo sfondo". Così la "fuga" verso la libera professione, i poliambulatori privati (niente turni, niente reparti a rischio) prosegue. Chi è al timone della nave che sbanda cerca di rifunzionalizzare qualche pezzo, ma è sufficiente?

### **L'alveare impazzito**

I numeri danno solo una percezione astratta. Il vero dramma è guardare la sanità come fosse un comparto industriale. Invece la combinazione tra fattore umano e competenze è più complessa. Davvero sono gli aspetti economici e organizzativi a determinare una crisi che si può definire sistemica? Più di un osservatore sottolinea che in difficoltà è l'idea di stessa di cura: il paziente (specie se anziano, se cronico) va gestito con procedure standard, quando è possibile a distanza (delizia e croce della telemedicina) e il costo misurato in livelli di prestazioni. Ma non tutto può essere così.



# IL FOGLIO

Ogni anno la Giornata internazionale dell'infermiere si celebra il 12 maggio, data di nascita di Florence Nightingale, considerata la fondatrice della professione infermieristica moderna. Un po' di storia non guasta. Durante la guerra di Crimea del 1853, questa donna nata in una famiglia della grande borghesia inglese, di profonda fede anglicana e paladina-missionaria dell'assistenza ai malati, fu incaricata dall'esercito inglese di occuparsi dell'ospedale di Scutari, in cui i feriti giacevano in condizioni che avevano sollevato scandalo fino in patria. Con quaranta infermiere selezionate con metodo militaresco, ribaltò l'organizzazione dell'ospedale, a partire dall'igiene e dall'impostazione di un metodo scientifico di lavoro. Dopo la guerra Nightingale passò alla formazione delle infermiere, e volle che avvenisse in convitti in cui preparazione tecnica e dedizione morale fossero tutt'uno. Insomma l'infermieristica moderna, evoluzione delle cure medievali affidate agli ordini religiosi, nasce con un'idea femminile e missionaria. In Italia i convitti per le infermiere furono istituiti dal fascismo. Solo nel 1971 l'obbligo di internato fu soppresso e l'accesso alle scuole aperto anche agli uomini. Oggi l'infermieristica viene definita "un corpus complesso e sistematico di conoscenze e strumenti teorico-metodologici volti all'esercizio delle funzioni di tutela e promozione della salute, individuale e collettiva". Ma ad avere forgiato e sorretto questa "dedizione alla cura" è stata un'impronta religiosa o di tipo filantropico. Oggi questo substrato culturale è molto modificato.

Il Covid non è stato solo una tragedia e uno stress test del sistema sanitario, per gli infermieri ha generato anche un "long Covid" che ha fatto emergere malesseri e necessità profondi. In primis quella di un riconoscimento sociale della professione, presto tradita dalla politica sanitaria e dagli stessi utenti. Ma anche una sorta di "paura della professione", certamente esposta a fattori di pericolosità in precedenza meno considerati. Oggi è come se l'infermiere, spingendo di lato i medici, fino a ieri unici protagonisti della scena, rivendicasse un ruolo e un riconoscimento decisamen-





# IL FOGLIO

te più consistente. Anche a costo di minare il vecchio contesto organizzativo. E' cambiato un mondo, e intanto cambiano anche le esigenze dei pazienti, soggetti a loro volta a una esasperazione sociale che sembra dominare ovunque.

## Anamnesi di una crisi

Un esperto alto dirigente di una grande struttura di cura privata, che da oltre trent'anni ha a che fare con l'organizzazione del lavoro di medici e infermieri, ci ricorda innanzitutto che le cose non accadono *out of the blue*: "Dalla fine degli anni '80 si sono susseguiti diversi periodi di crisi infermieristiche. Alla fine '80 la carenza di personale, che determinò la prima vera necessità di reperimento dall'estero, fu causata dal passaggio dal diploma rilasciato dalle scuole infermieristiche ospedaliere, a cui ci si poteva iscrivere dopo il biennio di una qualsiasi scuola superiore e potremmo dire sotto casa, in quanto ogni ospedale aveva la sua scuola, alla preparazione universitaria, più lunga e costosa". Per la prima volta il ministero della Sanità, impreparato, si trovò a gestire, tra molte difficoltà la ricerca di personale straniero. Ma l'occasione di riforma fu sfruttata meno bene che in altri paesi. Poi per un lungo periodo la ripresa si è consolidata, anche a causa delle ripetute crisi del mondo industriale: l'infermiere era diventato uno sbocco lavorativo sicuro. Oggi, spiega il nostro dirigente esperto, c'è una crisi che ha ragioni diverse. Da un lato l'insoddisfazione di cui s'è detto. Dall'altro un mutamento di percezione: "Oramai sono parecchi i rivoli soggettivi che dilagano tra gli infermieri, poco orientati (dalle scuole universitarie? Se così fosse è un bel problema) al paziente come centro attorno a cui deve ruotare l'organizzazione sanitaria, e invece molto orientati all'affermazione dell'autonomia e indipendenza dell'agire infermieristico". Dinamica presente anche nel mondo industriale e dei servizi - basti pensare al fenomeno, molto mediatizzato, delle "grandi dimissioni" - che ha fatto crescere "un'idea che pare ormai dominante della superiorità delle esigenze individuali rispetto a quelle dell'organizzazione e dello stesso scopo ultimo di



# IL FOGLIO

una professione". Si sta insomma perdendo di vista, ci racconta anche un altro dirigente, ex infermiere poi passato dall'altra parte, "l'idea di cura come una complessità in cui coesistono più esigenze, ma al centro c'è il malato. Così i politici o i direttori delle aziende vedono solo la parte organizzativa o contrattualistica, e il concetto di cura è meno considerato. Nessuno lo vuole ricordare, ma la stessa crisi di vocazione i paesi del nord Europa lo hanno già vissuto, a livello anche medico, anni fa. E lo hanno risolto ricorrendo agli stranieri: cioè abdicando a una possibile rinascita sociale dell'interesse per la cura dei fragili". Altro sguardo allo stesso problema, un operatore che si occupa di reclutamento e formazione dice: "Se oggi vai in una scuola a proporre agli studenti questo lavoro ti guardano come un matto. E' difficile far capire che il lavoro di cura ha un suo senso di fronte a obiezioni tutte sugli orari di lavoro e i turni. Mi è capitato nei colloqui che la prima richiesta fosse: voglio il weekend libero".

Il nostro manager esperto stila una poco divertita (anzi amareggiata) casistica degli indicatori della perdita di motivazione degli infermieri, vista dal vivo: "a) Uso del cellulare in faccia al paziente durante l'assistenza; b) Rifiuto di fare notti, sabato e festivi; c) Fuga dai reparti più pesanti o considerati a rischio; d) Richiesta di smart working (!); e) Turn over continuo da una struttura all'altra; g) Preferenza della libera professione, concentrando tante ore in pochi turni; h) contrapposizione con le altre figure del sistema sanitario (fisioterapisti, tecnici di radiologia...) viste come figure meglio tutelate".

La questione è insomma legata a una nuova, diversa, disposizione nei confronti di un esercizio di cura al cui centro non c'è però un oggetto ma una relazione con persone. Accade anche nella scuola, nel sostegno alle disabilità, nel care giving e in tutte le attività alla cui base non può esserci che una consapevolezza umana. Un lavoro usurante? Difficile negarlo.

Per usare le parole di De Palma: "L'infermieristica, le professioni assistenziali sono usuranti per antonomasia perché espongono l'essere umano al contatto costante col dolore e con la morte, con la responsabilità di avere tra le mani vite umane... Se non è questa usura, e lavorare il doppio perché non c'è abbastanza personale, quale





altra professione è tanto usurante?”. Si deve riflettere su come adeguare tutto ciò alle nuove consapevolezze sociali. Ma è improbabile pensare di poter aumentare le iscrizioni a Infermieristica senza recuperare questo profondo livello morale.

## Andare all'estero

Scontentezza, difficoltà di sistema. Ma anche una minore disponibilità. Sono cose che si sommano e non si elidono. L'impressione è quella di una professione rimasta a cento anni fa: senza evoluzione, senza possibilità di carriera, senza riconoscimento sociale. In più, la carica filantropica che la sorreggeva è come svuotata. “Una catena fordista che non funziona più”, ci dicono. “Manca un po' di anima”, ci dice un infermiere, ma manca anche la prospettiva. Il risultato è che l'Italia è il paese Ocse con meno infermieri per mille abitanti, 6,4 contro una media europea di 9,5, e anche la percentuale di laureati in Infermieristica è la più bassa, 17 su centomila abitanti contro una media di 48.

Uno dei ritornelli più ripetuti, in parte con fondamento e in parte con un eccesso retorico dei media, è la grande fuga all'estero. All'estero si lavora meglio e funziona meglio. Tutto vero? In parte sì, almeno dal punto di vista retributivo. Ma, soprattutto in alcuni paesi, la differenza la fa la qualità. E' la storia che ci racconta un'altra giovane infermiera, la storia di Anna. Che si è laureata all'Università Vita Salute del San Raffaele, aveva una buona prospettiva di carriera, ma ha deciso di fare un'esperienza in Gran Bretagna, inizialmente un anno, “un po' per formazione un po' per cu-

riosità di vita”. Ha fatto domanda al National Health System, ha superato alcuni step. Ora vive e lavora con soddisfazione a Oxford come infermiera specializzata, con un livello di carriera e mansioni top. Torneresti in Italia? “Sì, ma a parità di condizioni professionali e di stipendio”. Cioè no. La sua storia spiega il perché. Oggi Anna è infermiera specializzata (Advanced nurse practitioner) in chirurgia plastica, specialista nel seguire pazienti che hanno effettuato un intervento di ricostruzione del seno. Il suo inquadramento, dipendente del NHS, è a un livello alto, “band 8”. Soddisfazione professionale? “Molta”. Differenze? “La prima differenza decisiva del sistema inglese è proprio questa. Io, come altri colleghi arrivati con laurea da paesi sia Ue sia extra europei (il Regno Unito ha una politica di reclutamento molto sviluppata e facilitata dai rapporti con i paesi Commonwealth, ndr) siamo entrati a un livello base di carriera. Infermiere di reparto. Ma subito sei inserito in un 'education team' in cui altri colleghi svolgono attività di tutoring; devi superare dei corsi, se lo scegli puoi intraprendere una specializzazione. Io stessa, dopo un anno e mezzo, sono entrata a far parte di un 'education team' per la formazione di nuovi infermieri”. In pratica sei guidato a una crescita continua, cosa che da noi “fai solo con l'esperienza”, come si dice. “Esatto. Poi ci sono livelli di responsabilità – e quindi anche di autonomia nella gestione del tuo lavoro – a salire, da infermiere generico a vice caposala, a caposala. Poi, specializzandoti, puoi accedere ai 'Band' 8 o 9, in pratica dirigenziali, che comprendono una parte di alta responsabilità, di guida del reparto, o della tua équipe”. *(segue a pagina quattro)*

Florence Nightingale, considerata la fondatrice della professione infermieristica moderna, si occupò di un ospedale militare durante la guerra di Crimea del 1853. Con una “dedizione alla cura” forgiata e sorretta da un'impronta religiosa o di tipo filantropico. Oggi questo substrato culturale è molto modificato

Anna, che si è laureata all'Università Vita Salute del San Raffaele, vive e lavora con soddisfazione a Oxford come infermiera specializzata, con un livello di carriera e mansioni top. Torneresti in Italia? “Sì, ma a parità di condizioni professionali e di stipendio”. Cioè no. La sua storia spiega il perché



# UN PAESE IN CRISI DI CURA

*Infermieri, i grandi malati. Sottopagati, demotivati perché indotti a svolgere altre mansioni o delusi dallo scarso riconoscimento sociale. In Italia ne mancano 65 mila, e tanti abbandonano o vanno all'estero. Storie di una professione sull'orlo del collasso. Un'indagine*

## L'oblio sugli "eroismi" da Covid

*La frustrazione degli infermieri. La retribuzione non adeguata pesa, ma il primo problema è un mancato riconoscimento sia sociale sia professionale. E le nuove soluzioni fanno discutere*

### La difficoltà di essere infermieri, punto d'unione di due debolezze del paese

(segue dalla terza pagina)

La possibilità di specializzarsi in Italia è molto più difficile e comunque non inserita in una precisa organizzazione: "Io invece ho fatto un corso di chirurgia plastica, poi un master di due anni in senologia diagnostica e chirurgia senologica – ovviamente sempre riferiti alla mia qualifica di assistente, non certo alla parte medica". In Italia sarebbe più difficile? "Diciamo che qui quei master sono pagati dal NHS. Anzi addirittura, se scegli di fare un certo tipo di master hai anche uno 'study day' settimanale retribuito". Il risultato? "Oltre a una migliore retribuzione, puoi progredire nella autonomia professionale, accedi a un ruolo superiore, hai la capacità di prendere decisioni cliniche complesse". Quindi un lavoro molto diverso. "Io oggi, sempre nella parte infermieristica, faccio anamnesi, stabilisco obiettivi, prescrivo farmaci e alcuni esami. Ovviamente nel mio campo e solo in quello. Tutto questo in Italia è impossibile, e questo limita molto il lavoro di cura anche perché sovraccarica il ruolo dei medici". La professione infermieristica a questo livello di organizzazione cambia, "io non faccio turni, lavoro anche in ambulatori specialistici in cui seguo determinati pazienti. Un altro concetto". Non tutto è oro: "Anche qui c'è insoddisfazione, ai livelli più bassi, il personale che arriva dall'estero è spesso da formare, le retribuzioni inferiori. Ma la prospettiva professionale è molto delineata". Differenza con l'Italia: "Lì il profilo professionale resta piatto, non c'è possibilità di carriera". Tornare? "Sì, ma...". Cioè no.

#### Lo specchio di un paese bloccato

La storia degli infermieri in Italia è la storia allo

specchio di un paese doppiamente bloccato. Da un lato è il ritratto di un paese fermo che non sa trasformarsi: non solo il suo sistema sanitario ma tutta la funzione pubblica, in cui le professioni non sono riconosciute. In cui la professione infermieristica è ancora legata a un'immagine di decenni fa. E in cui le differenziazioni – Oss, assistenti infermieri, personale paramedico – non corrispondono a vere specializzazioni. Si esce dall'università e nel settore pubblico si rimane più o meno dove si è. Dall'altro lato del specchio, la crisi in cui si dibatte la professione infermieristica – ma c'è molta differenza con quella degli insegnanti? – è anche il dramma di una società che sta perdendo un'idea di sé. L'idea di cura in questo caso – e in un momento in cui ad esempio la cura del dolore sta richiedendo sempre più attenzione – che richiede un surplus empatico che non è soltanto un fronzolo aggiunto, da segnalare sul portfolio, ma è una parte del Dna di un lavoro che è, e sempre sarà, molto particolare. Ma questa difficoltà di empatia, di dedizione non quantificabile, è un problema che emerge in tutti gli ambiti della convivenza civile. O vogliamo credere che le esplosioni di violenza cui assistiamo, dentro e fuori gli ospedali, o di disinteresse sociale, siano un caso? La difficoltà di essere infermieri è il punto d'unione simbolico, ma molto concreto, di due debolezze del nostro paese. Abbiamo iniziato evocando un'infermiera del cinema, concludiamo evocando un infermiere e del





# IL FOGLIO

piccolo schermo. Il Daniele protagonista proprio in questi giorni della seconda stagione di una serie di successo, *Tutto chiede salvezza 2*, tratta dal romanzo di Daniele Mencarelli. Il ragazzo protagonista, nel romanzo e nella prima stagione, è ricoverato in un reparto psichiatrico per un TSO e a salvarlo è proprio il rapporto con gli altri pazienti e infermieri. Ora ha scelto di divenire lui stesso infermiere. Ma si trova alle prese col suo “eccesso di empatia verso il dolore” e i rischi che comporta.

