

**13 gennaio 2025**

# **RASSEGNA STAMPA**



**ARIS**  
ASSOCIAZIONE  
RELIGIOSA  
ISTITUTI  
SOCIO-SANITARI

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

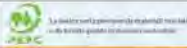


# la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Mario Orfeo



Lunedì 13 gennaio 2025

Oggi con Affari & Finanza

Abbon. 12 N° 2 - 10 mila €1,70

GIUSTIZIA

## Nordio libera Abedini

Il ministro chiede la revoca degli arresti a Milano: non ci sono le condizioni per l'estradizione  
L'ingegnere iraniano dei droni, accusato dagli Usa, subito scarcerato e rientrato in patria

La svolta dopo la soluzione del caso Sala. Teheran ringrazia l'Italia

di Giuliano Foschini

**ROMA** - La promessa era da mantenere. Tornata a casa Cecilia Sala, passata la conferenza stampa della premier Giorgia Meloni, sentito Joe Biden (al telefono, visto che il presidente americano aveva annullato il viaggio in Italia), l'iraniano Abedini doveva essere liberato.

● a pagina 3  
servizi di Cerami, Di Raimondo e Sannino ● alle pagine 2 e 4



Mohammad Abedini Najafabadi

Mappe

La magistratura e le campagne del centrodestra

di Ilvo Diamanti

**L'**assoluzione del ministro Matteo Salvini costituisce un episodio significativo, in quanto agevola il suo percorso politico verso gli altri obiettivi a cui ambisce. E, al tempo stesso, perché chiama in causa il ruolo della magistratura. Che segna non solo il nostro presente, ma la storia della nostra democrazia.

● a pagina 13

## Trump e la scossa che serve all'Europa

Con questo articolo Paolo Gentiloni inizia la sua collaborazione con Repubblica

di Paolo Gentiloni

**A** una settimana dall'inauguration Day del presidente Trump un'ondata di angosciati interrogativi attraversa l'Europa. Che cosa ci aspetta sull'Ucraina? E sui dazi? E sulle spese Nato? Converrebbe tuttavia interrogarsi anche su che cosa faremo noi, noi europei. Per l'Europa il ritorno di Trump alla Casa Bianca è infatti anche un'occasione, può essere addirittura la sveglia che ci costringe a correre. Non sottovaluto affatto i pericoli del momento storico che stiamo vivendo. Autocrazie e democrazie sembrano rincorrersi in logiche di pura potenza, con i giochi senza frontiere sulla Groenlandia o il Canada, sul Messico o Panama che alimentano paragoni assurdi con le responsabilità storiche di chi ha invaso l'Ucraina. Il rischio è che tutto converga a delegittimare le regole dell'ordine multilaterale e a rendere vani gli obiettivi comuni sulla transizione climatica. Il rischio è un revival del protezionismo, della guerriglia commerciale come via maestra per consentire a ciascun Paese di tornare Great Again. Il rischio è la capacità inaudita della tecnocrazia di minare dall'interno i nostri sistemi democratici. Insomma, il catalogo delle minacce incombenti non è mai stato tanto voluminoso. E l'Unione europea è percepita come fragile, timorosa, silente.

● continua a pagina 24

L'appello

## “Verità per Ramy, non vendetta”

Parla il padre del ragazzo dopo gli scontri al corteo di Roma Meloni con gli agenti: atti ignobili  
Violenza antisemita a Bologna

di Massimo Adinolfi

**C**he altro pensare, se non che la morte di Ramy Elgami non può giustificare in alcun modo gli scontri che hanno avuto luogo a Roma o a Bologna? Ramy è morto al termine di un inseguimento per le strade di Milano su cui sono in corso indagini. Un video getta ombre sulla condotta delle forze dell'ordine.

● a pagina 24  
servizi di Baldessarro, Carra, Carta Giubertti, Scarpa e Vitale  
● alle pagine 6, 7 e 8



▲ Murales il volto di Ramy Elgami su un muro del quartiere Corvetto a Milano

I diari svelati da Repubblica

## Quelle lettere del boss alla figlia testimone di una vita da fantasma

di Umberto Galimberti

**P**erché dal 2003 al 2016 Matteo Messina Denaro ha scritto una sorta di diario, con memorie, appunti e riflessioni sulla sua vita quotidiana e persino intima, destinato alla figlia Lorenza, che non ha voluto saper niente di suo padre e alla quale lo stesso padre non l'ha mai recapitato?



La risposta non è difficile. Tutti nella nostra vita abbiamo bisogno di un testimone. Sia chi è vissuto nel più completo anonimato, sia chi non è stato privato di riconoscimenti, fedeltà, rispetto. Persino uno spietato boss mafioso.

● a pagina 19  
servizio di Palazzolo ● a pagina 18

L'energia non deve costarci il mondo



octopusenergy  
Energia pulita a prezzi accessibili  
octopusenergy.it

Le idee

## Che sorpresa la fiaba di Jérémie nel bosco

di Natalia Aspesi

**A**i Golden Globe non ci pensavano nemmeno, lo dicono i bookmaker, di premiare Demi Moore (*The Substance*), una indovolata bellezza di 62 anni e tre figlie, e invece poi lei si è guadagnata il riconoscimento facendo se stessa: una signora un pochino terrorizzata all'idea di invecchiare.

● a pagina 29

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 67821  
Roma, Via Campana 29 C - Tel. 06 68828

DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02 67777310  
mail: servizioclienti@corriere.it



**Campionato**  
Doppia vittoria  
per Inter e Napoli  
di **Condò, Scozzafava e Tomaselli**  
alle pagine 38 e 39



**Il libro di Massimo Franco**  
Hammamet, Italia  
L'ombra di Craxi  
da domani in edicola e libreria per  
«Solferino». L'introduzione alle pagine 32 e 33



Manovre a sinistra

IL CENTRO RINATO (IN VIDEO)

di Paolo Mieli

S i apre oggi la «settimana del centro». I giorni di qui a sabato saranno impegnati a preparare due convegni, uno a Milano l'altro a Orvieto, che si propongono di offrire una prospettiva politica a quell'elettorato antigovernativo che non si ritiene appagato dall'offerta politica di Pd, A5s e M5S. La destra non ha di questi problemi. Fin dall'uscita di scena di Silvio Berlusconi, Giorgia Meloni — e in tempi più recenti anche Matteo Salvini — anziché far fucetta di naufraghi e reduci dell'epoca azzurra, hanno dato una mano a che Antonio Tajani, Maurizio Lupi, Lorenzo Cesa e altre personalità di minor calibro della destra non radicale, riuscissero a mettere in salvo i propri contenitori. Nel centrosinistra, invece, Matteo Renzi e Carlo Calenda si sono abbandonati ad impulsi fraticidi sgretolando un patrimonio elettorale che, con tranquillità, avrebbe potuto raggiungere il 10%. Adesso entrambi sono impegnati, ognuno, a mantenere in vita quel che resta del proprio partito. Ma gli analisti della politica italiana sono unanimi nel ritenere che il centro del centrosinistra sia in parte da ricostruire. O addirittura da costruire ex novo.