Molti infermieri avranno da eccepire, come fecero per la prima stagione, sul modo approssimativo di rappresentare la loro professione. Ma quella domanda è impossibile da evitare.

**Maurizio Crippa**



EMERGENZA SANITÀ

# «Io, medico d'ospedale preso a pugni per una tac»

*Il sanitario si era rifiutato di fare l'esame (secondo lui inutile) richiesto dalla paziente. Aumentano le aggressioni in corsia*

THOMAS USAN

«Fino a quando la situazione non verrà risolta, negli ospedali servirà più personale delle forze dell'ordine». Marco Evangelista, 38 anni, responsabile di Anaa (Associazione nazionale aiuti e assistenti ospedalieri) Giovani Campania, è stato aggredito un anno fa, ad aprile 2023, da un parente di una paziente. «All'epoca lavoravo in un'azienda ospedaliera nella periferia di Napoli, con un'utenza molto eterogenea e difficile - racconta -. Un giorno arriva una paziente che pretende alcune prestazioni non dovute, fra cui una tac senza un motivo valido». Marco insiste nel voler negare l'esame alla donna, fino a che la situazione degenera: «La signora chiama il compagno in corridoio, che prima mi insulta e poi mi aggredisce subito dopo con pugni in faccia. In quel momento erano presenti diversi colleghi che hanno assistito a quanto accaduto e hanno anche cercato di fermare l'uomo. Mi ha aggredito davanti a tutti, non in un'area nascosta, come se non ci trovassimo in un ospedale». Continua: «Ho dovuto denunciarlo personal-

mente, perché sfortunatamente non siamo riconosciuti come pubblici ufficiali, quindi se non segnaliamo non succede niente. Molti operatori lasciano perdere per paura di ripre-

cussioni personali». Secondo il rapporto relativo all'anno 2023 dell'Os-

servatorio nazionale sulla sicurezza negli ambienti sanitari del ministero della Salute sono 123 gli operatori vittime di aggressione. Tra le figure professionali più colpite prevalgono medici e infermieri, mentre, per quanto concerne i luoghi interessati, 37 di tali aggressioni sono avvenute nel servizio psichiatrico, 18 nei pronto soccorso, 26 nelle aree di degenza, 15 negli ambulatori, cinque nei servizi per dipendenze, tre sul territorio, sei, infine, negli istituti penitenziari. Da aprile dello scorso anno, le aggressioni al personale medico sono aumentate. L'episodio di Foggia di due settimane fa (in cui una cinquantina di parenti hanno aggredito una decina di operatori) è solo tra gli ultimi in ordine cronologico. Ormai si parla di una vera e propria «emergenza nazionale», sottolinea il giovane medico. Ma perché i casi continuano a crescere con questa frequenza? «La situazione è frutto della carenza di personale. Siamo in pochi, demotivati e sottopagati: le attese sono più lunghe, i pazienti arrivano stanchi ed esasperati» aggiunge Marco. E quindi che fare? «È necessaria una riforma. Ci sono molte persone che arrivano in ospedale, anche quando non dovrebbero. Capita che dici a un paziente: "guardi questo problema poteva essere risolto con una semplice compressa, avrebbe dovuto rivolgersi al medico di base o alla guardia medica". Spesso mi raccontano che ci hanno pro-

vato ma non hanno mai ricevuto risposta. E questo succede perché anche i medici di base sono troppo pochi. Anche in questo caso serve un piano di assunzioni». Lo scorso 16 settembre i camici bianchi sono scesi in piazza per protestare contro le aggressioni agli operatori sanitari. I medici di Anaa e Cimo Fesmed (professionisti del privato e dirigenti) hanno esposto una serie di cartelli. «Aggredisci un medico? Non ti potrà curare più». Oppure «Ora basta! I luoghi di lavoro devono essere sicuri». «I colleghi hanno risposto, dobbiamo dire basta alla spirale di violenze. Andremo avanti, questa è solo la prima manifestazione. Forse i cittadini non hanno capito il sacrificio che facciamo ogni giorno, lavorando nelle condizioni in cui si trova oggi la sanità pubblica» ha dichiarato il segretario nazionale Anaa Pierino Di Silverio. Sulla questione il governo Meloni sta valutando di introdurre il cosiddetto «daspo» per tutti coloro che aggrediscono gli operatori, imponendo, così, degli oneri sulle prestazioni sanitarie gratuite.

**L'esperienza di Marco, aggredito un anno fa. Nel 2023 123 operatori sanitari presi di mira (la maggior parte nel servizio psichiatrico)**





PARLA EUGENIO GAUDIO

«Sanità in crisi?  
Più investimenti  
E ora i medici  
vanno tutelati»

DI ALESSIO GALLICOLA  
a pagina 15A COLLOQUIO CON **EUGENIO GAUDIO**

# «Sanità in crisi? Più investimenti e tutelare i medici»

*L'ex rettore della Sapienza: «Ma così la formazione funziona»*

DI ALESSIO GALLICOLA

**B**ilanci in rosso. Regioni in ritardo nella spesa dei fondi per le liste d'attesa. Emigrazione ospedaliera. Posti letto in diminuzione. E poi, come se non bastasse, medici in fuga da retribuzioni basse e rischi altissimi di aggressioni, specie nei Pronto Soccorso. Povera sanità. La narrazione drammatica risente, oggettivamente, degli episodi di cronaca, ma è un fatto che uno dei cardini del sistema di protezione sociale del Paese mostri da anni pericolose crepe.

Un malato grave, si direbbe. Al quale va somministrata una terapia d'urto. Da un medico bravo. Come Eugenio Gaudio, calabrese di Cosenza, laureato alla Sapienza nel 1980 e poi divenuto Rettore per sei anni (2014-2020). Nonostante le sollecitazioni derivanti da uno standing professionale rilevante, non ha mai aderito alle lusinghe della politica. Famoso il suo «no» alla nomina a Commissario della Sanità in Calabria da parte del governo nel 2020. La Sapienza è la sua casa, da tre anni è presidente della Fondazione dell'Università. E da

quell'osservatorio guarda con interesse le dinamiche del microcosmo sanità, con un focus sulla formazione. Ed è da lì che si parte, dallo stop al numero chiuso nelle facoltà di Medicina.



**Basterà per risolvere il problema dell'accesso all'Università e per favorire la formazione di più medici?**

In realtà le cose non stanno proprio così; infatti, anche l'attuale disegno di legge all'attenzione del Parlamento prevede una profonda revisione del meccanismo di ingresso a Medicina, con un primo semestre a libera iscrizione. Ma poi, al termine del semestre ed a seguito di un esame nazionale e della conseguente graduatoria, potranno continuare gli studi solo un numero di studenti pari al numero programmato. Questo, a mio avviso, è indispensabile per tre motivi: garantire una preparazione di qualità ai nostri futuri Medici, che già oggi sono apprezzati a livello internazionale; garantire il riconoscimento Europeo del nostro titolo di studio; evitare la

pletora e la disoccupazione dei medici, che sarebbe inevitabile, e con alto costo per il Paese, se non ci fosse la programmazione del numero che, ricordo, è calibrato in base alla capacità formativa degli Atenei ed alle esigenze del Sistema Sanitario Nazionale. A tal proposito, voglio sottolineare che, contrariamente a quanto spesso si legge o si sente, in Italia il numero dei Medici è oggi pari a 4,1 per mille abitanti contro il 3,8 della media dei Paesi con cui ci confrontiamo, quindi non ci mancano i Medici.

**Ma come, e le denunce di carenza di medici che ascoltiamo tutti i giorni?**

Oggi mancano alcune tipologie di specialisti e c'è una fuga dal Sistema Sanitario Nazionale, che sta perdendo attrattività per i nostri giovani laureati. Anche qui i motivi sono noti: scarsa retribuzione rispetto agli altri Paesi europei, notevole contenzioso medico-legale e, come abbiamo purtroppo visto in questi giorni, addirittura aggressioni fisiche.

La formazione di più medici, che si sta realizzando grazie all'aumento dei posti voluto dal Ministro Bernini e prontamente accolto dalle Università, si è reso necessario, almeno per qualche anno, per colmare il notevole esodo dei medici previsto per circa altri quattro anni, dovuto innanzitutto al pensionamento dei medici nati negli anni '50-'60 all'epoca del "baby-boom".

**C'è sempre più carenza di medici specializzati in Medicina**

**d'Urgenza, con i Pronto Soccorso che faticano a trovare camici bianchi e finiscono per dover noleggiare i costosi gettonisti delle cooperative per coprire i turni. Cosa si può fare per rendere più attrattiva questo tipo di specializzazione?**

Bisogna trovare il modo di aumentare la retribuzione, di prevedere espresse specificità per questi medici di prima fila, assieme ad una tutela giudiziaria che li preservi da denunce e minacce, che rendono sempre più ingrato questo lavoro; inoltre, è necessario individuare gli opportuni sviluppi di carriera oltre che modalità flessibili che evitino un incardinamento a vita nei Pronto Soccorso.

**L'annoso problema delle liste d'attesa porta i cittadini meno abbienti alla rinuncia alle cure. Secondo una ricerca della Fondazione Gimbe sol 6 Regioni sono completamente trasparenti sui tempi previsti e il rispetto delle priorità indicate nelle impegnative. Molte non indicano i tempi medi d'attesa: quali soluzioni per abbattere le code e consentire l'accesso a visite ed esami a tutti?**

Io penso che il nostro Sistema Sanitario sia uno dei pochi servizi resi al cittadino in cui il nostro Paese è ai primi posti al mondo, nonostante tutte le criticità ben note e che devono essere affrontate. E' indispensabile investire sulla Salute, uno dei pilastri (assieme all'Istruzione) del welfare sostenibile. Da troppi anni Governi di diversi colori non hanno investito sul SSN, oggi ne tocchiamo le conseguenze. Bisogna impegnarsi per aumentare il finanziamento del SSN e so che su questo il Ministro Schillaci è seriamente impegnato. Ma gli investimenti non bastano: per eliminare le liste d'attesa bisogna aumentare l'appropriatezza delle richieste (molti esami non sono utili e non dovrebbero essere richiesti), valorizzare il ruolo del Medico di Famiglia e spostare la centralità dell'assistenza dall'Ospedale al territorio.

**C'è anche un deficit di posti letto in Italia, che provoca un effetto-imbuto nei Pronto Soccorso, con il sovraffollamento delle astanterie anche a causa della mancanza di posti nei reparti di degenza. Dopo anni di pesanti tagli, come si può tornare ad un più adeguato rapporto posti letto-residenti in tutte le Regioni?**

Anche qui, non basta, o a volte

non serve nemmeno, aumentare i posti letto: in alcuni Pronto Soccorso, più dell'80% degli accessi è inappropriato, i codici bianchi sono tanti ed i codici rossi (quelli che hanno davvero bisogno dell'urgenza dell'intervento medico o chirurgico) sono pochi. E' necessario aumentare il filtro da parte della medicina di base e cercare di intercettare e risolvere più sul territorio e a casa del paziente i problemi che non meritano un approfondimento diagnostico ed un intervento terapeutico urgente.

**Da ex Rettore dell'Università La Sapienza, è favorevole allo spostamento dall'attuale sede dell'Umberto I? E se sì, quale nuova ubicazione sarebbe a suo avviso più adeguata per questo Policlinico universitario?**

Premesso che ho sempre sincero rispetto per chi governa la Sanità regionale, settore tutt'altro che facile da gestire, che deve compiere scelte complesse e difficili, non posso su questo punto che ripetere quanto ho sostenuto e portato avanti, con maturata convinzione, negli ultimi vent'anni, in cui ho ricoperto via via le cariche di Vicepresidente, poi Preside, della Facoltà di Medicina ed infine di Rettore della Sapienza nel sessennio 2014-2020. Sono, infatti, convinto che l'interesse pubblico, complessivamente considerato, porti a dire che il Policlinico Umberto I abbia il suo senso più compiuto solo nell'area in cui è adesso ubicato.

**Per quale ragione?**

Per almeno quattro buoni motivi. Dobbiamo innanzitutto ricordare che l'Umberto I è la sede della Facoltà di Medicina della Sapienza, sin da quando è stato istituito, agli inizi del Novecento, dal Ministro e Clinico medico Baccelli. Questo vuol dire che gravitano su di esso migliaia di Docenti, i quali li svolgono la loro attività inscindibile di didattica-ricerca-assistenza, nonché di Specializzandi e studenti non solo di Medicina, ma anche del-





le Professioni Sanitarie. Al di fuori del Policlinico, su Viale Regina Elena e nella Città Universitaria, ci sono numerosissime strutture fondamentali per la formazione del medico: dalla Clinica Odontoiatrica all'Eastman, dall'Istituto di Anatomia Umana al Dipartimento di Medicina Molecolare, dal Dipartimento di Igiene alla Medicina Legale, dalla Biochimica alla Fisiologia Umana, etc etc. Inoltre, nel quartiere, che fu pensato come una vera Città della Scienza, troviamo il CNR, l'Istituto Superiore di Sanità, la Biblioteca Nazionale, etc. Sradicare da questo contesto la parte Clinica,

oggi contenuta nel recinto murario del Policlinico, vorrebbe dire, a mio avviso, delocalizzare un Ospedale che diventerebbe, privato dell'interazione feconda con le strutture che prima ricordavo, un Ospedale comune, e non quel grande Ospedale di Ricerca e formazione, qual è stato ed è tuttora il nostro Policlinico. Senza citare il disagio enorme di studenti e docenti che dovrebbero dividersi pendolando fra la sede dell'Ospedale e la sede dell'Università, con grave dispendio di tempo ed energie e risultati sicuramente non positivi. Inoltre, l'attuale sede si trova

in una posizione ideale per collegamenti: a distanza percorribile a piedi dalle due grandi Stazioni ferroviarie di Roma Termini e Tiburtina, con la fermata della metropolitana, del tram e dei bus che rendono oggi il Policlinico l'Ospedale dei romani e del centro di Roma, facilmente raggiungibile da tutti.

*Numero chiuso a Medicina  
Con il sistema attuale  
riusciamo a garantire  
preparazione di qualità  
e al contempo evitiamo  
la disoccupazione sanitaria*

## *Lo spostamento del Policlinico*

*Lo ripeto da vent'anni  
Per l'interesse pubblico  
l'Umberto I ha un senso  
solo nell'area in cui  
è attualmente ubicato*



**20** set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S  
24

## Università: saranno 15.577 i posti disponibili per le specializzazioni in Medicina

Saranno 15.577 i posti disponibili per le Scuole di specializzazione in Medicina: 14.576 coperti con fondi statali, mentre la restante parte sarà garantita da fondi regionali e da altri enti finanziatori pubblici e privati. Lo prevede il decreto del Mur pubblicato oggi con la ripartizione dei posti tra le Scuole di specializzazione di area sanitaria ad accesso riservato ai medici attivate per l'anno accademico 2023-2024. I posti sono in calo rispetto ai 16.165 previsti lo scorso.