I due convegni dovrebbero dare una prima risposta a questa esigenza. Gli organizzatori dei due appuntamenti di sabato prossimo, sono, però, di matrice molto diversa. I «milanesi», autodefinitisi «Comunità Democratica», sono di impronta post sinistra Dc. *continua a pagina 30*

«Non ci sono le condizioni per l'estradizione». Il plauso del regime e il tacito assenso degli Usa

Caso Sala, liberato Abedini

Nordio chiede la revoca degli arresti, l'«uomo dei droni» è già a Teheran

di Virginia Piccolillo

Liberato Mohammad Abedini, il trentottenne ingegnere iraniano in carcere a Opera e del quale gli Stati Uniti chiedevano l'estradizione. L'«uomo dei droni» era accusato di terrorismo. Ma il ministro della Giustizia Carlo Nordio ne ha revocato l'arresto perché non sussistevano «le condizioni per l'estradizione». Dopo che l'Iran aveva liberato Cecilia Sala, Abedini è già sbarcato a Teheran. Il plauso del regime iraniano per l'esito della vicenda. E l'assenso tacito di Washington.



L'ingegnere iraniano Mohammad Abedini-Najafabani, 38 anni, liberato, ieri, dal carcere di Opera

da pagina 2 a pagina 6  
**Caccia, Mazza, Privitera**

IL RETROSCENA

L'accelerazione per preservare il patto con l'Iran

di Giovanni Bianconi

Il patto tra Italia e Iran non poteva rischiare di saltare. Per questo Nordio ha accelerato i tempi. Il ministro può stabilire la revoca degli arresti a fini estradizionali in virtù della natura politica della decisione finale, che spetta sempre al potere esecutivo.

a pagina 3

L'INGEGNERE SCARCARATO

Stupore e pianto «Grazie all'aiuto nel silenzio»

di Luigi Ferrarella

All'annuncio della scarcerazione resta sorpreso, come se non comprendesse subito, poi accenna un sorriso quasi incredulo e infine scoppia in un pianto. «Abedini mi ha sempre ripetuto che aveva fiducia nella giustizia», commenta il suo avvocato.

a pagina 5

I ROGHI IN CALIFORNIA

Ora Los Angeles teme il vento E Trump accusa i democratici



di Matteo Persivale

Sono già sedici le vittime per i roghi che stanno devastando Los Angeles. E adesso si lotta contro il vento per riuscire ad arrestare le fiamme. Il presidente eletto Donald Trump attacca le autorità californiane.

alle pagine 12 e 13 Serra

Val d'Ossola Tra le vittime Auguadro, era nel team di Mascazone Latino



Le tre vittime della tragedia: nella foto a sinistra Matteo Auguadro, a destra Matteo Lomazzi (in alto) e Gaudenzio Bonini

Travolti dalla valanga: 3 morti Addio a un campione della vela

di Massimo Massenzio e Gaia Piccardi

Tragedia in Val d'Ossola: una valanga travolge Gaudenzio Bonini di Ghiffa, 65 anni, titolare di un'autoscuola; Matteo Auguadro di Verbania, 48 anni, campione di vela; Matteo Lomazzi di Verbania, 34 anni, frontaliere. *alle pagine 20 e 21 Fulloni, Rullo*

Sicurezza Meloni: episodi ignobili Scontri per Ramy, stretta del Viminale «Stop ai violenti»

di Baccarani, Frignani e Logroscino

Scontri a Roma per il caso Ramy. Interviene il Viminale: stretta contro i violenti. *da pagina 8 a pagina 11 Baccaro, Lio*

GIANNELLI

SCONTI CON LA POLIZIA AL CORTEO PER RAMY



ULTIMO BANCO di Alessandro D'Avania

«Sono esaurito». «Ho bisogno di staccare la spina». «Devo ricaricarmi». Espressioni d'uso quotidiano che tradiscono la fatica di pensarsi macchine con un corpo hardware e una coscienza software («ci aggiorniamo», «non siamo compatibili», «interfacciamoci»). È la neolingua tecnologica: abbiamo affidato alle macchine l'umanissimo sogno di non morire, perché l'umano, così com'è, sembra una versione superata del vivere. Infatti «ultima generazione» non indica più i nuovi nati, ma i nuovi telefoni o pc. Eppure noi non stacciamo la spina, ripossiamo come i campi per dare frutto; non ci ricarichiamo, noi rinforziamo i legami con la vita come l'albero con la terra e la luce; non ci esauriamo come

Diventare chi?



batterie, ma come sorgenti d'acqua. Barattando il discorso naturale con quello artificiale, abbiamo scelto: macchina ti dici, macchina diventi. Ma funzionare è il nostro destino? Il frullatore frulla, la lavatrice lava, il calcolatore calcola. E l'umano come «umano»? Sente e sa di essere vivo perché sente e sa che morirà: siamo un limite aperto, libero, creativo; siamo tempo in carne, respiro e desiderio, sangue e sogno, destino e destinazione. Eppure inviamo alla macchina il contrario: non sentire né sapere di sé, non dover scegliere né morire. Funzionare ci rende più sicuri, ma non felici, perché «umano» non è funzionare, ma diventare. Diventare chi?

continua a pagina 27

PRIMI SINTOMI INFLUENZALI  
RAFFREDDORE

PER I TUOI ECCI, PUOI PROVARE VIVIN C.  
Vivin C agisce rapidamente contro il raffreddore e i primi sintomi influenzali. Con Vitamina C per la difesa immunitaria.

## LO SCRITTORE

### Cognetti: "Legato al letto il mio inferno in ospedale"

ALBERTO INFELISE



«Come sto? Sai, ho imparato negli ultimi tempi a non dire "sto bene", "benissimo grazie", perché ormai suona sospetto. Però posso dire che mi sento molto meglio di prima». - PAGINE 22 E 23

## LA TRAGEDIA

### Valanga sugli scialpinisti morti tre amici in Ossola

ARCHESSEO, PASTORE, SOLA



«C'è una valanga. Tre persone /travolte. Mandiamo posizione. Siamo sotto la cima di Val Grande. Il mio compagno sta cominciando a cercarci con l'Arva». La chiamata al 112 è stata da manuale. - PAGINE 18 E 19



# LA STAMPA

LUNEDÌ 15 GENNAIO 2025



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 159 II N.12 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

INTERVISTA A PODOLYAK, BRACCIO DESTRO DI ZELENSKY: PARLARE DI PACE IN 100 GIORNI DANNEGGIA NOI E L'OCCIDENTE

## "Nessun compromesso a spese dell'Ucraina"

### IL COMMENTO

#### Perché la partita a Kiev non è ancora conclusa

ANNA ZAFESOVA

In alcuni momenti, osservando Zelensky mentre incontra presidenti e premier europei, stringe mani, si siede al tavolo delle trattative e firma accordi di cooperazione e assistenza, si ha la sensazione di rivivere gli ultimi giorni che avevano preceduto l'invasione russa dell'Ucraina, esattamente tre anni fa. - PAGINA 6



MARCO BRESOLIN, LETIZIA TORTELLO

«Donald Trump dice che finirà la guerra in 100 giorni. Ma bisogna capire bene cosa intende», dice Mykhailo Podolyak, consigliere del presidente ucraino Zelensky. - PAGINE 6 E 7

### LA TRATTATIVA

#### Usa-Israele, spinta al piano per la tregua a Gaza

NELLO DEL GATTO, FRANCESCO SEMPRINI

È sull'asse Doha-Gerusalemme, con Washington sullo sfondo, che si decidono le sorti di ostaggi, guerra e cittadini di Gaza. Il 20 gennaio, termine fissato dal presidente eletto Donald Trump per chiudere l'accordo, si avvicina e gli sforzi sono ora al massimo per raggiungere un'intesa sempre più necessaria. Lo ha ribadito ieri in serata, al telefono con il pre-



mier israeliano Benjamin Netanyahu, il presidente americano Joe Biden. Come si legge in una nota della Casa Bianca, i due hanno discusso delle trattative in corso a Doha basate sull'accordo del 27 maggio del 2024 annunciato dall'inquilino di Pennsylvania Avenue l'anno scorso e approvato all'unanimità dal Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite. - PAGINA 8

### IL CASO

#### Scontri nelle piazze accelera il ddl sicurezza Igenitori di Ramy "Fermate le violenze"

GIUBILEI, MALFETANO, SIRAVO



### IL PERSONAGGIO

#### Il Salvini prigioniero del Viminale perduto

ALESSANDRO DE ANGELIS

I modi sono sempre un po' sbruffoneschi e da eterno ragazzino che le spara grosse per farsi sentire. Ma in realtà c'è un qualcosa di tragico di questi tempi nella figura di Matteo Salvini, assolto ma non risorto, proprio nel rapporto con la realtà che gli sta attorno. Lo racconta, innanzitutto, l'incapacità di parlare sui treni, che non arrivano in orario, ormai una costante. Rimosso il venerdì nero, il nostro è ricomparso parlando dei "criminali rossi". AMABILE - PAGINA 7

### L'INTERVENTO

#### Eredità di Matteotti e il vero ruolo del fisco

NICOLA ROSSI

Con la consueta pacatezza, Elsa Fornero si è posta recentemente una domanda con banale: perché mai sembra impossibile parlare serenamente di tasse? - PAGINA 21

IL CASO SALA, L'ITALIA VELOCIZZA I TEMPI PER ANTICIPARE NUOVE RICHIESTE DI ESTRADIZIONE NEGLI STATI UNITI

## Abedini libero, giallo segreti nucleari

Nordio firma la scarcerazione, l'ingegnere dei droni a Teheran. Gli Usa vogliono la sua valigetta

### L'ANALISI

#### Iran, il bivio atomico che cambia la Storia

ETTORE SEQUI

La sera della liberazione di Cecilia Sala, durante un evento sociale, ho incontrato l'ambasciatore iraniano a Roma con cui ho scambiato qualche convenevole in farsi, eco lontana dei miei anni da giovane diplomatico a Teheran. - PAGINA 21

### LA SENTENZA

#### Azizi, condanna a morte vergogna degli ayatollah

FRANCESCA PACI

Sono passate poche ore da quando hanno permesso a Cecilia Sala di lasciare il carcere di Evin in cambio della liberazione dell'ingegnere iraniano Abedini Najafabadi e già le autorità della Repubblica islamica tornano a colpire un'attivista. - PAGINA 21

### IL DIBATTITO

#### I Musk, la Macchina e la sinistra fuori gioco

MASSIMO CACCIARI

«Mettili Musk al comando!». Questo sembra il segno dell'epoca in cui già siamo entrati. Nessun disegno politico, nessuna definita strategia segnano questo processo. Si tratta di una evoluzione, proprio in senso culturale-antropologico, del sistema che regge ormai il nostro mondo. L'opinione pubblica vi partecipa, soggetto attivo e oggetto in uno, quanto i suoi "capi" politici. La potenza della Tecnica (l'Apparato globale formato da economia, finanza, scienza, innovazione, sviluppo) non è più sentita da tempo come ciò che è in grado di rispondere ai nostri bisogni, di superare il bisogno, ma l'Autorità sovrana che li produce e li detta. La Tecnica domina il dover essere dell'umanità e ne è diventata, in tutta evidenza, la nuova religione. - PAGINA 9

LA FESTA DEI 40 MILA A TORINO PER LA FINALE DELLA KINGS LEAGUE

## I re del mondo

ANTONIO BARILLA



### IL RACCONTO

#### Quel coraggio che va cercato per non restare senza cuore

MAURIZIO MAGGIANI

Coraggio ha un'etimologia semplice, viene da *cor cordis*, cuore, dunque avere coraggio è avere cuore. E credo che avere cuore sia condizione essenziale per definire l'umano. E mi limito all'umano perché è sua peculiare condizione il poter scegliere se avere o no cuore; motivo in più per avere in antipatia quello sciagurato del Manzoni che imbrocca don Abbondio con il coraggio se uno non ce l'ha mica se lo può dare. - PAGINA 4



### LE IDEE

#### Lancini: responsabilità figlia naturale dell'affetto

FRANCESCO RIGATELLI

Matteo Lancini, 59 anni, psicologo, ha appena scritto *Cosa serve ai nostri ragazzi* (Utet) in cui spiega perché gli adolescenti di oggi sono diversi da quelli di ieri. - PAGINA 23

### ACQUISTIAMO ANTIQUARIATO orientale ed europeo

[www.barbieriantiquariato.it](http://www.barbieriantiquariato.it)  
Tel. 348 3582502



VALUTAZIONI GRATUITE IN TUTTA ITALIA  
IMPORTANTI COLLEZIONI O SINGOLO OGGETTO





# Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 147 - N° 12  
Sped. in A.P. 03/53/2020 con L.40/2024 art.1 c.1 DC 58

NAZIONALE



Lunedì 13 Gennaio 2025 • S. Ilario

IL MERIDIANO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](#)

### Cambiano i test fisici Più giovani e forti le nuove regole per fare i bagnini

Gionti e Pace a pag. 16



### Da Inganno a Babygirl Kidman e le altre la seduzione non ha limiti d'età

Satta a pag. 21



### Mercato di giovani Lazio, è sbarcato Ibrahimovic Ora c'è Kike Salas

Abbate e Faccini nello Sport



## L'editoriale IL SENSO DEL LIMITE E IL TERZO MANDATO

Alessandro Campi

La tendenza attuale, sempre più irrisolvibile a livello globale, è deformare la democrazia appellandosi ai suoi principi e valori. Ci si richiama enfaticamente ad essi per dare vita a prassi e procedure che in realtà la alterano e le tolgono di sostanza.

Prendiamo ad esempio la discussione in corso sulla possibilità di concedere un terzo mandato elettorale (e magari, perché no? anche un quarto e un quinto), consecutivi beninteso, ai presidenti di regione che ne abbiamo già espletati due (il fatto che sia già successo non significa che debba succedere ancora, per i motivi che adesso diremo).

Chi è favorevole a una simile estensione - a partire, va da sé, dai diretti interessati - si basa tendenzialmente su due argomenti. Il primo sostiene che si tratta di una soluzione che più democratica non si potrebbe. Perché togliere ai cittadini, sovrani per definizione, la possibilità di farsi governare da chi vogliono loro per tutto il tempo che desiderano, cinque o quindici o trent'anni non fa differenza?

Se la volontà popolare è sacra e intangibile e se le elezioni (cioè la scelta dal basso e a maggioranza dei governanti) sono il sale della democrazia porre limiti temporali eccessivamente rigidi all'esercizio di una carica non rischia in effetti di ridurre la libertà di scelta del tanto invocato "popolo"?

Continua a pag. 23

## Violenze e agenti feriti, Meloni: «È intollerabile»

► A Bologna attacco alla sinagoga. I timori di una strategia

ROMA Violenze nei cortei per Rimini a Roma e Bologna: assalto anche alla Sinagoga. Meloni: «Episodi ignobili». Il Viminale: nel 2024 gli agenti feriti durante scontri sono stati 273, con un +127,5% rispetto al 2023.