Nelle 51 Scuole di specializzazione di area sanitaria, il maggior numero di posti (1.577) è assegnato ad Anestesia e Rianimazione, seguito da Medicina d'emergenza-urgenza (999), pediatria (813) e medicina interna (808). Il decreto precisa che "i posti aggiuntivi indicati nella tabella allegata come coperti con finanziamenti che prevedono, ai sensi del Ddg. Mur protocollo 1219/2024, il possesso di specifici requisiti richiesti dai rispettivi enti finanziatori, sono assegnati, in ordine di graduatoria, ai candidati del bando di concorso numero 678/2024 che risultano in possesso degli requisiti secondo quanto da essi stessi attestato tramite la apposita piattaforma informatica attivata, dal 28 agosto all'11 settembre 2024, nelle rispettive aree personali sul sito university".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



20 set 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S  
24

## La sfida della simulazione per la formazione dei futuri chirurghi

di Pierpaolo Sileri \*

Da alcuni anni stiamo assistendo a una progressiva contrazione del numero di posti coperti in diverse scuole di specializzazione, con un'assegnazione che, nel 2023, è repentinamente scesa al 64,7 per cento. Alcune di queste scuole detengono un triste primato, come ad esempio la medicina d'urgenza, l'anatomia patologica, la microbiologia e virologia, la radioterapia, la medicina delle comunità, con alcune di esse che rimangono sprovviste di iscrizioni.

Trend che, se rimanesse costante, genererebbe inefficienza nell'erogazione delle prestazioni nel nostro Ssn, accentuandone le disomogeneità.

Tra le specializzazioni si osserva una preoccupante e crescente riduzione delle iscrizioni anche in Chirurgia Generale, specializzazione storicamente molto ambita e attrattiva, anche per i molteplici sbocchi professionali. Attrattività che tra l'altro era sufficientemente omogenea su tutto il territorio nazionale.

Ed è da qui che dovremmo partire per tornare a rendere più attrattiva la figura del chirurgo generale, sia sul piano della professione, ma, prima ancora, su quello del percorso formativo: una formazione completa è il punto di partenza per acquisire una maggiore sicurezza sia per il/la professionista che per il paziente stesso. Questa formazione inoltre deve includere sempre di più quella tecnologia esistente e altamente innovativa.

La pratica unita alla teoria, come ripetizione di situazioni e atti. Nella mia formazione, durante i primi passi in chirurgia, sono stato abituato a sentire questa frase: "uno lo vedi, uno lo fai, uno lo insegni". Non può e non deve essere così. Serve tanta conoscenza, accompagnata da tanta pratica. Si osserva, si esegue, si ragiona su ciò che è stato fatto e si esegue di nuovo, fino al raggiungimento di una completa autonomia. Questo iter, grazie alla simulazione avanzata, deve diventare una componente essenziale della formazione degli studenti e delle studentesse di Medicina e chirurgia e poi dei medici in formazione specialistica. Il Simulation Lab di UniSR, (Università Vita-Salute San Raffaele) persegue proprio questo scopo, perché tutte le discipline possono beneficiarne, a partire da quelle che richiedono maggiore pratica manuale.

La simulazione consente di esercitarsi in situazioni del tutto sovrapponibili alla realtà, con una crescente acquisizione di competenze, fino al raggiungimento della completa autonomia, in quella determinata procedura chirurgica, pronti per il mondo reale. La professione del chirurgo richiede da sempre una formazione accurata e completa, ma a causa delle criticità del nostro sistema sanitario, prima tra tutte la carenza di medici e liste di attesa troppo lunghe, oggi risulta difficile conciliare una formazione che sia



completa e allo stesso tempo acquisita in tempi brevi. In questo senso ecco che ci viene aiuto la realtà simulata, che mima i tempi e i gesti dell'intervento chirurgico senza danni, ripetendo l'azione, correggendo la stessa fino al raggiungimento dello standard. Per i nostri studenti e studentesse di Medicina ci avvaliamo di intelligenza artificiale, realtà aumentata e virtuale, manichini dotati di sistema cardiopolmonare, vascolare, neurologico, in grado di muovere gli arti, la testa, gli occhi, capaci di comunicare con il personale sanitario, ricreando quindi scenari reali: il trauma stradale, la sala del pronto soccorso, fino alla terapia intensiva. Per la chirurgia generale ci avvaliamo di simulatori di chirurgia mininvasiva, sale operatorie e strumenti esattamente uguali a quelli che si usano nella realtà. Usiamo anche i robot più evoluti per la chirurgia, simulandone l'utilizzo. Gli errori commessi rimangono nel simulatore e nella memoria del discente che quindi, una volta pronto, potrà trasferire le conoscenze acquisite nella pratica chirurgica.

Immaginiamo un intervento laparoscopico, come ad esempio la rimozione di un tumore del colon. Il futuro chirurgo, dopo aver imparato, grazie alla simulazione, le varie fasi della asportazione e ricostruzione, procederà in sicurezza alla colectomia. Tecnologie digitali, realtà aumentata, robotica nell'ambito del processo di simulazione trasformano il discente in partner nella formazione, operatore reale e responsabile, che è quindi in grado attraverso la pratica di richiamare le sue conoscenze e consolidarle. Voglio menzionare, infine, anche l'Anatomy Lab di UniSR che consente una comprensione e un'esperienza approfondita dell'anatomia umana, con un potenziale formativo unico per la chirurgia generale e per tutte le specializzazioni, grazie alla pratica diretta su corpi umani donati alla scienza.

*\* Prorettore alla Didattica dell'Università Vita-Salute San Raffaele*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**20** set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IN PARLAMENTO

S  
24

## Ordini professionali: positivo l'emendamento che introduce i permessi non retribuiti

“In un momento molto difficile per i professionisti sanitari, accogliamo con soddisfazione l'emendamento al ddl lavoro approvato in XI Commissione della Camera e presentato dall'onorevole Marta Schifone, che introduce permessi non retribuiti (fino a un massimo di 8 ore mensili) per i rappresentanti degli Ordini professionali nell'esercizio delle proprie funzioni”. Lo affermano in una nota congiunta le Federazioni nazionali Fnomceo, Fnopi, Fnofi, Fnopo, Fnovi e Fno Tsrp. “Si sana in questo modo - aggiungono - una storica discriminazione tra chi svolge attività ordinistica ed altri settori di rappresentanza pubblica. Un segnale importante per gli Ordini professionali che, come Enti sussidiari dello Stato, operano tutti i giorni e in tutto il territorio nazionale a tutela di cittadini e persone assistite”. Gli ordini professionali auspicano ora “che il provvedimento possa essere approvato definitivamente in Aula in tempi rapidi”.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

20 set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

SENTENZE



## Cassazione: la rassegna delle sentenze della sezione lavoro sugli infermieri

di Paola Ferrari

Una estate calda per gli infermieri che sono passati sotto la lente della sezione lavoro della Cassazione che ha toccato interessanti aspetti del loro difficile lavoro in corsia.



### Non avvisare l'azienda che il collega dorme non merita il licenziamento dell'infermiera sindacalista

La sentenza Cass. Lav. n. 22614 ha confermato quella della Corte d'Appello dell'Aquila che annullò il licenziamento e reintegrò l'infermiera ritenendo la sua espulsione ritorsiva, ai sensi dell'art. 18, commi 1 e 2, della legge n. 300 del 1970, come modificato dalla legge n. 92 del 2012.

L'infermiera, dipendente di una Casa di Cura privata fu accusata di avere tenuto una condotta non conforme alla diligenza professionale per avere omesso di segnalare al datore di lavoro che un suo collega, nel corso del turno notturno programmato, fosse andato a dormire nella stanza di "deposito del pulito", lasciando la stessa a gestire il turno da sola, sia nel corso della notte e sia durante le cure dei pazienti alle 5 del mattino.

Secondo la società, la condotta omissiva e connivente della lavoratrice, che nulla aveva obiettato al collega e nulla aveva segnalato ai superiori, l'aveva resa complice del grave inadempimento del collega e aveva compromesso la regolare assistenza ai pazienti. All'infermiera era stata, inoltre, contestata la recidiva in relazione a due precedenti procedimenti disciplinari.

Nell'escludere la sussistenza di una giusta causa di licenziamento, i giudici di appello esclusero ogni violazione del dovere di diligenza osservando che la lavoratrice non solo aveva reso regolarmente la sua prestazione ma anche evitato ogni disservizio, svolgendo anche il lavoro del collega, inoltre, aveva riferito l'accaduto alla caposala. Secondo la Cassazione, bene ha fatto la Corte d'Appello a considerare ritorsivo il licenziamento la cui unica e vera motivazione era provvedere all'espulsione di una sindacalista.

L'infermiera, infatti, era iscritta al sindacato Nursind, che aveva promosso una precedente vertenza, vinta dai lavoratori nei confronti della società, per il riconoscimento di alcuni adeguamenti retributivi previsti dal contratto collettivo. Tutti i lavoratori che avevano partecipato alla vertenza furono licenziati mentre coloro che si erano ritirati erano rimasti in servizio.

La Corte, peraltro, rilevava che l'infermiera non aveva alcun obbligo di controllo sulla regolarità delle prestazioni degli altri dipendenti in turno e che nessuna allegazione e



prova in tal senso era stato fornito dalla società ed i precedenti disciplinari, richiamati nella lettera di contestazione, erano assai risalenti nel tempo e, come tali, inidonei a supportare la contestazione di recidiva.

La ricorsività, affermano i giudici, si caratterizza, infatti, per la assenza di qualsiasi ragione in grado di giustificare il licenziamento secondo le nozioni legali di giusta causa e giustificato motivo e per il ricorrere di prove anche indiziare, pure basate su semplici dati statistici (v. Cass. n. 1 del 2020 in tema di discriminazione per affiliazione al sindacato), atte a disvelare il motivo illecito quale motore esclusivo dell'agire datoriale, di ingiusta reazione al comportamento legittimo del dipendente.

## **Se il turno supera le sei ore scatta il ticket mensa**

Con una serie di sentenze gemelle (tra le altre; n. 20602 del 24/07; n. 20593 e n. 20959 del 26/07; n. 21305; n. 21307; n. 21499 del 30/07 e n. 24262, 24267; 24271, depositate tutte il 10/09), la sezione lavoro è entrata nel merito del diritto dell'infermiere all'indennità di mensa durante i turni notturni e di quelli che superano le normali ore lavorative. La questione controversa riguarda l'interpretazione della frase "particolare articolazione dell'orario" contenuta nell'art. 29, comma 2 del CCNL integrativo Comparto Sanità 2001 ("Hanno diritto alla mensa tutti i dipendenti, ivi compresi quelli che prestano la propria attività in posizione di comando, nei giorni di effettiva presenza al lavoro, in relazione alla particolare articolazione dell'orario).

In particolare, le sentenze ribadiscono il seguente principio: "in tema di pubblico impiego privatizzato l'attribuzione del buono pasto, in quanto agevolazione di carattere assistenziale che, nell'ambito dell'organizzazione dell'ambiente di lavoro, e diretta conciliare le esigenze del servizio con le esigenze quotidiane dei dipendenti, al fine di garantirne il benessere fisico necessario per proseguire l'attività lavorativa quando l'orario giornaliero corrisponda a quello contrattualmente previsto per la fruizione del beneficio, è condizionata all'effettuazione di una pausa pranzo che, a sua volta, presuppone, come regola generale, solo che il lavoratore osservando un orario di lavoro giornaliero di almeno sei ore, abbia diritto ad un intervallo non lavorato"; che, pertanto, deve ritenersi aver la Corte territoriale erroneamente interpretato la disposizione contrattuale di cui all'art. 29 del contratto integrativo del 20.9.2001 disconoscendo il collegamento del diritto alla mensa alla fruizione di un intervallo di lavoro, risultando tale collegamento operato anche in sede legislativa ove l'intervallo è previsto per la consumazione del pasto ed è collocato oltre il limite delle sei ore di lavoro.,

## **Diritto al ricalcolo del TFS con l'inclusione del servizio prestato dal 1° agosto 1978 al 12 giugno 1985, non in ruolo**

La Cass. lav. del 31/07, n. 21476 è intervenuta sul diritto al ricalcolo del TFS per i periodi lavorati senza stabilizzazione.

La Corte d'Appello di Napoli rigettò l'appello proposto dall'INPS, avverso la sentenza resa tra le parti dal Tribunale della stessa sede, che aveva riconosciuto il diritto ad un dipendente del Comparto Enti locali e sanità, il diritto al ricalcolo del TFS con l'inclusione del servizio prestato dal 1 agosto 1978 al 12 giugno 1985, non in ruolo, quale infermiere in convenzione presso il Primo Policlinico Universitario dell'Università di Napoli Federico II. Contro la sentenza di appello ricorre l'INPS, prospettando un motivo di diritto. Secondo l'INPS gli effetti della legge della Regione Campania n. 10 del 1978, oggetto dell'equiparazione a fini economici tra il personale in regime di convenzione e il personale paramedico in servizio presso i Policlinici Universitari sarebbe stato il solo trattamento strettamente retributivo e non anche gli istituti di natura previdenziale, tra cui rientra il trattamento di fine servizio (legge n. 207 del 1985).

I soli ratei di trattamento di fine servizio al quale, secondo l'ente previdenziale, avrebbe avuto diritto sarebbero stati quelli maturati dall'infermiere a far data dalla sua immissione in ruolo presso l'ASL Napoli 1, e non anche quelli maturati durante il periodo di servizio non in ruolo prestato in base ad una convenzione con il Primo Policlinico dell'Università degli Studi di Napoli Federico II (le cui competenze erano state

successivamente trasferite all'ASL Napoli 1).

Il motivo è infondato afferma la Cassazione, in conformità a precedente (Cass. n. 14626/2024), in quanto Il trattamento economico di detto personale è equiparato al trattamento del personale paramedico in servizio presso i Policlinici universitari. Nella fattispecie in esame, trovano applicazione i principi enunciati, da ultimo, da Cass. n. 27427 del 2020, sull'automatismo delle prestazioni previdenziali. Ed infatti, afferma la sentenza: "il principio dell'automatismo delle prestazioni previdenziali, di cui all'art. 2116, cod. civ., così come interpretato dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 374 del 1997, opera, con riguardo ai vari sistemi di previdenza e assistenza obbligatorie, come regola generale e può essere derogato solo in base a specifiche disposizioni di legge, le quali devono espressamente prevedere anche la eventuale limitazione dell'automatismo al solo caso in cui non sia prescritto il diritto dell'Ente previdenziale alla percezione dei contributi, circostanza che non emerge nella fattispecie in esame".

In occasione del passaggio dei dipendenti ospedalieri alle dipendenze delle unità sanitarie locali, a seguito della riforma sanitaria, non è venuta meno la continuità del rapporto di lavoro, e, in base alla disciplina dell'art. 76 del D.P.R. n. 761 del 1979, il diritto al trattamento di fine servizio matura a seguito del collocamento in quiescenza anche con riferimento alla quota relativa al periodo alle dipendenze dell'ente ospedaliero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Rischio boom contagi

### Influenza, pochi vaccinati: si muove il ministero

ROMA Le persone che si vaccinano contro l'influenza sono sempre meno. Ma l'obiettivo del ministero è di vaccinare almeno 3 anziani o pazienti a rischio su 4.

Evangelisti e Valenza a pag. 15



# I mesi dell'influenza Campagna per fermare il calo di vaccinazioni

► La responsabile del ministero della Salute: «Superare la diffidenza cresciuta dopo il Covid»  
Pesa anche la scarsità di medici di base. Si punta su farmacie, pediatri e ginecologi

#### IL CASO

ROMA Obiettivo 75 per cento: vaccinare contro l'influenza almeno 3 anziani o pazienti a rischio su 4. L'indicazione è del ministero della Salute, a poche settimane dall'avvio della campagna vaccinale. La linea che descrive, anno per anno, l'andamento dell'adesione alla campagna vaccinale, è emblematica: dal 2014 al 2020 è sempre in salita, passando dal 48,6 al 65,3 per gli anziani e dal 13,6 al 23,7 per la popolazione in generale. Poi, inizia la discesa preoccupante, confermata ogni anno, e scesa nel 2023/2024 al 53,3 per cento per il totale degli anziani (dun-

que 10 punti in meno) e al 18,9 per la popolazione in generale (quasi cinque punti in meno).

I numeri come al solito appaiono freddi e poco incisivi, ma la sintesi migliore è della dottoressa Maria Rosaria Campitiello, capo del dipartimento di Prevenzione al Ministero della Salute: «Stiamo pagando gli effetti della pandemia: la diffidenza suscitata dai vaccini contro il Covid, realizzati velocemente vista l'emergenza che c'era in corso, si è trasferita anche su quelli, rodati e collaudati, anti-influenzali. Questo è un problema serio perché oggi noi dobbiamo avere chiaro che l'influenza non può

essere sottovalutata quando si parla di anziani e i soggetti a rischio. Ma anche per le donne in gravidanza il vaccino anti-influenzale è utile perché garantisce immunità fino ai primi sei



mesi di vita».

## L'OSTACOLO

C'è un altro ostacolo lungo il percorso per rilanciare la campagna vaccinale anti-influenzale: la carenza dei medici di base, il difficoltoso ricambio di chi va in pensione fa sì che in diversi studi ci sia un numero di assistiti imponente, tale da disorientare i pazienti. I numeri sono noti: a livello nazionale ci sono 37mila medici di base, solo otto anni fa erano 44mila, ma la diminuzione è destinata a proseguire. Esempio: a Roma da qui a gennaio ne potrebbero mancare almeno 100 a causa dei pensionamenti di chi ha raggiunto ormai i limiti di età. Questo incide anche sulla capillarità della campagna vaccinale anti influenza ed è stata creata la rete Vaccinet.

«Coloro i quali vogliono vaccinarsi contro l'influenza, il Covid-19 o la polmonite - conclude Alberto Chiriatti, vicesegretario Fimmg, la federazione dei medici di base, del Lazio - può scegliere dove farlo a prescindere dal medico con cui è o era iscritto». Secondo Silvestro Scotti, segretario generale della Fimmg su scala nazionale «ogni Regione fa la sua gara per l'acquisto delle dosi. E questo causa un problema perché i vaccini verrebbero comprati a prezzi sempre diversi. Basterebbe una gara

unica tra tutte le Regioni per poter risparmiare e comprarne di più». Il ministero della Salute in parallelo sta confermando la campagna vaccinale anche per il Covid: il vaccino è consigliato agli anziani e i fragili e nella circolare si dice che è possibile riceverlo contestualmente a quello per l'influenza.

Spiega dal ministero della Salute la dottoressa Campitiello: «Ribadiamo i numeri: nel 2023-2024 la copertura negli an-

ziani è diminuita di 3,4 punti percentuali rispetto alla stagione precedente. Si conferma quindi un trend in diminuzione nelle ultime stagioni ed avviene in quasi tutte le regioni italiane tranne nella Provincia Autonoma di Bolzano, nella Liguria, nelle Marche in cui si registra un lieve aumento e nel Molise in cui la copertura è rimasta invariata. Noi però vogliamo spingere per ripartire, perché per molte categorie è importante proteggersi dall'influenza, tenendo conto che gli sbalzi di temperatura divenuti sempre più comuni favoriscono la diffusione del virus. Per questo nella campagna vaccinale, ma anche in quella di comunicazione, coinvolgeremo certo i medici di famiglia, ma anche i pediatri, i ginecologi, le farmacie che hanno un ruolo chiave».

Ma a chi è suggerita la vaccinazione contro l'influenza e dunque offerta gratuitamente? La circolare del ministero della Salute pone a 60 anni l'età in cui cominciare a vaccinarsi regolarmente (ovviamente possono far-

lo a pagamento anche i più giovani, ma per gli ultra sessantenni è consigliato). Ci sono poi «le donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano in qualsiasi trimestre della gravidanza e nel periodo "post partum"». Persone dai 7 anni ai 60 anni di età affette da una serie di patologie «che aumentano il rischio di complicanze da influenza».

Ancora: persone di qualunque età ricoverate presso strutture per lungodegenti, familiari e contatti (adulti e bambini) di persone ad alto rischio di complicanze. E i bambini? È raccomandato tra i 6 mesi e i 6 anni. A queste categorie si aggiungono i lavoratori in servizi pubblici essenziali, dalle forze dell'ordine al personale sanitario. «Faremo una campagna informativa e di promozione molto articolata - conclude la dottoressa Campitiello - perché dobbiamo invertire la tendenza. Per noi la strada maestra è quella indicata dalla scienza».

**Mauro Evangelisti  
Giampiero Valenza**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I PUNTI

### 1 Numeri più bassi

Nel 2020 il tasso di adesione alla campagna vaccinale contro l'influenza era vicina al 24 per cento sul totale della popolazione, l'anno scorso è però scesa sotto quota 19

### 2 Sfiducia da fermare

Le polemiche e le fake news dilaganti sui vaccini durante la campagna di immunizzazione contro il Covid alla fine hanno minato anche la fiducia in vaccini utilizzati da tanti anni in tutto il mondo contro l'influenza

### 3 La perdita di medici

Chi deve trovare un nuovo medico di famiglia lo ha verificato: l'offerta è diminuita, è una impresa individuare un nuovo medico di base. Il ricambio di chi va in pensione è insufficiente

## I SUGGERIMENTI

**TENDENZA DA INVERTIRE:  
NEGLI ULTIMI  
QUATTRO ANNI  
LE ADESIONI SONO  
IN COSTANTE  
DIMINUZIONE**





*La ricerca*

# La corsa al certificato medico per lo sport dei bambini “Rischi in un caso su dieci ecco quando fermarsi”

Aritmie al cuore e malformazioni: tutte le cause in uno studio del Bambino Gesù

**di Elena Dusi**

Settembre, è tempo di certificati per lo sport. Alla riapertura di campi di calcio e piscine, gli studi dei medici sportivi si affollano di giovani atleti in cerca del via libera alla loro carriera agonistica. Ogni federazione, e quindi ogni sport, segue regole proprie. La ginnastica apre l'età agonistica a 8 anni, il nuoto a 9 e il calcio a 12, a seconda della maturità del corpo e della tecnica necessaria per affrontare le gare. Un certificato valido per uno sport, di conseguenza, potrebbe non andare bene per un altro, moltiplicando gli sforzi dei genitori per coprire le attività dei figli.

Ottenere un certificato in tempi brevi attraverso il servizio sanitario nazionale non è semplice nei periodi di punta: e settembre certamente lo è. La via del pubblico è più percorribile fuori stagione, ad esempio dopo la chiusura delle scuole. In autunno per rispondere alle richieste si moltiplicano gli studi medici improvvisati, anche all'interno di palestre e impianti sportivi. Puntuali, in questa stagione, arrivano anche i controlli dei Carabinieri del Nas. Il tasso di irregolarità - iscritti con certificati invalidi, apparecchiature per gli esami medici inadeguate - si aggira nelle varie città sul 30%.

Per quanto burocratica possa

sembrare, però, la caccia al certificato medico può salvare la vita di un giovane atleta. Lo conferma una ricerca appena pubblicata sulla rivista europea *Cardiology in the Young* dall'ospedale pediatrico di Roma Bambino Gesù. Quasi uno su dieci (il 9%) tra i 581 ragazzi fra 8 e 18 anni sottoposti a test per il via libera all'agonismo aveva un'anomalia sospetta al cuore, riscontrata con un esame semplice e poco costoso come l'elettrocardiogramma. A loro sono stati prescritti approfondimenti per capire la natura del problema: soprattutto holter o ecodoppler. Uno su tre (il 3% del campione totale) aveva in effetti un problema incompatibile con l'agonismo. Continuare a fare sport ad alto livello per loro si sarebbe tradotto in un rischio di arresto improvviso del cuore, un dramma che in Italia colpisce in media 2 atleti ogni 100mila.

Anche se questi ragazzi si sentivano bene, per loro le porte degli impianti sportivi si sono chiuse: effetto di una legislazione introdotta in Italia nel 1982 e considerata la più rigorosa al mondo. Le norme del nostro paese prevedono un certificato medico di base per l'attività non agonistica e un certificato agonistico (con l'elettrocardiogramma, una prova da sforzo che consiste nel salire e scendere da un gradi-

no per tre minuti, l'esame delle urine e la misura della capacità polmonare con la spirometria). Da quando sono state introdotte, i giovani atleti colpiti da morte improvvisa si sono ridotti a un quarto rispetto a prima.

“La probabilità che un atleta che pratica agonismo abbia un problema nascosto del cuore è bassa, ma non trascurabile” spiega lo studio del Bambino Gesù. “Gli screening per lo sport competitivo sono un'opportunità per individuare i problemi cardiaci che aumentano il rischio di morte improvvisa in giovani all'apparenza del tutto sani”. I pericoli nascono soprattutto da anomalie della struttura del cuore presenti alla nascita o aritmie ereditarie rare ma subdole che restano nascosta fin quando non causano malori o morti improvvise. Mai, fra i ragazzi del Bambino Gesù, lo stop all'agonismo è stato causato dai problemi cardiaci più comuni fra i bambini: il soffio, che i pediatri sottopongono spesso a controllo, ma nella maggior parte dei casi è legato allo sviluppo del muscolo cardia-



co, e l'aritmia respiratoria, provocata dal movimento toracico della respirazione e normale soprattutto nei bambini piccoli.

Quasi l'80% dei ragazzi esaminati all'ospedale romano erano maschi; lo sport agonistico più praticato è il calcio. Sono in aumento però anche le ragazze decise a cimentarsi con il pallone: per loro il settore dell'agonismo è decisamente più

aperto. Nel 2024 si è registrato un boom di iscrizioni ai tornei di tennis sulla scia dei successi di Yannik Sinner.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LE CAUSE

Anomalia della struttura del cuore congenita

Aritmia, spesso ereditaria



## I CAMPANELLI D'ALLARME:

Svenimenti durante lo sport, a seguito di un'emozione o di una sgridata

Dolore o peso al petto

Mancanza d'aria

Familiari vittime di morte improvvisa



## I DATI

Il 9% dei giovani sottoposti a visita agonistica ha un'anomalia sospetta dell'elettrocardiogramma

Il 3% quelli che non sono autorizzati a fare agonismo

## I DISTURBI PIÙ DIFFUSI

### SOFFIO

è in genere benigno legato allo sviluppo del muscolo cardiaco. Spesso non è problematico ma richiede un controllo



### ARITMIE RESPIRATORIE

normali nei più piccoli, vengono generate dal movimento toracico della respirazione



### MALFORMAZIONI DEL CUORE

nei ragazzi sono in genere congenite. Possono essere scoperte con esami come l'ecodoppler



### ARITMIE DI ORIGINE GENETICA

sono di vari tipi e possono essere più subdole e pericolose. Spesso sono ricorrenti nelle famiglie

## A cosa serve il certificato medico per lo sport

Evitare malori o morte improvvisa degli atleti: l'arresto del cuore senza una causa apparente nei giovani durante lo sport

2 ogni 100 MILA sportivi le vittime di morte improvvisa



30% i decessi per i quali non è identificata la causa



# 1982

## La legge in Italia

Entra in vigore la norma sull'attività sportiva, la più rigorosa al mondo





Ugo Giordano, primario

## “Lo screening ci ha permesso di ridurre le morti lampo”

«È una delle cose che ci invidiano all'estero. La legge che prevede lo screening della salute degli sportivi ha abbattuto i casi di morte improvvisa fra gli atleti in Italia». Ugo Giordano è il responsabile della Medicina Sportiva all'ospedale pediatrico romano Bambino Gesù.

### Abbattuto di quanto?

«Prima della legge del 1982 le morti improvvise degli atleti erano circa 4 volte superiori alle morti per attacchi cardiaci nella popolazione generale. Lo sport sottopone comunque il cuore a uno sforzo. Da quando c'è la norma le morti improvvise degli atleti sono diventate meno frequenti rispetto alla popolazione generale. Gli altri paesi hanno tutti statistiche più alte dell'Italia».

### Il certificato, fra file e burocrazie, è però stressante per le famiglie.

«Il certificato viene visto come un pezzo di carta da portare in palestra, ma in realtà riduce di tantissimo il rischio di incorrere

in un problema che per fortuna è raro, ma non trascurabile. Le morti improvvise toccano uno-tre giovani atleti ogni 100mila».

### I prezzi dei test agonistici variano molto. Anche la rigidità della prova. Perché?

«In un centro come il nostro vediamo ogni anno uno o due ragazzi a rischio di morte

improvvisa. Si tratta di casi per fortuna poco frequenti.

Un medico può decidere di eseguire test meno rigorosi confidando nella statistica.

È comunque

improbabile che il caso problematico capiti proprio a lui».

### Un ragazzo che viene fermato alla visita medica deve smettere di fare sport?

«Dipende, ma le porte dell'attività non agonistica restano in genere aperte. Una vita sana è possibile per tutti. In qualche caso i

problemi cardiaci che abbiamo osservato erano legati proprio a un regime di allenamento molto intenso. Ci sono sport che prevedono anche due sessioni al giorno, in aggiunta alla scuola. Un cuore che sta crescendo può subire degli squilibri, per questo a volte consigliamo due o tre mesi di stop. Ci serve per capire la natura del problema: se l'anomalia scompare vuol dire che era legata proprio all'attività intensa».

### Ha consigli per la scelta dello sport dei figli?

«Provare il più possibile sport diversi. Magari un bambino viene avviato al tennis perché è l'attività dei genitori, ma è un potenziale campione di tiro con l'arco o di altri sport meno diffusi. È più probabile trovare la propria vocazione se si fanno tante prove. Qualunque sport, a qualunque livello, è utile come sfogo e per evitare che gli adolescenti prendano strade che non vorremmo». — e.d.



▲ L'esperto  
Ugo  
Giordano



## IL CASO

# Bronchiolite, la corsa del ministero per avere il vaccino entro novembre

di Michele Bocci

Una corsa sul filo del rasoio per assicurare il farmaco che previene la bronchiolite anche alle Regioni in piano di rientro. Dopo mesi di inattività, le dure polemiche delle Regioni del Sud hanno risvegliato il ministero, che ieri ha passato la patata bollente ad Aifa. In un incontro a lungotevere Ripa è stato chiesto all'Agenzia del farmaco di prendere in mano la situazione e risolvere il problema. Ancora una volta si indica all'organismo tecnico, che dovrebbe essere autonomo, la strada da percorrere.