Allegri e Errante alle pag. 5 e 6

Centrodestra compatto: ddl Sicurezza subito

Sindaci Pd in rivolta contro gli estremisti Schlein, condanna e distingue. Conte tace

ROMA Agenti feriti, la netta condanna dei sindaci Gualtieri (Roma), Lepore (Bologna) e Lo Russo (Torino). La segretaria del



Pd Schlein condanna ma fa distinguere, attaccando la destra: «Niente strumentalizzazioni». Il silenzio di Conte. Pigliatulle a pag. 9

La California sospende le leggi ambientaliste

Los Angeles, attivo l'89% dei roghi Trump accusa: «Politici incapaci»

ROMA Los Angeles, dopo quasi una settimana, l'emergenza incendi è ancora altissima: domato solo l'11% dei



roghi. Furia Trump - Incompetenti». Mulvoni, Paura e Sabadin alle pag. 12 e 13

## Abedini rilasciato, è già in Iran

► Caso Sala, il ministro Nordio ottiene la revoca dell'arresto: per l'Italia non c'erano gli estremi per trattenere l'ingegnere. Il ruolo di Palazzo Chigi: un cavillo giuridico evita lo scontro coi pm

Emozioni e ribaltoni a Bologna per Ranieri fino al 2-2 su rigore



### Roma infinita: Dovbyk pareggia al 98'

Dovbyk batte il rigore del 2-2 della Roma a Bologna (Foto: L'ESPRESSO) Aloisi, Angeloni e Carina nello Sport

ROMA Caso Sala, Abedini libero e già in Iran. Nordio aveva chiesto la revoca dell'arresto. Bulteri, Guasco e Ventura alle pag. 2 e 3

## Pa, sprint concorsi in arrivo 26 mila nuove assunzioni

► Al via le selezioni pubbliche per il 2025. Oltre 16 mila posti nelle forze dell'ordine

ROMA Nuova ondata di assunzioni nella Pa. Nella prima parte dell'anno sono in arrivo nuovi concorsi per ricoprire circa 26 mila posizioni nel pubblico. Tra gli enti pubblici non economici chiamati ad aumentare la propria dotazione organica spicca invece l'Inps, con oltre mille assunzioni programmate. Ma a fare la parte del leone sarà il comparto della difesa e della sicurezza, con più di 16 mila ingressi.

Bisozzi a pag. 10

Il 25 l'incontro

### Stipendi e gettoni tavolo medici-governo per evitare lo sciopero

ROMA Stipendi troppo bassi e condizioni di lavoro pesanti, medici verso lo sciopero. Il governo apre sui fondi, vertice il 25.

Melina a pag. 11

### Giallo ad Ardea Picchiato a morte per una sigaretta Era sparito a Natale

ROMA È giallo a Tor San Lorenzo, frazione del Comune di Ardea, in provincia di Roma, sulla morte di un uomo di 42 anni, trovato senza vita in casa dal proprietario dell'appartamento, a oltre dieci giorni da una lite scoppiata il giorno di Natale all'esterno di un negozio di prodotti etnici, al civico 60 di viale Marino, durante la quale la vittima sarebbe rimasta ferita. L'uomo sarebbe stato picchiato dal titolare del negozio perché si sarebbe rifiutato di spegnere la sigaretta, con cui era entrato nel locale.

Di Mario a pag. 15

### PRIMI SINTOMI INFLUENZALI

PER I TUOI ECCI, PUOI PROVARE VIVIN C.

Vivin C agisce rapidamente contro il raffreddore e i primi sintomi influenzali. Con Vitamina C per le difese immunitarie.

### Il Segno di LUCA

#### SEGNO DEL CANCRO GRANDE ENERGIA

Questa notte la Luna sarà piena nel tuo segno ma già dal mattino tu senti con forza la sua energia, che esalta le emozioni e ti fa percepire ogni cosa con un'intensità a volte spropositata. La Luna si congiunge con Marte, che ti rende più impetuoso e reattivo ma ti trasmette anche una grande energia fisica, che sarà bene trovare il modo di tradurre in azioni. O, per metterla a frutto, investila in un'attività fisica per la salute.

**MANTRA DEL GIORNO**  
Le emozioni ci guidano agli obiettivi.

© RIVOLUZIONE RISPAGNATA  
L'oroscopo a pag. 23

\* Tandem con altri quotidiani (in collaborazione con i quotidiani) con il servizio di Minerva, Lucio, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20; la domenica con l'Entertainment € 1,40; il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40; il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40; il Messaggero - Primo Piano: Notte € 1,50 nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50; "Roma strepitosa" - € 0,90 (solo Roma); "L'era dei gladiatori" - Vol. 2° - € 0,90 (solo Roma)

## Il 25 l'incontro

Stipendi e gettonisti  
tavolo medici-governo  
per evitare lo sciopero

ROMA Stipendi troppo bassi e condizioni di lavoro pesanti, medici verso lo sciopero. Il governo apre sui fondi, vertice il 25.

Melina a pag. 11

# Medici pronti allo sciopero Il governo apre sui fondi

► Stipendi troppo bassi e condizioni di lavoro pesanti, vertice a Roma il 25 gennaio. Quest'anno previsti 2,5 miliardi per la Sanità. Nel 2026 ne arriveranno altri cinque

### IL CASO

ROMA La protesta dei medici continua anche con il nuovo anno. Con le stesse rivendicazioni ripetute ormai fino allo sfinimento: le risorse economiche stanziare con l'ultima legge di Bilancio non bastano, gli stipendi restano tra i più bassi in Europa, le condizioni di lavoro sono pesanti. E così, nonostante le rassicurazioni del governo, le interlocuzioni «quasi quotidiane» con il ministro Orazio Schillaci, i camici bianchi il 25 gennaio si riuniranno a Roma per manifestare il proprio dissenso. I sindacati anche stavolta fanno muro, in modo unitario. Tra le sigle che manifesteranno, ci sarà l'Anaa, Cimo, Fimmg, Fimp, Sumai. «Il malessere non si è mai sopito, di risposte alle nostre istanze non ce ne sono – spiega Filippo Anelli, presidente della Federazione degli ordini dei medici (Fnomeo) – Si dovrà decidere quali sono le risorse del 2026 previste in finanziaria e credo che questa sia la molla che sta animando il mondo medico. Noi chiediamo al governo: come li volete spendere? Ancora una volta, però, siamo stati esclusi». La richiesta comune dei sindacati è ancora una volta quella di avviare un confronto col ministero. «Ad og-

gi non c'è alcun tavolo aperto nonostante la categoria lo chieda da tempo – ribadisce Anelli - Rimane l'interlocuzione quotidiana e riconosciamo che ci sia anche tutta la buona volontà da parte del ministro che, essendo medico, vive sostanzialmente le nostre problematiche. In questa fase, le organizzazioni sindacali vogliono presentare la propria piattaforma organizzativa. Poi, sarà il confronto a decidere tutti insieme se si va verso un braccio di ferro oppure verso una soluzione».

### I TEMI

I temi ancora insoluti sono ancora numerosi. Ma non sono soltanto le rivendicazioni economiche che terranno banco nel confronto tra i sindacati. «Vorremmo mettere in evidenza lo stato di disagio dei medici, come dipendenti - ribadisce Guido Quici, presidente della Cimo-Fesmed - È per noi prioritario mettere in primo piano le condizioni di lavoro nelle strutture ospedaliere, legate alle aggressioni. E poi i contratti non rinnovati, le dinamiche legate alla colpa grave. Ecco, bisogna intervenire con urgenza almeno su questi punti». Ma a rendere ancora più

difficile il dibattito sarà anche la questione dei medici di famiglia, molti dei quali non ci tengono proprio a perdere lo status di libero professionista per diventare dipendenti. «Se l'obiettivo è garantire la loro presenza nelle Case di comunità, che saranno aperte h24 – ribadisce Anelli - il contratto attuale già prevede che ciascun medico impieghi 6 ore settimanali per le Asl, per un totale di 20 milioni di ore. Dunque la copertura è già assicurata. Andare a modificare una struttura legislativa complessa per determinare un cambio di status di cui non c'è alcun bisogno aprirebbe, invece, tantissimi problemi pratici, oltre a privare i cittadini del proprio medico in ambulatorio». Eppure, è proprio sulla medicina territoriale che vorrebbe puntare il mi-



nistero per poter fornire assistenza ai cittadini, ed evitare il ricorso a volte inappropriato al pronto soccorso.

## LA POSIZIONE

Ma i medici la pensano diversamente. «Oltre 20 milioni di ore l'anno – calcola Anelli – potranno essere garantiti proprio dai medici di medicina generale per erogare servizi, e attraverso le aft, che sono le aggregazioni funzionali territoriali, e poi nelle case di comunità, appunto, insieme agli altri professionisti che saranno presenti: per esempio le vaccinazioni, per esempio tutta l'assistenza infermieristica, la presa in carico delle malattie croniche, il lavoro che si potrà fare con gli specialisti convenzionati». In realtà, se continua ad esserci carenza di medici come ha più volte ribadito il ministro Schillaci in parte è dovuto al fatto che i fondi erogati non vengono utilizzati per rinforzare il personale. «Non è soltanto una

questione economica – ribadiscono dal ministero – ma anche di riorganizzazione del servizio a livello regionale. Le regioni devono impegnarsi». E su questo punto, anche i medici sono d'accordo: «È vero, spesso le Regioni non spendono i soldi – rimarca

Quici – Il punto è che se non assumono, i soldi rimangono nei bilanci aziendali. Senza contare che molti medici poi vengono contrattualizzati a tempo determinato. E questo è penalizzante per molti specialisti». Intanto, si prova a ragionare sui prossimi passi. «Adesso prepariamo un documento incentrato sulla professione medica e sullo stato di disagio – ribadiscono i sindacati – e poi immaginiamo iniziative nazionali per rivendicare il nostro ruolo. Noi che siamo i "tecnici" del sistema sanitario almeno vorremmo essere ascoltati». Ma dal ministero ribadiscono ancora una volta: «C'è un dialogo che va avanti, aperto, continuo. Ci sarà probabilmente un nuovo incontro, resta da stabili-

re quando, ma il ministro è ben disponibile ad un confronto, ad esaminare ancora i temi che sono già noti, per vedere come sul piano economico e organizzativo si potranno trovare delle soluzioni. Il governo ha già mostrato la massima disponibilità. Il 2025 è un anno di transizione. I fondi più rilevanti sono previsti per il 2026: sono già stabiliti e spendibili 5 miliardi. Si tratta di uno stanziamento importante che andrà incontro a tutte le richieste».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I MEDICI DI FAMIGLIA NON VOGLIONO CAMBIARE IL LORO STATUS DA LIBERI PROFESSIONISTI A DIPENDENTI



Nella foto un medico, i camici bianchi sono di nuovo in stato di agitazione

## Sul Messaggero

### I medici si licenziano per fare i "gettonisti" Conto da un miliardo

4.541.023 hanno lasciato il 75mila, per 70% di servizi radiologici in ogni regione per le società che forniscono personale agli ospedali



Il caso dei medici che lasciano il lavoro negli ospedali per riproporsi per svolgere i turni come "gettonisti" con compensi elevati raccontato sul Messaggero di ieri





L'intervista **Giovanni Migliore**

## «L'aumento dei gettonisti? Impossibile farne a meno»

**S**ui medici che lavorano a chiamata, Giovanni Migliore, presidente della Fiaso (Federazione italiana Aziende sanitarie e ospedaliere), non ci gira intorno: «Non possiamo pensare di tenere aperti servizi senza il personale necessario».

**Non c'è alternativa?**

«Se ho bisogno di tenere aperto un determinato servizio in una località e non riesco per mancanza di personale, o chiudo il servizio oppure trovo qualcuno che me lo venga ad assolvere».

**Allora i medici "a chiamata" serviranno sempre?**

«Per superare questo limite, è necessario riorganizzare la rete dell'offerta. Pensiamo ai punti nascita: ancora oggi abbiamo una parcellizzazione con punti nascita sotto standard, cioè con nati al di sotto dei 500, che dobbiamo tenere allineati a quelli che sono i requisiti minimi, ossia la presenza del pediatra-neonatalogo in sala parto, magari per un parto ogni mese. Noi comunque in quel punto nascita uno specialista lo dobbiamo mettere. Lo stesso vale per alcuni pronto soccorso che hanno un numero di accessi limitato. Tenerli aperti ci obbliga a uno sforzo per reclutare il personale necessario».

**Non costerebbe meno assumer-**

**li?**

«Moltissime aziende hanno fatto selezioni che sono andate deserte, non hanno sortito l'effetto del reclutamento del personale. L'alternativa sarebbe lo snellimento delle procedure. Se devo fare una selezione e ci impiego 6 mesi e il numero dei partecipanti è inferiore al numero dei posti messi a concorso, non risolvo il problema».

**Come fare allora?**

«Occorre creare reti. Penso per esempio alla continuità assistenziale e alla rete dell'emergenza urgenza. Ma anche alle risorse tecnologiche e quindi alla digitalizzazione. Oggi, per esempio, utilizziamo queste forme di lavoro precario con professionisti contrattualizzati con contratto libero professionale per servizi come la diagnostica per immagini, che rispetto a 15 anni fa è basata su servizi digitali. Si potrebbero quindi concentrare i punti di refertazione. Ma siamo ingessati da una normativa che non ci consente di sfruttare appieno le opportunità date dalle nuove tecnologie».

**Bisogna accorpare sempre di più quindi?**

«Concentrare le risorse, significa assicurare standard di sicurezza più elevati. Avremo professionisti che maturano una esperienza mag-

giore. Vivono in un ambiente in cui c'è uno scambio di competenze reciproco, si sentono più rassicurati perché si possono confrontare sullo stesso caso. E il paziente può riuscire ad avere una prestazione di più elevato livello».

**È un obiettivo fattibile ovunque, e a breve?**

«Ripeto, bisogna avere il coraggio di organizzare il tema dell'offerta dei servizi. Si tratta di una direzione intrapresa anni fa, sulla quale bisogna tornare ad insistere. Occorre però rinunciare a un po' di corporativismo da parte della classe medica».