L'idea è quella di far passare l'anticorpo monoclonale prodotto da Sanofi, il Nirsevimab, dalla fascia C, dove è a carico dei cittadini alla fascia A, che prevede l'acquisto da parte del sistema sanitario. Se resta in fascia C, solo le Regioni che non sono in piano di rientro e possono permetterselo sono in grado di offrirlo comunque ai loro cittadini. Il ministero parla di «soluzione rapida» ma per cambiare la classificazione del medicinale ci vuole

tempo, almeno un mese e mezzo, se tutto fila liscio. Si finirà quindi per i primi di novembre, proprio quando secondo i neonatologi bisognerebbe iniziare a somministrare il farmaco ai bambini entro l'anno di età per evitare che si ammalino rischiando il ricovero, anche in terapia intensiva. Basta un problema, un intoppo burocratico e si slitterebbe, facendo diventare realtà il timore di molti: quello di avere un'assistenza dei neonati diversa a seconda della Regione.

Prima di tutto, Aifa dovrà convincere Sanofi a chiedere l'ingresso in fascia A del suo prodotto. La classificazione dei farmaci, infatti, si basa sulle richieste dei produttori. L'azienda a suo tempo ha evidentemente preferito metterlo in fascia C, dove il prezzo non viene trattato con l'agenzia. Poi, però, è andata a chiudere contratti con le singole Regioni. E così dal costo base di 425 euro, in certe realtà locali, come Sicilia e Toscana, è stato venduto a 230. Adesso si vedrà se l'azienda è disponibile al cambiamento. Poi andrà fatta comunque

un'istruttoria sul medicinale e convocate, anche in via straordinaria, le Commissioni scientifica ed economica dell'agenzia e poi il Cda. Come detto, non sarà quindi una questione di qualche giorno, ci vorrà certamente più di un mese, se non due.

Il ministero alla Salute poteva anche considerare l'anticorpo anti virus sinciziale come un vaccino o altri farmaci di fascia C e autorizzarlo direttamente con un suo atto, magari inserendolo nel calendario vaccinale e così rendendolo gratuito per certe categorie (in questo caso appunto i bambini sotto un anno). Ma per farlo, visto che i pazienti potrebbero essere 350 mila, ci vogliono soldi, tra i 100 e i 120 milioni di euro. Il ministero non li ha e quindi preferisce far finire il monoclonale nel calderone della spesa farmaceutica per la classe A, che già è altissima e ogni anno aumenta in modo importante.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



▲ Il ministro  
Orazio Schillaci, 58 anni





*Fabio Cardinale, primario di pediatria al Giovanni XXIII di Bari*

# “Grave discriminare il Sud Il farmaco salva i bambini dalla terapia intensiva”

Il medico dopo la polemica sulla circolare che nega alle Regioni con i conti in rosso il medicinale. “Protegge nell’80% dei casi”

**di Davide Carlucci**

**BARI** – «Al governo chiedo di non fare differenze tra regioni in piano di rientro e regioni che non lo sono, perché non è giusto che siano i pazienti a farne le spese. E di adottare una strategia di contrattazione con l’azienda distributrice del farmaco che ne consenta l’uso più ampio possibile». Fabio Cardinale è docente universitario e primario di pediatria ospedaliera a indirizzo pneumologico al Giovanni XXIII di Bari. Il pronto soccorso del suo ospedale ogni anno, soprattutto a gennaio, è intasato da casi di bronchiolite che in alcuni casi degenerano.

**La nota del ministero che ricorda alle regioni del Sud e al Lazio che non possono somministrare il monoclonale per la bronchiolite in quanto sono in piano di rientro dal disavanzo, ha reso nota una sigla, il vrs. Cos’è?**

«Il virus respiratorio sinciziale è l’agente principale delle bronchioliti ma anche delle broncopneumoniti del bambino in età prescolare. La bronchiolite è una patologia infiammatoria a carattere acuto, più o meno severa a seconda di vari fattori».

**Perché preoccupa?**

«Perché è una causa importante di ospedalizzazione, di ricoveri in alcuni casi anche in terapia intensiva. Certo, questo riguarda una piccola minoranza dei bambini. Ma significativa».

**C’è allarme?**

«Le mamme sono molto

sensibilizzate, anche perché le informazioni sull’efficacia del nuovo monoclonale si sono diffuse oltre la comunità scientifica».

**Secondo lei, insomma, serve una risposta del sistema sanitario.**

«Sì, ma se non si parte in tempo utile, se ne riparlerà l’anno prossimo. Ad aprile non serve più. Siamo ancora in tempo, nella misura in cui il farmaco viene reso rimborsabile prima dell’avvento della stagione. E abbiamo poco tempo, se si vuole partire già a novembre».

**Come si è intervenuti, finora?**

«Con un unico anticorpo monoclonale che ha dimostrato una discreta efficacia. Però era riservato a fasce di popolazioni fragili, soprattutto i grandi prematuri, ma anche i bambini con patologie croniche di base come ad esempio le cardiopatie. Il nuovo monoclonale supera i limiti del precedente. La somministrazione è raccomandata in tutti i bambini».

**Perché è così utile?**

«Perché ha dimostrato una percentuale di protezione delle basse vie respiratorie piuttosto alta, nell’ordine del 70-80 per cento. E una riduzione significativa dei ricoveri in intensiva».

**E allora perché si esita?**

«Il problema è meramente economico, parliamoci chiaramente. Perché si passa da un monoclonale per i bambini fragili a un farmaco da somministrare a tappeto e questo pone un tema di costi e sostenibilità».

**Ma per lei è prezioso.**

«Il farmaco è stato già adoperato con successo da alcuni Paesi d’Europa come la Spagna. Per le regioni italiane in piano di rientro è stato messo un filtro. Questo vuol dire che non c’è la rimborsabilità. Chi li vuole, deve comprarli. Ma sono farmaci molto costosi».

**Quanto costosi?**

«Ex factory, quando cioè esce dall’azienda, il farmaco supera i mille euro».

**Al Giovanni XXIII i casi sono frequenti?**

«La bronchiolite si affaccia in genere in inverno. L’anno scorso c’è stato un effetto post Covid, per cui le malattie infettive hanno avuto un’espressività più conclamata e una maggiore severità, e la percezione è stata di un incremento. Per questo serve l’immunoprofilassi».

**La malattia può essere letale. In quali casi?**



«Decessi, sia pure in numero molto limitato, ce ne sono ogni anno. Spesso si tratta di bambini molto piccoli, prematuri estremi con broncodisplasie, cardiopatie o altre fragilità. Più si assommano i fattori di rischio, più la bronchiolite può impattare».

**Cosa succede quando si manifesta il virus, in ospedale?**

«Nei periodi della bronchiolite la direzione del nostro presidio ospedaliero blocca, sia pure per alcune settimane, i ricoveri programmati per dare precedenza a queste situazioni di emergenza».



▲ **Professore** Fabio Cardinale, docente e primario di pediatria al Giovanni XXIII di Bari





VACCINI A PREZZI FOLLI

Bronchioliti: i furbi  
di Sanofi battono  
i polli della Salute

◉ MANTOVANI  
A PAG. 17



POLMONITI BAMBINI

**IL NON VACCINO** Il colosso guidato dal n.1 di Farindustria non chiede la rimborsabilità per il monoclonale. Passa per le Regioni e incassa di più

# Virus sinciziale, i furbi di Sanofi battono i dilettanti della Salute

» **Alessandro Mantovani**  
Comunque vada, sarà un successo. Almeno per Sanofi. Con un imbarazzante dietrofront il ministero della Salute ha deciso e l'Agenzia del farmaco Aifa, organo tecnico ma anche un po' politico, farà il possibile per adeguarsi: in ogni caso sarà pagato dal Servizio sanitario nazionale l'anticorpo molecolare preventivo Beyfortus (Nirsevimab), prodotto dal colosso francese con l'anglo-svedese AstraZeneca. Al momento sembra lo strumento migliore per ridurre i casi gravi di bronchiolite e polmonite da virus sinciziale tra i bambini di meno di due anni. È un premio all'eccellente strategia di Sanofi Italia, guidata dal manager Marcello Cattani che presiede anche Farindustria.

A differenza di quanto ha fatto in Francia, in Germania e in Spagna, da noi Sanofi non ha chiesto di mettere Beyfortus a carico della sanità pubblica.

Ha chiesto ad Aifa l'esatto opposto, la fascia C, farmaci a pagamento. Così ha evitato il negoziato centralizzato con Aifa sul prezzo, lasciandosi le mani libere. E in prospettiva evita anche il *payback*, ovvero l'obbligo di ripianare per metà quando si sfora il tetto della spesa farmaceutica pubblica (sempre, per quella ospedaliera). A febbraio, prima che si insediassero i nuovi vertici Aifa voluti dal governo Meloni, è arrivato il via libera: fascia C. Il ministero della Salute non ha dato indicazioni, a marzo il direttore della Prevenzione Francesco Vaia ha solo fatto sapere alle Regioni che il farmaco c'era. Intanto il prodotto è stato fortemente sostenuto dalle società scientifiche di Pediatria e non solo. E Sanofi ha fatto accordi con le Regioni: Lombardia, Piemonte, Veneto, Toscana, Puglia, e altre. Del resto, le bronchioliti e le polmoniti da virus sinciziali l'anno scorso hanno portato in ospedale 15

mila bambini piccoli, di cui 3 mila in terapia intensiva.

Il ministero a quel punto è intervenuto, il direttore della Programmazione Americo Cicchetti il 18 settembre ha comunicato che le Regioni in piano di rientro, cioè in deficit, non potevano distribuirlo gratis, anche se poi gli ospedali di quelle Regioni acquistano più di 700 milioni di farmaci in fascia C. Si è scatenata una mezza rivolta: "Ma come, i nostri bambini non possono immunizzarsi?". Le opposizioni hanno gridato all'anticipazione dell'autonomia differenziata



ed è emerso chiaramente che al ministero non si erano coordinati. Quindi si sono adeguati "in considerazione delle iniquità territoriali" e hanno "avviato i contatti con Aifa" per dare il monoclonale a tutti.

Per ora Sanofi, partendo da valori astronomici, lo vende alle Regioni a prezzi tra i 220 e i 250 euro a dose. Secondo molti esperti, il prezzo negoziato centralmente poteva essere più basso, l'Aifa ha maggiori strumenti e d'altro canto la ricerca sugli anticorpi monoclonali ha i suoi costi, ma ormai si ripartiscono su un gran numero di prodotti. Vaccinare tutti i neonati, 370 mila l'anno scorso, costerebbe almeno 100 milioni di euro che si aggiungerebbero a una spesa

farmaceutica già sopra i livelli del 2023.

**NATURALMENTE** l'Aifa non può ordinare a un'azienda, che vuole la fascia C, di chiedere la rimborsabilità. La fascia C peraltro si usa anche per i vaccini, che vengono poi rimborsati alle Regioni in base ai piani vaccinali. Ma Beyfortus non è un vaccino, è un farmaco. E va a scalzare il monoclonale che c'era già ed è in fascia H, quella dei farmaci ospedalieri a carico del Ssn: Synagis (principio attivo palivizumab), prodotto dalla statunitense AbbVie e commercializzato da AstraZeneca, che però si usa solo con i bambini particolarmente a rischio perché nati prematuri o con patologie varie. Qui invece si parla

di immunizzare tutti, da zero a due anni, o almeno l'indicazione dell'Agenzia europea Ema non è così limitata. Certo, visti i prezzi non è detto che sia per tutti.

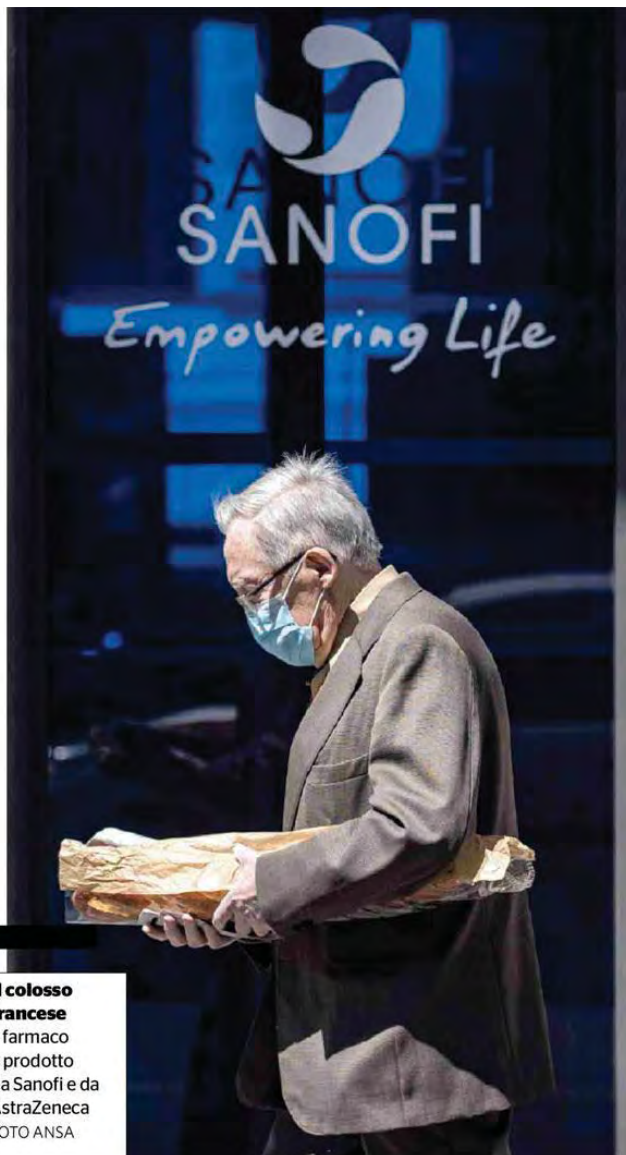
Aifa e il ministero insomma avevano ampi margini per chiamare Sanofi e discutere, tanto più che Cattani lavora per i suoi azionisti, specie se dall'altra parte trova fragilità e disorganizzazione, ma tiene molto anche all'immagine. E soprattutto l'azienda incassa centinaia di milioni di euro pubblici ed è esposta, volendo, a rinegoziazioni e procedure varie. Infatti si muovono adesso, forse tardi per le immunizzazioni di quest'anno. Vedremo con quali risultati, se Sanofi chiederà la rimborsabilità o si

dovrà trovare una soluzione diversa, come l'inserimento di Beyfortus nel piano vaccinale rinominato "piano di immunizzazioni". L'azienda, contattata dal *Fatto*, dice che sta "seguendo l'evolversi della situazione". Come ha fatto finora.

## STRATEGIE L'AZIENDA HA EVITATO DI TRATTARE SUL PREZZO CON L'AIFA

### "UN MILIONE DI FIRME CONTRO L'AUTONOMIA"

**"LA LEGGE** sull'autonomia differenziata è una legge che fa male al Paese, alle persone e ai territori ed è per questo che giovedì depositeremo quasi un milione di firme per chiedere che il prossimo anno si faccia il referendum per cancellare una legge sbagliata". Lo ha detto Maurizio Landini, segretario generale della Cgil, oggi a Perugia "Abbiamo bisogno - ha aggiunto Landini - di politiche fiscali, industriali europee e non solo italiane, invece che raccontare che ogni regione e ogni comune può avere o una sua legge sulla scuola o sulla sanità



**Il colosso francese**  
Il farmaco è prodotto da Sanofi e da AstraZeneca  
FOTO ANSA





L'INTERVISTA

MASSIMO BELLETTATO

*“È un farmaco utile,  
riduce fino all’80%  
i ricoveri dei neonati”*

**M**assimo Bellettato dirige la Pediatria e la Terapia intensiva neonatale e pediatrica di Vicenza, ogni anno il suo reparto è pieno di bambini con bronchioliti e polmoniti da virus respiratorio sinciziale: “Arriva con puntualità svizzera, all’inizio dell’autunno, la stagione da ottobre-novembre dura fino alla primavera, a marzo-aprile abbiamo il picco di incidenza. Le infezioni colpiscono bambini molto piccoli, sotto l’anno di età. Spesso richiedono di essere ospedalizzati perché l’infezione dà insufficienza respiratoria, è necessario somministrare ossigeno. Essendo così piccoli, se fanno fatica a respirare difficilmente riescono a idratarsi e ad alimentarsi in maniera adeguata, così al quadro respiratorio si associa anche la difficoltà di mantenere l’equilibrio dei liquidi. Vengono ricoverati per i due aspetti, quello respiratorio e quello nutrizionale. In genere la malattia si autorisolve in 5-7 giorni, ma a volte è necessaria la terapia intensiva”.

**Leggo che sotto i due anni il virus lo prendono quasi tutti, un 20% ha bisogno di cure ambulatoriali, un 4% va in ospedale e uno su cento in terapia intensiva. Il nuovo anticorpo monoclonale Nirsevimab-Beyfortus evita tutto questo?**

Sì, lo sappiamo perché ci hanno anticipato statunitensi e spagnoli. Si è vista una riduzione dell’80% dei ricoveri. I dati sono incontrovertibili sull’efficacia ma anche sulla sicurezza. L’impiego è ancora di breve durata



ma in questo intervallo gli effetti collaterali sono minimi.

**C'è chi dice che gli studi non sono durati così a lungo da dimostrare l'efficacia nel tempo.**

La malattia ci interessa nel primo anno di vita, se abbiamo l'80% in meno di bambini ricoverati va bene.

**Se prendono il virus più tardi è meno grave?**

Certo, dopo è un raffreddore. Torna a essere un problema nell'altra estremità della vita, per gli anziani.

**L'anticorpo si può dare anche agli anziani?**

Adesso ha un impiego solo per i bambini.

**Va dato a tutti o solo ai bambini prematuri, cardiopatici e affetti da patologie respiratorie?**

Questa categoria è già protetta, c'è un altro anticorpo monoclonale utilizzato da oltre 15 anni, Palivizumab-Synagis. Gli ex prematuri, cardiopatici e broncodisplasici vengono profilassati ogni anno e infatti incidono poco in termini di ricoveri. Ma con la nuova molecola basta un'iniezione, mentre con il Synagis sono necessarie cinque iniezioni mensili. E il costo è molto alto. Quindi, sulla protezione universale la risposta è sì.

**Anche questo anticorpo costa caro.**

Se lo facciamo a tutti sì, ma anche il ricovero di un bambino costa. Anche al di là del malessere per il bambino, il genitore che lo assiste perde giornate di lavoro. È un costo importante per la società e per il sistema sanitario.

**A. MAN.**



Troppo caro?  
Anche le degenze  
in ospedale dei  
bambini lo sono





**20** set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S  
24

## Virus respiratorio sinciziale: incontro ministero-Aifa per eliminare le disparità di trattamento sul monoclonale

di Radiocor Plus

Si è svolto oggi, presso il ministero della Salute, un incontro dei Capi dipartimento e i direttori generali della Prevenzione e della Programmazione sanitaria con il presidente e il direttore tecnico scientifico di Aifa, in merito all'anticorpo monoclonale per le infezioni da virus respiratorio sinciziale. Lo riporta in una nota lo stesso ministero della salute sottolineando che "si è condivisa la necessità di individuare una soluzione rapida per eliminare disparità di trattamento nelle Regioni in piano di rientro in merito all'utilizzo del monoclonale". "Per questo - aggiunge la nota - è stato chiesto ad Aifa di valutare e indicare il percorso più idoneo e veloce per il raggiungimento dell'obiettivo".



© RIPRODUZIONE RISERVATA

**20** set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S  
24

## Alzheimer, 55 milioni di casi di demenza nel mondo, intervenendo su 14 fattori di rischio si potrebbero prevenire o ritardare la metà dei casi. Farmaci: orizzonte lontano

di *Istituto superiore di sanità*

Si stima che nel mondo siano più di 55 milioni i casi di demenza, la cui forma più comune è la malattia di Alzheimer. In Italia attualmente sono circa due milioni le persone con demenza o disturbo neuro cognitivo maggiore o con una forma di declino cognitivo lieve. Circa quattro milioni sono i loro familiari.

L'allungamento della vita media porta come conseguenza in un futuro prossimo un aumento esponenziale dei casi di demenza, configurando le azioni volte a far fronte a questa patologia, come sottolinea l'Oms, una priorità di sanità pubblica. A fronte di questo, l'attenzione a livello scientifico è puntata sulla prevenzione e, accanto a questo, la ricerca si muove per trovare un farmaco che modifichi il decorso della malattia da 30 anni, anche se purtroppo ancora senza successo.

Secondo uno studio recente, di agosto 2024, pubblicato su The Lancet, intervenendo su 14 fattori di rischio modificabili individuati fino a oggi nella letteratura scientifica internazionale (diabete, colesterolo, ipertensione, fumo, obesità, inquinamento atmosferico, traumi cranici, depressione, attività fisica, assunzione di alcol, anni di educazione/scolarità e attività cognitiva continua, prevenzione e trattamento della perdita di udito, trattamento della perdita della vista, interazione sociale) si potrebbe prevenire o ritardare quasi la metà dei casi di demenza.

A fare il punto, in occasione della giornata mondiale dell'Alzheimer che si celebra il 21 settembre, sono gli esperti dell'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità.

### L'impegno dell'Iss, basato su 8 obiettivi

«Quella legata alle demenze è una delle più grandi e complesse sfide per i Sistemi sanitari mondiali - sottolinea Nicola Vanacore, direttore dell'Osservatorio Demenze dell'Iss-. L'aumento dei casi associato alla storia naturale della malattia, caratterizzata da declino progressivo delle funzioni cognitive, disturbi psico-comportamentali e conseguente progressiva perdita dell'autonomia, obbligano a considerarla una priorità».

L'Italia già dal 2015 si è dotata di un Piano nazionale demenze, che definisce strategie per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze. Nel 2021 è stato formalizzato un Tavolo permanente per le demenze, coordinato dal ministero della salute con il supporto dell'Osservatorio demenze dell'Iss.





La legge di bilancio 2021 ha finanziato per la prima volta con 15 milioni per il triennio 2021-2023 un Fondo e la legge di bilancio 2024 ha destinato 4,9 milioni per il 2024, e 15 milioni per ciascuno degli anni 2025 e 2026 per il rifinanziamento del Fondo per l'Alzheimer e le demenze. Le linee strategiche del nuovo Decreto del ministero della Salute si articolano in attività da mettere in campo, avvalendosi dell'Iss, su 8 specifici obiettivi, che vanno dalla diffusione ed implementazione della Linea guida su diagnosi e trattamento di demenza e declino cognitivo lieve, appena pubblicate sul sito dell'Osservatorio Demenze dell'Iss, alle strategie di promozione della prevenzione primaria e secondaria, alla definizione di un Piano di formazione nazionale e alle sperimentazioni per valutare la possibile efficacia di interventi di tele-riabilitazione. Si prevede anche l'aggiornamento del Piano nazionale Demenze, di cui l'Italia si è dotata dal 2015, e si punta anche sul monitoraggio dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (Pdta) dedicati alle demenze e della rete dei servizi dedicati.

Le attività dell'Osservatorio demenze dell'Iss si iscrivono inoltre in un ampio contesto di iniziative condotte a livello internazionale sotto il coordinamento dell'Oms oltre che nel contesto di azioni messe in campo a livello europeo.

In particolare, l'Oms e l'Osservatorio Demenze hanno firmato lo scorso 27 maggio 2024 un memorandum d'intesa triennale con cui è stata formalizzata una stretta collaborazione finalizzata a migliorare i modelli di assistenza per un invecchiamento in salute.

### **È caccia a un farmaco da oltre 30 anni**

La storia delle sperimentazioni farmacologiche volte ad individuare una terapia che modifichi il decorso della demenza di Alzheimer è lunga oltre trent'anni. Negli ultimi due decenni, enormi sforzi economici hanno permesso di indagare terapie altamente innovative, con l'obiettivo di individuare molecole capaci di modificare la storia naturale della malattia (Disease-Modifying Therapies). Allo stato attuale, tuttavia, nessun farmaco in grado di interferire con la progressione della demenza è disponibile.

Due anticorpi monoclonali diretti contro le diverse forme di aggregati amiloidei sono stati approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) per la commercializzazione negli Stati Uniti; uno di questi è stato approvato anche nel Regno Unito. L'Agenzia europea dei medicinali (Ema) ha invece rifiutato l'autorizzazione alla immissione in commercio in Europa dei farmaci in questione. Le molecole sperimentate, pur presentando capacità di rimozione delle placche amiloidee a livello cerebrale, hanno mostrato una minima efficacia, nelle prime fasi della malattia, nel rallentare il declino cognitivo, con ricadute funzionali scarsamente quantificabili, a fronte della segnalazione di eventi avversi talvolta gravi. Il dibattito in sede scientifica, regolatoria e delle Associazioni dei familiari a livello internazionale è acceso, soprattutto in relazione al diverso atteggiamento tenuto dagli Enti regolatori statunitensi e del Regno Unito rispetto a quelli europei.

Un ambito di ricerca parallelo riguarda poi terapie già in commercio per il trattamento di altre patologie. Questi farmaci, sulla base di una plausibilità biologica, sono sperimentati con lo scopo di testarne la capacità di rallentare la progressione di demenza o di conversione da declino cognitivo lieve o medio a demenza, intervenendo sui principali fattori di rischio noti, come quelli cardiovascolari e metabolici

© RIPRODUZIONE RISERVATA

20 set  
2024

SEGNALIBRO | ☆


FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Alzheimer, in un quarto di secolo l'Italia è rimasta (quasi) ferma. I risultati del 4° Rapporto Censis-Aima

di *Ketty Vaccaro \**, *Patrizia Spadin \*\** [La sintesi del Rapporto](#)

Se ci fai caso, ti accorgi che intorno al 21 settembre (Giornata Mondiale Alzheimer), sono tantissime le voci che si alzano sulla malattia di Alzheimer: dalla politica, che ha detto ..., che ha fatto ..., con mostra di impegno ed efficienza; dalle istituzioni, che hanno fatto e faranno ..., con tempestività e assoluta competenza; dal privato, che “generosamente” è al servizio del cittadino con empatia e coinvolgimento; dai professionisti di qualsivoglia specialità che fanno sapere di esserci, di essere a disposizione, e di conoscere problemi e soluzioni.

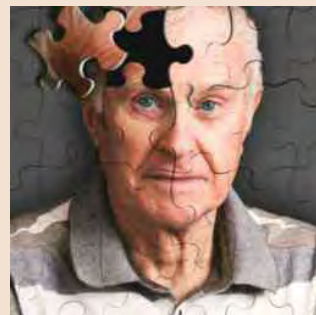
E allora perché in 25 anni dalla prima ricerca, Censis e Aima ancora denunciano una situazione quasi immutata?

La narrazione della condizione delle persone con Alzheimer e dei loro caregiver, nata dalla collaborazione tra l'Associazione italiana Malattia di Alzheimer (Aima) e il Censis, attraverso le quattro indagini realizzate dal 1999 ad oggi, racconta attraverso la loro vivavoce, il vissuto di malattia e della convivenza con essa che coinvolge e schiaccia tutta la famiglia, ed è un lungo racconto di sostanziale staticità della condizione dei pazienti e dei loro caregiver, nonostante gli innegabili passi avanti nella conoscenza della malattia e nella ricerca.

I tempi di diagnosi ad esempio: dalla comparsa dei primi sintomi alla diagnosi trascorrono comunque due anni in media (2,5 nel 1999 e nel 2006, 1,8 nel 2015) e non muta la quota (sempre intorno a poco meno della metà del campione) di chi segnala difficoltà nella classificazione di questi sintomi da parte dei medici a cui ci si è rivolti in prima istanza.

Nonostante la creazione di servizi specifici per l'Alzheimer e la demenza (le UVA, a partire dal 2000, e gli attuali Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) dal 2015) permangono le difficoltà ad aver un punto di riferimento unico e costante nelle cure: solo il 37,7% dei pazienti è seguito da un CDCD, quota ancora più ridotta rispetto al 56,6% del 2015 e sempre con le solite differenze territoriali, dal 48,2% dei pazienti seguiti del Nord al 32,4% del Sud.

L'accesso ai farmaci rimane limitato, e si mantiene, o peggiora addirittura, la carenza storica di servizi di assistenza a domicilio e sul territorio. Le percentuali di chi usufruisce di assistenza domiciliare o centri diurni sono stabili intorno al 10/15 %, anche se c'è stato



il Piano Nazionale Demenze del 2015 e lo stanziamento (di 5 milioni per 3 anni) nel 2021 per il Fondo per l'Alzheimer e le demenze.

Non muta il vissuto di solitudine e di grande difficoltà dei caregiver, oltre il 75% donne, che sperimentano l'impatto dei loro compiti di assistenza in tutti gli ambiti della propria vita, dalla salute al lavoro alla vita di relazione.

Anche la soluzione di assistenza informale autogestita dalle famiglie attraverso il coinvolgimento delle badanti si mantiene stabile (continuano ad usufruirne il 40% circa delle famiglie) anche se si riduce nel tempo il supporto ottenuto, perché diminuiscono le ore di impegno ed aumentano i costi. Infatti, i costi diretti delle famiglie, che rappresentano l'84,1% del totale, continuano a crescere e sono aumentati in termini reali del 15% dal 2015 ad oggi, mentre il costo medio annuo per paziente ha raggiunto i 72.000 euro.

Il quadro complessivo è quello che vede le famiglie sempre più sole e fragili, sebbene ancora e sempre più centrali per la cura delle persone con Alzheimer.

Più sole e fragili nonostante le dichiarazioni, in occasione delle Giornate Mondiali, che si rivelano per quello che sono: dichiarazioni.

Sconforto misto a speranza, emerge anche dalla indagine effettuata sulle persone con MCI (declino cognitivo lieve), la novità di questa edizione dell'indagine Censis – AIMA. Sono emersi i tratti di una condizione poco esplorata ma che dovrebbe rappresentare una priorità di azione per il SSN, perché la diagnosi e l'intervento precoce rappresentano uno dei pochi strumenti efficaci per affrontare la crescita esponenziale delle demenze legata agli effetti epidemiologici dell'invecchiamento.

Quello che ci hanno raccontato le persone con un disturbo cognitivo lieve, direttamente interpellate nell'indagine, è un vissuto di convivenza con una diagnosi difficile, che assegna un nome alle loro difficoltà e li instrada in un percorso di cura basato essenzialmente sull'adozione di uno stile di vita sano e terapie non farmacologiche, con accesso a farmaci e protocolli sperimentali che coinvolge il 40% circa dei pazienti, nel nostro campione quasi tutti seguiti da un CDCD. Ma allo stesso tempo è una diagnosi che li fa vivere nella costante paura di un peggioramento, mentre già si sentono in larga parte limitati nelle loro attività quotidiane e vedono nei familiari l'unico sostegno possibile, anche per il loro futuro incerto. Un futuro a cui in molti non riescono neanche a pensare, mentre hanno nei nuovi farmaci, che dovrebbero essere presto disponibili, l'unica speranza concreta.