**Graziella Melina**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL PRESIDENTE DELLA FIASO: BISOGNA RIPENSARE LA RETE DELL'OFFERTA E VA UTILIZZATA L'INNOVAZIONE DIGITALE**



**Giovanni Migliore, presidente della Fiaso**





# Fondi ko, contratto fermo I medici verso lo sciopero

SERVIZIO A PAGINA 8 &gt;&gt;



**25 GENNAIO**  
L'Ordine dei medici e i sindacati di categoria si sono dati appuntamento per decidere la mobilitazione di protesta contro il riscatto aumento in busta paga

## «Sanità sotto pressione si va verso lo sciopero»

Protesta il presidente della Federazione dei medici, Anelli

**MANUELA CORRERA**

● **ROMA.** Cresce il malcontento dei medici. Dal mancato rinnovo contrattuale alle risorse per la sanità giudicate «del tutto insufficienti», il 2025 si apre in salita e i sindacati, insieme all'Ordine, sono sul piede di guerra: il 25 gennaio le sigle di categoria si incontreranno per decidere le forme della mobilitazione ed il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici (Fnomceo), Filippo Anelli, avverte che si va verso lo sciopero o una manifestazione pubblica «imponente».

Un malessere che riguarda sia i camici bianchi del Servizio sanitario nazionale sia i medici di famiglia, a fronte del quale Anelli chiede al ministro della Salute Orazio Schillaci l'apertura immediata di un tavolo permanente poiché

finora, afferma, «è mancato un vero confronto». Dall'altra parte, Schillaci, in un'intervista a un quotidiano, ribadisce l'impegno del governo sottolineando che «il maggior fattore di crisi sono i deficiamenti del passato e la mancata programmazione. Noi ci siamo occupati subito di medici e infermieri. Oggi - sottolinea - paghiamo di più gli straordinari e li tassiamo di meno». Schillaci si dice inoltre sicuro che presto si vedranno i primi risultati delle misure per tagliare le liste di attesa, grazie alla prossima attivazione della piattaforma nazionale di monitoraggio, e ricorda che «si sta lavorando per assicurare una adeguata presenza dei medici di famiglia nelle case di comunità in modo che gli assistiti possano sempre

trovarne uno, almeno nelle ore diurne, sette giorni su sette».

L'obiettivo è anche un nuovo sistema di formazione che porti all'istituzione di una vera specializzazione universitaria per la Medicina generale. La posizione della categoria, però, resta critica. Il punto, rileva Anelli è che «il disagio della professione è troppo alto e non c'è una vera interlocuzione col governo sui vari temi». Tra le questioni calde anche l'ipotesi del passaggio ad un regime di dipendenza dal Ssn per i medici di famiglia: «Questa idea mi pare assurda. Se l'obiettivo è garantire la loro presenza nelle Case di comunità, il contratto attuale già



prevede che ciascun medico impieghi 6 ore settimanali per le Asl, per un totale di 20 milioni di ore, dunque la copertura è già assicurata. Sarebbe insensato privare i cittadini del proprio medico in ambulatorio». Ma il vero braccio di ferro è sulle risorse: «Va sgombrato il campo dicendo chiaramente che, in realtà, aumenti non ce ne sono: i 17 euro in più al mese previsti per i medici, infatti, sono davvero nulla. Il problema di fondo - incalza Anelli - resta il livello medio degli stipendi in Italia rispetto all'Europa: noi siamo vicini alla Romania e ai Paesi dell'Est, non alla Francia o alla Germania». Da qui, «la scelta di molti medici di lasciare o di diventare medici gettonisti, con danno enorme per l'Ssn». A ciò si aggiunge il mancato rinnovo contrattuale: «Ancora tutto tace sul rinnovo del contratto dei medici, è al palo, eppure stiamo parlando del contratto

2021-2024, dunque già abbondantemente scaduto. Questo è una criticità grande, a fronte di risorse per il rinnovo pari a circa 2 miliardi di euro che risultano del tutto insufficienti», rileva il presidente Fnomceo. Anche l'opposizione insorge e Luana Zanella (Avs) definisce «inevitabile la protesta annunciata dai medici di fronte ad un governo sordo. Abbiamo fatto proposte per affrontare la grave crisi che prefigura una gigantesca negazione di diritti alle persone. Nonostante questo - afferma - il governo Meloni non ha sentito ragioni».

Intanto, si va invece verso la stretta per il rinnovo del contratto 2022-2024 del comparto Sanità, che riguarda 581mila dipendenti del Ssn tra infermieri, tecnici e personale. Domani e martedì 14 gennaio l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni

(Aran) ha infatti convocato i sindacati di categoria per il 'rush' finale dopo mesi di confronto.

«I problemi sono vari e questo contratto, che porterà un aumento in busta paga di circa 170 euro, non è il migliore dei risultati; tuttavia la priorità è chiudere con l'obiettivo di aprire a stretto giro la trattativa per il nuovo contratto con ulteriori risorse», è l'auspicio del segretario del sindacato degli infermieri Nursind, Andrea Bottega. [Ansa]

## IL 25 GENNAIO

Le sigle di categoria si incontreranno per decidere le forme della mobilitazione

## SOLO 17 EURO

Questo l'aumento mensile previsto per i dottori. Che si infuriano: «Sono davvero nulla»

## L'APPELLO AL MINISTRO

I camici bianchi chiedono l'apertura immediata di un tavolo permanente poiché finora «è mancato un vero confronto»



FNOMCEO  
Il presidente  
Filippo Anelli

## LA REPLICA DI SCHILLACI

«Il maggior fattore di crisi è determinato dai definanziamenti del passato e dalla mancata programmazione»

### NAPOLI

Una foto della sala di attesa degli ambulatori completamente vuota all'ospedale Cardarelli dove, a causa di un precedente sciopero dei medici, furono sospese tutte le attività non urgenti



## La protesta dei medici

### Dal contratto alle risorse Cresce il malcontento dei camici bianchi: si va verso lo sciopero

ROMA

**Cresce** il malcontento dei medici. Dal mancato rinnovo contrattuale alle risorse per la sanità giudicate «del tutto insufficienti», il 2025 si apre in salita e i sindacati, insieme all'Ordine, sono sul piede di guerra: il 25 gennaio le sigle di categoria si incontreranno per decidere le forme della mobilitazione e il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici, Filippo Anelli (foto), avverte che si va verso lo sciopero.

**Un malessere** che riguarda sia

i camici bianchi del Servizio sanitario nazionale sia i medici di famiglia, a fronte del quale Anelli chiede a al ministro della Salute Orazio Schillaci l'apertura immediata di un tavolo permanente poichè finora, afferma, «è mancato un vero confronto». Dall'altra parte, Schillaci ribadisce l'impegno del governo. La posizione della categoria, però, resta critica. Il punto, rileva Anelli, è che «il disagio della professione è troppo alto e non c'è una vera interlocuzione col governo sui vari temi». Tra le questioni calde anche l'ipotesi del passaggio a un regime di dipendenza dal Ssn per i medici di famiglia: «Idea assurda». Ma il braccio di ferro è sulle risorse: «Va sgomberato il campo dicendo chiaramente

che, in realtà, aumenti non ce ne sono: i 17 euro in più al mese previsti per i medici, infatti, sono davvero nulla. Il problema di fondo – incalza Anelli – resta il livello medio degli stipendi in Italia rispetto all'Europa: noi siamo vicini ai Paesi dell'Est, non a Francia o Germania».



## UN SISTEMA MISTO PUBBLICO-PRIVATO

# SANITA E CURE:

# UN NUOVO MODELLO

di **Gerardo Villanacci**

**L**e recenti decisioni del giudice amministrativo che prima ha sospeso il decreto del Ministero della Salute relativo alla regolamentazione delle visite specialistiche e dopo poche ore ha revocato il provvedimento rendendo operative, a partire dal 30 dicembre scorso, le nuove disposizioni, conferma la fragilità del nostro servizio sanitario.