I numeri altissimi (tra pazienti e caregiver il 5% della popolazione), i costi altissimi, l'altissimo grado di disperazione, rendono ancora più forte il grido d'aiuto che si alza dalle famiglie, che non può rimanere inascoltato: come diceva uno slogan di successo "servono fatti, non parole".

\* *Responsabile Area Welfare Censis*

\*\* *Presidente Associazione malati Alzheimer*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



21 set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Airalzh: i primi 10 anni di studi, impegno e ricerca verso “Un domani senza Alzheimer”

di *Benedetta Nacmias* \*

Si celebra in questi giorni il decennale dalla costituzione di Airalzh Onlus (Associazione Italiana Ricerca Alzheimer), l'unica Associazione che promuove su scala nazionale la ricerca medico-scientifica sulla malattia di Alzheimer e altre forme di demenza.

L'Associazione è stata costituita il 9 ottobre 2014 da clinici e ricercatori universitari - impegnati da anni nello studio e nella cura della malattia - e da manager aziendali con lo scopo principale di sostenere sia la ricerca di giovani ricercatori (nelle Università e nei diversi Centri di eccellenza italiani) sia la divulgazione dei risultati.

Dal 2016 Airalzh Onlus è riuscita a raccogliere fondi per un investimento di oltre 4 milioni di euro per la ricerca. La cifra è stata utilizzata per finanziare 82 assegni di ricerca, 26 progetti di ricerca sul Bando AGYR (Airalzh Grants for Young Researchers) - di cui sono in corso le fasi di selezione per l'edizione 2024 - e 2 progetti, frutto della collaborazione fra Airalzh e la Fondazione Armenise-Harvard, rivolto a Ricercatori “mid-career”. L'investimento di Airalzh comprende anche “Starting Grants” e “Art Therapy”, i due nuovi bandi dedicati, rispettivamente, a Progetti di Ricerca (di base e clinica) su prevenzione e fasi precoci della malattia di Alzheimer e sullo studio di tecniche di arte-terapia nel trattamento di pazienti con Alzheimer o disturbo cognitivo lieve.

Con i Bandi AGYR, in particolare, vengono sostenuti progetti proposti da giovani ricercatori Under 40, volti alla ricerca di base e clinica sulle fasi precoci di malattia (individuazione di marcatori diagnostici, possibili target farmacologici e nuovi approcci tecnologici) e prevenzione su stili di vita e malattia di Alzheimer. Ogni progetto viene finanziato con un importo massimo di 60.000 euro, da utilizzare entro 2 anni dallo stanziamento.

Dal 2022, inoltre, è partita una collaborazione tra Airalzh e la Fondazione Armenise Harvard di Boston, grazie alla quale sono stati pubblicati 2 bandi a sostegno di due progetti di ricerca (2022 e 2023) di base rivolti a ricercatori giunti a metà carriera nel campo delle malattie neurodegenerative.

Nel 2024, infine, Airalzh ha presentato altri nuovi bandi. Lo “Starting Grants”, per finanziare due progetti triennali presentati da ricercatori che hanno già maturato esperienza nel settore, promuovendo un approccio traslazionale, per avvicinare i risultati delle ricerche di base all'applicazione clinica e per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'Alzheimer. L'altro (“Airalzh Art therapy”) è stato realizzato grazie alle donazioni legate ai disegni di una paziente - realizzati durante il decorso della malattia di Alzheimer - e alla collaborazione con Coop e Pigna, con l'obiettivo di finanziare due



progetti di ricerca biennali finalizzati allo studio delle tecniche di arte-terapia nel trattamento dei sintomi cognitivi e comportamentali in pazienti con malattia di Alzheimer o disturbo cognitivo lieve.

La riconoscibilità scientifica della ricerca sostenuta da Airalz Onlus è confermata da oltre 220 pubblicazioni su riviste internazionali, alcune delle quali di elevato impatto, da parte degli 82 assegnisti e da numerose pubblicazioni, afferenti ai ricercatori AGYR e Armenise-Harvard, oltre a presentazioni a congressi nazionali e internazionali.

Durante la conferenza stampa organizzata il 18 settembre presso il ministero della Salute, per celebrare i primi dieci anni dell'attività di ricerca medico-scientifica di Airalz Onlus e in occasione della Giornata Mondiale dell'Alzheimer (21 Settembre), sono stati presentati interessanti risultati sui progressi compiuti dalla ricerca in Italia e nel mondo per l'individuazione di nuove cure.

È stata occasione anche per presentare una nuova indagine pensata per rilevare quale sia la percezione della malattia di Alzheimer nella popolazione italiana e quale l'interesse nel ricevere informazioni su prevenzione e cura. L'Associazione Italiana Ricerca Alzheimer ha altresì lanciato una campagna di sensibilizzazione per invitare la popolazione ad essere maggiormente consapevole dei benefici di un corretto stile di vita, anche come prevenzione alle demenze e ad adottarli.

*\* Vice Presidente Airalz Onlus (Associazione italiana ricerca Alzheimer), Prof. Associato di Neurologia presso l'Università degli Studi di Firenze*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

**20** set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Papa Francesco incontra l'Alleanza globale per la salute dei bambini

Prendersi cura di un milione di bambini nei prossimi tre anni: è questo l'obiettivo del nuovo network globale per l'assistenza sanitaria ed umanitaria ai più piccoli.

“The Pope’s Global Alliance for the Health and Humanitarian Care of Children” è una rete che mette in collaborazione strutture ospedaliere in tutto il mondo ed

è stata lanciata dalla nonprofit americana “Patrons of the World’s Children Hospital”, a cui Papa Francesco ha affidato questa missione lo scorso 11 maggio, su proposta di Mariella Enoc, presidente dell’ospedale Bambino Gesù.

“I bambini sono il seme del nostro futuro. Con i bambini si può costruire un mondo nuovo”, ha detto il Santo Padre accogliendo in udienza i promotori e partner dell’iniziativa.

Due i grandi obiettivi al centro dell’Alleanza.

Da un lato, creare una rete globale dell’infanzia, una vera e propria community umanitaria coordinata dal Comitato Organizzatore della Giornata Mondiale dell’Infanzia guidato da padre Fortunato e Aldo Cagnoli.

Dall’altro, realizzare un network dedicato alla cura dei minori in tutto il mondo e a fornire supporto specialistico al personale sanitario sul campo perché, come ha sottolineato il Santo Padre “ci sono malattie incurabili ma non ci sono bambini incurabili”.

Per questo è stata messa a punto una struttura che si avvale di un meccanismo basato sul sistema Hub and Spoke.

Gli Hub, sono ospedali di eccellenza che aderiscono all’iniziativa in tutto il mondo, e che forniscono scienza e cura agli Spoke, cioè alle strutture sanitarie e ai punti di salute sparsi nelle zone del pianeta dove la domanda di salute è inesausta.

Punto di contatto tra di loro è una “multilingual digital platform” creata da Al maviva e Salesforce e collegata al sistema di telehealth fornito da Teladoc Health.

Gli Hub – il primo dei quali sarà il Bambino Gesù – mettono a disposizione il loro know-how per prendersi cura dei bambini e per offrire supporto tecnico ai medici e agli infermieri degli Spoke, che sono chiamati ad individuare i casi pediatrici più urgenti e a preparare una iniziale raccolta della relativa documentazione medica e amministrativa, per poi sottoporla agli Hub, che hanno il compito di fornire le risposte sanitarie adeguate.

A coordinare la rete degli Spoke sono il Cuamm, Medici con l’Africa, e il Pime, il Pontificio Istituto Missioni Estere.

Padre Fortunato e Aldo Cagnoli, nel ringraziare il Santo Padre hanno sottolineato: “Oggi una delle sfide che il Comitato della Giornata Mondiale dei Bambini è chiamato a raccogliere è quella di mettere al centro la fragilità dei più piccoli, per farla diventare la forza di un mondo migliore”.

“Nel mondo ci sono molti bambini con un bisogno disperato di cure mediche -





sottolinea Fabrizio Arengi Bentivoglio, presidente dei Patrons - penso ai bambini della guerra in Ucraina e a Gaza, e penso anche ad altre forme di soprusi dei diritti umani e ai disastri naturali. Ma dove c'è una emergenza e ci sono gli spot della comunicazione globale che si accendono, troviamo anche Organizzazioni che se ne occupano: governi, Nazioni Unite, OMS, fondazioni. Purtroppo, continua Arengi Bentivoglio, ci sono anche centinaia di migliaia di bambini che hanno bisogno di aiuti quotidiani in aree di cui si parla molto poco, per i quali non ci sono meccanismi di tutela. Sono questi i primi bambini che vogliamo aiutare”.

Patrons of the World's Children Hospital è la corporation americana che promuove l'Alleanza e si occupa di alimentare il network globale sulla salute dei bambini con un'azione di sensibilizzazione e raccolta fondi. Cura, inoltre, gli accordi tra Hub e Spoke, l'implementazione del progetto con nuove opportunità di collaborazione e le relazioni con i partner che hanno già aderito all'iniziativa.

In udienza dal Santo Padre, oltre ad alcuni membri del board dei Patrons of the World's Children Hospital, i rappresentanti di tutte le organizzazioni coinvolte: l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Almamviva, Teladoc Health, il CUAMM, il PIME, Georgetown University Medical Center di Washington.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

**20** set 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## La nutrizione medica come pilastro per migliorare gli esiti terapeutici

di Emanuele Cereda\*

Il 46° Congresso ESPEN ha rappresentato un'importante occasione di confronto sul ruolo cruciale della nutrizione medica nei percorsi terapeutici, con particolare attenzione al suo impatto sugli esiti clinici, sulla qualità della vita e sul recupero funzionale dei pazienti. Il simposio promosso da Danone Italia, attraverso il suo brand



Nutricia - pioniera nella nutrizione medica per migliorare gli esiti clinici, le condizioni di salute e la qualità di vita dei pazienti – dal titolo “La nutrizione clinica come ‘game changer’ per ottimizzare i risultati dei pazienti”, ha permesso di approfondire alcune delle sfide attuali e future della medicina, evidenziando l'importanza di un approccio nutrizionale proattivo, soprattutto in contesti complessi come il cancro e l'invecchiamento della popolazione.

Uno dei temi chiave affrontati è stata la preservazione della massa muscolare, fattore determinante per il mantenimento della capacità funzionale e per la prevenzione di complicanze associate a patologie croniche e acute. L'importanza di questo aspetto emerge chiaramente nei pazienti oncologici, dove la perdita di massa muscolare, dovuta a molteplici fattori (e.g. infiammazione, anoressia, effetti collaterali dei trattamenti oncologici), può peggiorare la tolleranza e l'aderenza alle terapie e compromettere la qualità di vita e la prognosi del paziente. In questo contesto, una gestione nutrizionale appropriata e tempestiva diventa un tassello fondamentale per prevenire e contrastare la perdita involontaria di peso e massa muscolare associata al cancro.

L'invecchiamento stesso, poi, è accompagnato da una progressiva riduzione della massa e della funzione muscolare, fenomeno che può essere ulteriormente aggravato dalla presenza di malattie acute e croniche. La perdita muscolare è associata non solo a una riduzione della forza e delle capacità funzionali, ma anche a un aumentato rischio di disabilità, perdita di autonomia e sopravvivenza.

### Prevenire la perdita muscolare: un approccio proattivo

Il panel ha sottolineato come il declino muscolare sia un processo lento e progressivo, che può essere accelerato da eventi critici o episodi di malattia. Intervenire precocemente attraverso la nutrizione medica, integrata con attività fisica, può avere effetti positivi significativi sulla salute muscolare, contribuendo a rallentare il declino associato all'invecchiamento e a minimizzare gli effetti negativi delle malattie. Tuttavia, l'approccio più efficace è quello proattivo: agire preventivamente, prima che la perdita muscolare si manifesti in modo evidente, rappresenta la strategia ideale per migliorare gli esiti clinici e preservare la qualità della vita e lo stato funzionale dei pazienti.

Nel caso in cui invece la perdita di massa muscolare sia già avvenuta, risulta

fondamentale adottare strategie mirate al suo recupero. Quando l'alimentazione da sola non è sufficiente, specialmente in pazienti con fabbisogni nutrizionali aumentati o con difficoltà nell'assorbimento dei nutrienti, la supplementazione con alimenti dietetici destinati a fini medici speciali associata all'esercizio fisico può svolgere un ruolo decisivo. Questi alimenti speciali, formulati per fornire nutrienti essenziali in volumi ridotti, in associazione ad una dieta adeguata e personalizzata, rappresentano un'opzione efficace per garantire un apporto proteico di alta qualità, indispensabile per la rigenerazione muscolare.

## **Nutrizione clinica: un approccio integrato alla cura del paziente**

L'esempio del cancro è paradigmatico, ma altre patologie, come le broncopneumopatie croniche ostruttive, o le malattie infiammatorie croniche intestinali, beneficiano altrettanto di una gestione nutrizionale attenta e personalizzata. In questi contesti, il monitoraggio continuo dell'apporto nutrizionale e la supplementazione di proteine di alta qualità sono strumenti essenziali per tutelare il patrimonio muscolare del paziente e prevenire le complicanze legate alla perdita di massa muscolare.

In conclusione, il 46° Congresso ESPEN ha ribadito come la nutrizione medica non sia semplicemente un supporto complementare alla terapia, ma un elemento centrale per il successo dei percorsi di cura. L'adozione di un approccio assertivo e proattivo nella gestione nutrizionale, fin dai primi segnali di perdita muscolare, rappresenta un passo fondamentale per migliorare e ottimizzare gli esiti terapeutici, garantire un miglior recupero e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

*\*Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo*

*Medico Specialista della Struttura Complessa di Dietetica e Nutrizione Clinica*

*Responsabile del Comitato Scientifico del Congresso ESPEN 2024*

*Membro del Direttivo Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo (SINPE)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



20 set  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

NOTIZIE FLASH

S  
24

## Patologie cardiovascolari, da Safe Heart Odv aperitivo solidale pro Burkina Faso

Safe Heart Odv, associazione di solidarietà sociale per la diagnosi e la cura delle patologie cardiovascolari verso tutte quelle popolazioni ferite da guerra e povertà, organizza per il 24 settembre un aperitivo solidale e una visita guidata alla Residenza Vignale di Milano, in via Enrico Toti, con interventi musicali di Cristina Scuccia, Debbie Summa & Elvis Fortunato, Renato Caruso, Encanto Acoustic Duo + Andrea Riva (sassofonista) e Luca De Gregorio. Il ricavato della serata sosterrà la prossima missione di Safe Heart Odv in Burkina Faso.

L'evento si svolgerà dalle ore 19.00 alle ore 22.00 nella suggestiva cornice della Residenza Vignale, villa storica costruita per volontà di un principe austriaco: un luogo nascosto, aperto per l'occasione, che coniuga gli elementi decorativi della secessione viennese e dell'architettura liberty milanese.

Prorogata al 22 settembre la data entro cui è possibile prenotarsi.

Per registrarsi è necessario compilare il form al link <https://bit.ly/3WtNQ6o>.

È possibile scegliere la fascia oraria per la visita e il metodo di pagamento.

Il ricavato dell'aperitivo solidale sosterrà i progetti di Safe Heart Odv e sarà devoluto a missioni umanitarie no-profit in Burkina Faso, in particolare alla cura di giovani pazienti con patologie delle valvole cardiache e alla formazione del personale locale. Durante la serata, verranno condivise con il pubblico le testimonianze delle missioni umanitarie realizzate fino ad ora e ci saranno dei momenti musicali.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

20 set 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Giornata della salute riproduttiva: combattere l'inverno demografico è una delle grandi sfide del nostro tempo

Combattere l'inverno demografico è una delle grandi sfide del nostro tempo. Con appena 379mila bambini venuti al mondo, il 2023 ha evidenziato nel nostro Paese l'ennesimo minimo storico di nascite, l'undicesimo di fila dal 2013. Il trend della denatalità dal 2008 (577mila nascite) non ha conosciuto soste, determinato sia da un'importante contrazione della fecondità (numero di figli per donne in età riproduttiva) sia dal calo del numero di donne in tale fascia di età (per l'invecchiamento della popolazione).

Il numero medio di figli per donna negli ultimi sessant'anni è sceso dal 2.70 (1964) a 1.20 (2023) e già da quarant'anni non supera l'1.5 (1.48 nel 1984). Il bassissimo numero medio di figli per donna interessa tutto il territorio nazionale (Nord: 1.21; Centro: 1.12, Sud e Isole: 1.24), mentre fino a trent'anni fa la fecondità era molto superiore nel Sud rispetto al Centro e al Nord (basti pensare che nel 1964 era 3.30 nel Mezzogiorno, 2.38 nel Centro e 2.37 nel Nord).

Un problema, quello della denatalità, causato non soltanto da ragioni economico-sociali (stipendi bassi, aumento del costo della vita, mancanza di servizi a sostegno delle famiglie, etc.), ma anche dalle crescenti difficoltà di concepimento nelle coppie che desiderano avere un figlio. In Italia è stata istituita la Giornata nazionale della salute riproduttiva (22 settembre), proprio con l'obiettivo di promuovere l'attenzione e l'informazione sul tema della fertilità.

«Secondo le stime dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia circa il 15% delle coppie è infertile e questa condizione può dipendere in egual misura sia dalla donna che dall'uomo. Non esistono in Italia dati specifici sulla prevalenza di questo fenomeno - afferma il Professor Pasquale Bilotta, direttore del Centro Fecondazione Assistita "Alma Res" di Roma - Generalmente si parla di infertilità di coppia in caso di mancato raggiungimento della gravidanza dopo un anno di rapporti sessuali regolari e non protetti. Tra le cause primarie vi è senz'altro il fattore età - dai 40 anni in poi la percentuale di fertilità media è il 20% rispetto a quella riscontrata a 25 anni - ma anche abitudini non sane, come fumo, consumo di alcol oppure condizioni psicologiche limitanti, quali ansia e stress da ritmi di vita/lavoro troppo frenetici. Spesso, comunque, parliamo di patologie prevenibili facilmente curabili, per questo è molto importante una corretta informazione».

Stando ai dati più recenti dell'ISS, nel 2021, oltre 86.000 donne in Italia si sono sottoposte a trattamenti di fecondazione assistita. La fascia d'età più rappresentata è quella tra i 35 e i 40 anni, seguita dalla fascia tra i 30 e i 35 anni. Il tasso di successo delle procedure varia in base all'età della donna e alla tecnica utilizzata, con una media nazionale del 25% di gravidanze per ciclo di trattamento di fecondazione in vitro. Le donne sotto i 35 anni hanno registrato i tassi di successo più alti, con una percentuale che raggiunge il 40%, mentre per le donne sopra i 40 anni il tasso di successo scende al



15%.

«Non esiste un percorso universalmente valido per tutte le coppie - spiega il Professor Bilotta - Per questo, l'obiettivo primario del nostro Centro è ricercare approcci personalizzati, basati su caratteristiche genetiche e biologiche individuali. Non solo: puntiamo al miglioramento delle tecniche di congelamento e scongelamento di ovociti ed embrioni e investiamo nello sviluppo di nuove metodologie per la diagnosi precoce di malattie genetiche rare».

Secondo il prof. Bilotta - tra i primi ricercatori in Italia che, nel 1980, realizzarono su coppia infertile il prelievo, la fecondazione dell'ovocita ed il trasferimento embrionario in utero - è fondamentale continuare a migliorare il quadro normativo per assicurare un accesso equo e sicuro per tutti: «Nel Lazio, per esempio, le coppie che decidono di ricorrere alla fecondazione assistita tramite SSN si recano in altre regioni. Le motivazioni sono legate alla scarsa offerta pubblica o convenzionata nel territorio regionale, lunghe liste d'attesa e costi elevati. Con altri 21 Centri autorizzati privati, stiamo costituendo un Coordinamento a livello regionale: auspichiamo la creazione di un Network di centri pubblici e privati, disponibili a erogare prestazioni in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, in modo da aumentare l'offerta e garantire alle coppie un maggiore accesso ai trattamenti di fecondazione assistita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---



Il Piemonte risale la china, nel 2022 era sotto di 12 milioni, ma oggi sconta l'assenza di nuove strutture e lo scarso peso della componente privata

## Liste di attesa, ospedali e tecnologie datate L'esodo dei malati dal Piemonte costa 8 milioni

**IL CASO**

ALESSANDRO MONDO

**P**remessa numero uno: la Sanità piemontese sta lentamente risalendo la china. Premessa numero due: tra le Regioni del Nord, la performance della Liguria è decisamente peggiore. Anche così, il saldo negativo della nostra regione, - 8 milioni rispetto ai - 99 dei vicini, non deve consolare. A maggior ragione, considerato che un altro vicino, l'ingombrante Lombardia, chiude a + 579 milioni, l'Emilia a + 465, il Veneto a + 189, la Toscana a + 58, il Molise a + 22, le province autonome di Trento e Bolzano a + 1 e + 2,8.

Parliamo di mobilità passiva, ovvero di pazienti che scelgono di farsi curare in ospedali e cliniche di altre regioni, e del costo che il Piemonte deve rimborsare per le cure erogate. Tra il 2012 e il 2021 il Piemonte era in rosso per 300 milioni.

L'annus horribilis era stato il 2018, con - 88,5 milioni. Non a caso, quando la Regione era uscita dal Piano di rientro della Sanità (2010-2017) che impose tagli dei posti letto e del personale, chiusure e accorpa-

menti di ospedali. L'onda lunga, verrebbe da pensare, di un commissariamento mascherato, peraltro senza pari nelle altre regioni del Nord (tranne la Liguria, ma per un solo anno). Nel 2022 eravamo a - 12 milioni, cifra ridimensionata lo scorso anno a - 8.

Fenomeno nazionale, quello della mobilità passiva, prevalentemente dal Sud verso il Nord. E in continuo aumento: il giro d'affari secondo i dati 2023, appena approvati dalla Conferenza delle Regioni, sfiora i 4,6 miliardi. Oltre un milione di italiani si sposta oltre i confini regionali per sottoporsi ad ogni genere di terapia. Fenomeno nazionale, abbiamo detto, che vede solo sette Regioni in attivo mentre le altre 14 - la Calabria è in cima alla lista (-294 milioni) seguita da Campania (-285), Sicilia (-221), Puglia (-198), Lazio (-171), Liguria (-99), Abruzzo (-90), Sardegna (-82), Basilicata (-71), Marche (-47) Umbria (-31), Valle d'Aosta (-11), Piemonte (-8), Friuli-Venezia Giulia (-6) - registrano un saldo negativo. Come abbiamo visto, il Piemonte appartiene a questa categoria.

Questione economica, soldi che escono dalle casse della nostra Regione, nel nostro caso prevalentemente Lombardia e Veneto, ma anche di immagine: se perdi pazienti significa che non sei attrattivo, e quindi non competitivo. Non a caso, negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un vero "marketing sanitario" per accrescere l'attrattività di un'azienda sanitaria o di una Regione a discapito di altre, da cui discende la possibilità di ottenere maggiori risorse e conseguire benefici in termini di economie di scala e saturazione dei servizi sanitari.

Come in tutte le situazioni complesse, l'affanno del Piemonte dipende da una sommatoria di fattori: la marginalità geografica si somma alla obsolescenza strutturale e tecnologica delle strutture sanitarie (al netto delle professionalità che vi operano) e al peso ridotto di una Sanità privata che rimane la pallida ombra di quella lombarda e veneta. Nessuna risposta, anche nel recente passato, alla richiesta dei privati subalpini di poter superare i limiti imposti alle prestazioni per i non residenti. Un tema

sul quale ora l'assessore Federico Riboldi apre: «Il mio obiettivo è azzerare il segno meno, il contributo dei privati può essere importante». Non ultimo, l'assenza di Irccs, eccezione fatta per l'Istituto dei Tumori di Candiolo: «Sono importanti perché certificano la capacità di un ruolo e di una struttura». Solo ora, in ritardo rispetto alla lentezza della procedura autorizzativa, è stato avviato l'iter per chiedere il riconoscimento all'Ospedale Regina Margherita di Torino.

Le soluzioni non sono semplici - «L'ultima classifica di Neesweek ha dimostrato che abbiamo eccellenze importanti, scontiamo l'inadeguatezza di ospedali brutti, oltre che vecchi, come delle tecnologie» - ma è altrettanto vero che altre Regioni riescono a fare meglio, e talora molto meglio: la dimostrazione che, in termini di strategie, negli ultimi decenni il Piemonte ha perso la bussola, o forse non ne ha mai avuta una. —

**L'annus horribilis era stato il 2018, con un saldo negativo di 88,5 milioni**



FEDERICO RIBOLDI  
ASSESSORE REGIONALE  
SANITÀ

**Il mio obiettivo è azzerare il segno meno, il contributo dei privati può essere importante**

**In Italia cresce la mobilità sanitaria, nel 2023 il giro d'affari ha sfiorato i 4,6 miliardi**

**7**

Le regioni che hanno un saldo di mobilità positivo: Lombardia, l'Emilia, Veneto, Toscana, Molise, Bolzano e Trento

**14**

Le Regioni che scontano un saldo di mobilità passivo: la Calabria è in cima alla lista con -294 milioni

**+596**

Milioni, la performance della Lombardia, seguita da Emilia (+465), Veneto (+189), Toscana (+58), e Molise (+22)



Dir. Resp.: Luciano Fontana

**Malattie rare**

## Al Gemelli ricerca e cura sulla sindrome di Pitt-Hopkins

**R**icerca, diagnosi di precisione e assistenza sulla sindrome di Pitt-Hopkins sono stati i temi al centro del convegno che si è svolto ieri nell'Università Cattolica-Policlinico gemelli in occasione della Giornata mondiale su questa malattia. L'incontro è stato organizzato in collaborazione tra la Cattolica e l'Associazione italiana sindrome di Pitt-Hopkins «Insieme di più» Onlus. Questa è una malattia genetica molto

rara caratterizzata da disabilità cognitiva, disturbi respiratori ed epilessia. Il responsabile scientifico dell'evento è stata la professoressa Marcella Zollino, docente associata di Genetica medica alla Cattolica. Nel convegno – al quale è stata conferita la medaglia del Presidente della Repubblica – sono state discusse le ultime novità su diagnosi, assistenza e ricerca. Il ministro per le Disabilità, Alessandra Locatelli, in un messaggio

ha sottolineato «l'importanza della ricerca, ma in particolare per fare il punto sulle azioni che dobbiamo continuare a mettere in campo per sostenere i pazienti e le loro famiglie». © RIPRODUZIONE RISERVATA



## IL DESTINO DEI CAMICI BIANCHI

«Riaffermare l'alleanza dottore-paziente contro la crisi delle vocazioni»

# Ordine dei medici al voto «Su principi e competenze servono nuove regole»

*La ricetta della lista «Insieme» spiegata da Giovanni Carnovale*

**ANTONIO SBRAGA**

••• Manca meno di una settimana alla 4-giorni elettorale per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Omceo). Due sono le liste presentate: quella della maggioranza uscente si chiama "Insieme" e chiede la conferma del mandato al più numeroso ordine italiano di camici bianchi convocato presso la sede di via Giovan Battista De Rossi dal 27 al 30 settembre.

**Professor Giovanni Carnovale lei che è un consigliere-revisore dei conti uscente, che bilancio fa del vostro mandato che sta per concludersi?**

«Un bilancio altamente positivo, grazie alla guida esperta e sicura del nostro presidente, Antonio Magi. Insieme a lui chiediamo la conferma del nostro buon governo con un'investitura ancor più forte che ci dia la forza per ottenere il riconoscimento e la tutela della professionalità medica. Perché quello del medico è un ruolo insostituibile e va riaffermato davanti a certi tentativi di rivendicazioni di competenze che non possono avere altre professionalità sanitarie, in special modo i farmacisti, ma anche gli infermieri, con tutto il rispetto per i loro ruoli».

**Qual è il punto qualificante del vostro programma?**

«Noi avvertiamo la necessità di riaffermare i principi universalistici e di equità del servizio sanitario pubblico, per il quale vanno migliorate le regole. Perché c'è sempre più confusione fra le competenze dello Stato, quelle delle Regioni e il ruolo della Conferenza Stato-Regioni. Sempre più Regioni si stanno arrogando diritti che non sono loro attribuiti dalla legislazione, a partire dalla selezione delle nomine, che invece dovrebbero essere fatte su base nazionale e non regionale. Noi puntiamo a ridare regole nazionali anche per l'accesso ai farmaci innovativi: attualmente ci vogliono fino a 424 giorni per autorizzarli e, nel frattempo, quei farmaci diventano già vecchi. Da coordinatore, per conto del presidente dell'Aifa, del Tavolo Tecnico sulla Medicina di Precisione, posso purtroppo dire che, in questo, l'Italia è fanalino di coda in Europa». **Europa che però ci "ruba" sempre più medici: una fuga che sta diventando un esodo soprattutto a Roma, con oltre mille camici bianchi espatriati negli ultimi 10 anni. Cosa pensate di fare per convincerli a restare in Italia?**

«Negli altri paesi, soprattutto

quelli anglosassoni, viene riconosciuto ai medici tutto il percorso di formazione e specializzazione. In Italia, invece, è attribuito solo nei titoli con la definizione "dirigenti medici". Però, a fronte del titolo di "dirigenti", lo stipendio è sempre da impiegato. Stiamo lavorando da tempo affinché vengano adeguatamente riconosciute l'indennità di rischio per chi opera in urgenza, o di chi lavora nei Pronto soccorso».

**Sembra esserci una crisi delle vocazioni anche per i medici di famiglia: ci sono tante zone che restano carenti, soprattutto nelle aree interne delle province o periferiche delle città. Come si può invertire questo trend?**

«Noi puntiamo proprio ad una riqualificazione territoriale delle sedi più svantaggiate e periferiche, promuovendo una maggiore considerazione dei problemi della terza età e derivanti dalle cronicità, con un ausilio maggiore dei servizi domiciliari. E, soprattutto, crediamo che vada riaffermata l'alleanza terapeutica tra medico e paziente, come prevede il giuramento di Ippocrate. Purtroppo un pò si è perso e deve necessariamente essere recuperato».