Qualunque sarà la soluzione di merito, fissata per il 28 gennaio prossimo, non è ulteriormente differibile un ripensamento radicale dell'impianto organizzativo sanitario nazionale essendo quello attuale ormai insostenibile in primo luogo per il crescente invecchiamento della popolazione.

Il pur apprezzabile maggiore finanziamento previsto dalla legge di Bilancio del 2025, che aumenta

dai 114 miliardi del 2014 fino ai programmati 141,3 nel 2027 le risorse per la sanità, verosimilmente non consentirà di risolvere la drammatica questione della rinuncia alle cure da parte di 4,5 milioni di persone. Né tantomeno riuscirà ad eliminare il tutt'altro che attenuato fenomeno della medicina difensiva il cui costo si stima essere giunto a 13 miliardi all'anno per visite ed esami diagnostici non propriamente essenziali, se non addirittura dannosi, e comunque ritenuti da parte degli operatori sanitari un vero e proprio scudo considerando le 350 mila cause penali promosse, a nulla rilevando che il 97% delle stesse si chiude con assoluzioni.

Ben venga la prospettata valorizzazione delle amministrazioni virtuose e la improcrastinabile riduzione dei tempi di attesa. Ma un punto centrale per aumentare la qualità e le esperienze organizzative di eccellenza è la effettiva realizzazione di un sistema sanitario misto pubblico-privato che preservi l'interesse della collettività. Un obiettivo ambizioso ma rag-

giungibile attraverso l'interpretazione e applicazione dell'art. 32 della Costituzione in linea con le esigenze sociali, culturali ed economiche del nostro tempo.

È questo il solo modo per preservare il valore straordinario di una norma che ha consentito il riconoscimento del diritto alla salute come essenziale pur dimenticando, purtroppo, di regolamentare il rapporto tra pubblico e privato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La strada**  
**Un obiettivo ambizioso ma**  
**raggiungibile attraverso**  
**l'art. 32 della Costituzione**



[Il 2025 del governo Meloni](#)

## Giustizia e sanità Le vere sfide saranno interne

**Maurizio Sacconi** a pagina 12[Il 2025 del governo Meloni](#)

## Giustizia e sanità Le vere sfide saranno interne

**Maurizio Sacconi**

Il 2025 è partito bene per Giorgia Meloni ma paradossalmente le sfide vere saranno più interne che globali. Le difficoltà non le verranno dall'opposizione ma dalla durezza dei problemi aperti e dalla debolezza della sua compagine. È trascorso ormai sufficiente tempo dal voto da non potersi più dire che sono nodi che vengono da lontano. Le complessità in gioco esigeranno il ruolo diretto della premier e il forte coordinamento della presidenza secondo le linee guida della libertà e della responsabilità di tutti gli attori, pubblici e privati, per mobilitare la vitalità della nazione.

**A partire** dalla giustizia,

anomalia italiana maturata con il trauma procurato di trent'anni fa. Lo sdoppiamento del Csm significa liberare i giudici dal condizionamento delle correnti.

Il secondo fattore frenante rimane il fisco. Qui si tratta di completare il percorso di riduzione della progressività estendendola a tutte le parti meritocratiche dei salari per liberare la voglia di fare. Il maggiore impiego delle tecnologie nell'industria e la rigenerazione organizzativa di tanto terziario potrà liberare la cronicamente bassa produttività italiana. Ovviamente servono giovani più formati e più disposti al rischio e alla fatica. Serve il coraggio di litigare con il sindacalismo corporativo della scuola e il coinvolgimento delle imprese nei percorsi educativi per liberare la innovazione.

**Per la sanità** il banco di prova saranno i servizi territoriali per liberare i cittadini dal bisogno

della spesa di tasca propria. A partire dai medici di famiglia, meglio obbligati ad associarsi che burocrattizzati. Le amministrazioni pubbliche potrebbero finalmente adottare la contabilità economica così da misurare i dirigenti, liberati nella loro responsabilità dei risultati. Per i treni in ritardo, sarà necessario pretendere risultati dal management. Altrimenti dovranno essere liberati gli utenti dalla sua incapacità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Il boom dei medici a gettone

► In 5mila si licenziano, la spesa per il personale temporaneo negli ospedali arriva a un miliardo Paletti del ministero per ridurre il ricorso agli esterni. Contratto della Sanità: aumenti di 172 euro

ROMA Il boom dei medici a gettone. In 5mila si licenziano, la spesa per il personale temporaneo negli ospedali arriva a un miliardo.

Pacifico alle pag. 2 e 3

# I medici si licenziano per fare i "gettonisti" Conto da un miliardo

► Nel 2023 hanno lasciato in 5mila, nel 2024 stesso trend: raddoppiata la spesa regionale per le società che forniscono personale agli ospedali

## IL CASO

ROMA Sfiora il miliardo di euro il conto per pagare i "gettonisti" nella sanità pubblica. Una voce di spesa addirittura raddoppiata tra il 2022 e il 2023. La stima del miliardo - che gira tra le Regioni, cioè gli enti deputati a saldare le prestazioni - è riferita al 2023, ma secondo il leader dell'Anao Pierino Di Silverio, il principale sindacato dei medici, «anche nell'anno appena trascorso, il 2024, le Asl e le aziende ospedaliere hanno impegnato cifre identiche, se non superiori», per corrispondere gli emolumenti alle cooperative - una trentina in tutto - che a loro volta forniscono ai nosocomi medici e infermieri in deficit di personale.

Strutture che, senza gettonisti, dovrebbero altrimenti issare bandiera bianca. E che sono costrette ad affidarsi a sanitari, che si sono licenziati da altri ospedali per darsi alla libera professione: guadagnano fino al 30 per cento di più rispetto ai dipendenti del servizio sanitario nazionale, ottengono condizioni di vita e di lavoro migliori.

Il governo Meloni ha inserito una serie di correttivi per frenare questi sprechi. Che finiscono per acuire le contraddizioni che vive dal punto di vista organizzativo la sanità italiana e che si sono sedimentate negli anni. Soltanto nelle strutture ospedaliere mancano circa 15mila medici e oltre 60mila infermieri. Si scontano gli effetti del numero chiuso nei corsi di medicina, che ha ridotto la platea del personale rispetto a una popolazione sempre più vecchia; i ritmi di lavoro sempre più frenetici dopo il Covid; i tagli decisi dopo gli anni 2000 dovuti sia al blocco del turnover sia al ripianamento dei debiti; la circostanza che un camice bianco in Italia ci mette 20 anni per arrivare al massimo dello stipendio, mentre nel resto d'Europa è sufficiente un lustro. Intanto nel 2023 5mila medici ospedalieri in età di lavoro si sono dimessi, non hanno aspettato la pensione per lasciare quel posto fisso pubblico in corsia, che una volta sembrava irraggiungibile. L'anno precedente avevano seguito la stessa scelta in 3.600. Sempre nel 2023 un terzo delle borse di

studio per specializzare i futuri dottori è andato vacante. A chiudere il cerchio in questo scenario il numero degli accessi al pronto soccorso: nel 2024 sono stati 20 milioni le prestazioni richieste, due milioni in più rispetto a quelle effettuate nell'anno precedente.

In questa situazione cresce il peso nella sanità dei gettonisti. Un numero preciso e certificato manca, ma secondo le stime che girano tra gli esperti del settore, soltanto tra i medici, si aggirano intorno alle 10mila unità. Cinque anni prima erano poco più di tremila. Sarebbero triplicati in questo lasso di tempo, durante il quale si sono licenzia-



I CORRETTIVI

POLITICA SANITARIA, BIOETICA

ti 8.500 camici bianchi dal servizio sanitario nazionale.

Per capire meglio il fenomeno è utile riprendere uno studio dell'Anac, l'autorità nazionale anticorruzione: ha calcolato che tra il 2019 e il 2022 le Regioni hanno dovuto spendere per queste forniture quasi 1,7 miliardi. Soprattutto si sono spartite questo giro d'affari appena 30 cooperative, con cinque realtà più grandi che sul fronte dei medici si sono aggiudicate il 64 per cento dei bandi soprattutto in regioni come

Lombardia, Piemonte, Abruzzo o Veneto.

Il miliardo impegnato in questa direzione è pari al 2,5 per cento di quanto il servizio sanitario nazionale spende per pagare i suoi medici e i suoi infermieri. Può sembrare una cifra residuale, ma non è così. Intanto, come spiega Di Silverio, «questi soldi sarebbero serviti a reclutare altri 25mila dottori». Soprattutto spa-

venta la crescita di questa voce.

## IN COMMISSIONE

Ha chiarito bene la situazione Nino Cartabellotta, presidente della fondazione Gimbe, durante un'audizione in commissione Affari sociali alla Camera. «Nell'arco di 11 anni - ha fatto sapere - si è ridotta di 28 miliardi di euro la spesa per i dipendenti mentre nel 2023 è raddoppiata quella per l'impiego dei gettonisti». Infatti la fondazione Gimbe, elaborando le ultime rilevazioni della Ragioneria dello Stato sul pubblico impiego, ha calcolato che la spesa nel solo periodo gennaio-agosto 2023 è stata pari a 476,4 milioni di euro. Una cifra che non solo conferma la stima

che gira tra i governatori, ma che è doppia rispetto agli oltre 230 milioni che si sono spesi nell'anno precedente.

Il governo su spinta del ministro della Sanità, Orazio Schillaci, sta provando ad alzare gli stipendi per i medici ospedalieri e ha inserito una serie di correttivi per frenare la spesa verso i gettonisti. Dal 2025 si po-

trà ricorrere alle cooperative soltanto «nei casi di necessità e urgenza», in un'unica occasione e senza possibilità di proroga. I medici non potranno essere pagati più di 85 euro all'ora nei pronto soccorso e la rianimazione, 75 per altri servizi medici; per gli infermieri la tariffa oraria varierà dai 25 ai 28 euro. Alcune Regioni hanno varato strutture - come i Cau in Emilia Romagna e i Pir in Toscana - per offrire una migliore prima assistenza, la Lombardia ha introdotto il cosiddetto contratto libero professionale per venire incontro al personale che non intende sottostare ai ritmi degli ospedali, mentre il Lazio ha programmato nuove assunzioni. I primi effetti sulla spesa sono attesi da quest'anno.

**Francesco Pacifico**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SONO CIRCA  
UNA TRENTINA  
LE COOPERATIVE  
CHE SI DIVIDONO  
IL RICCO BUSINESS  
DEGLI AFFIDAMENTI**



Nei pronto soccorso si registra il maggiore ricorso ai medici e agli infermieri "gettonisti" per sopperire al calo degli organici



# Il piano anti-sprechi del governo «Gli esterni solo se c'è emergenza»

## LA STRATEGIA

ROMA Orazio Schillaci in più occasioni ha ripetuto che il «fenomeno dei "gettonisti" è stato causato da chi per anni ha fatto slogan e non ha trovato soluzioni». Anche per garantire una maggiore qualità delle cure ai pazienti, che spesso si trovano nei reparti di medicina di urgenza personale - medico quanto infermieristico - non sufficientemente formato come i loro colleghi assunti regolarmente dal Servizio sanitario nazionale. In questa direzione il ministro della Salute ha presentato nel 2024 una serie di misure - sono operative da quest'anno - per spingere Asl e aziende sanitarie a ridurre il ricorso alle cooperative che forniscono i gettonisti.

Nel suo piano Schillaci ha previsto che si possono affidare all'esterno i servizi «solo in caso di necessità e urgenza, in un'unica occasione e senza possibilità di proroga». Per rendere a medici e infermieri meno remunerativa questa attività sono stati fissati anche paletti economici: i primi non potranno vedersi riconoscere all'ora più di 85 euro in pronto soccorso e per la rianimazione 75 euro per altri servizi medici. I «gettonisti», poi, dovranno stipulare, a loro spese, una polizza assicurativa per per colpa grave, «che sollevi l'amministrazione dagli eventuali danni causati a terzi». Senza di-

menticare che il ministro, da quando si è insediato, lavora per aumentare gli stipendi dei medici del servizio sanitario nazionale e ampliare la pianta organica delle strutture pubbliche.

Queste le misure messe in campo del governo. Intanto negli ospedali la presenza dei gettonisti è ancora indispensabile per poter assistere pazienti. Soprattutto quelli in arrivo nei pronto soccorso, dove i medici in organico sono pochi, si fanno turni disumani e i tempi di attesa per i pazienti crescono. «Gli effetti delle azioni messe in campo dalle istituzioni - spiega Pierino Di Silverio, segretario nazionale dell'Anaa Assomed - potranno vedersi realizzate in futuro. Per il momento, abbiamo norme che ancora devono essere applicate. La stretta sui gettonisti parte da quest'anno, ma se contestualmente non si stimola l'assunzione, non si può risolvere il problema dell'assistenza ai pazienti. Anzi, si acuiscono le carenze».

Nei pronto soccorso, Fabio De Iaco, past presidente della Simeu (la Società Italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza) di gettonisti ne ha visti parecchi. «L'utilizzo di questi professionisti è pericoloso - avverte - Innanzitutto, c'è una enorme eterogeneità tra colleghi molto seri e, in alcuni casi, persone che invece non hanno tutti i titoli e l'esperienza necessari per gestire l'emergenza. L'altro rischio consiste nello spezzettamento della gestione del personale delle strutture del pronto soccorso». Con i medici pagati per

tamponare la situazione solo per poco, le conseguenze ricadono poi sui pazienti, visto che manca la continuità della presa. «Se i professionisti stanno per due turni e poi se ne vanno - aggiunge De Iaco - è impossibile organizzare le strutture, trasmettere indirizzi e protocolli».

## LA CHIRURGIA

Intanto reclutare nuovi medici è sempre più complesso, mentre crescono l'interesse della categoria verso il privato e le difficoltà in alcune branche di trovare personale. «E la chirurgia non è una specializzazione per i gettonisti. Più in generale - spiega Marco Scatizzi, past president di Acoi (l'associazione chirurgi ospedalieri italiani) - i nuovi laureati non hanno alcuna intenzione di scegliere la vita del chirurgo generale. Quest'anno, il 50 per cento delle borse di studio di chirurgia generale sono rimaste vuote. Attualmente, abbiamo una impossibilità di coprire il turn over, cioè di coloro che vanno in pensione, intorno al 20 per cento dei posti».

Graziella Melina

**IL MINISTRO SCHILLACI  
HA INSERITO  
UNA SERIE DI TETTI  
CHE ENTRERANNO  
IN VIGORE  
DA QUEST'ANNO**



Il ministro della Salute Orazio Schillaci





# Sanità, arriva il contratto con aumenti di 172 euro

► Da domani accelerazione per chiudere l'accordo che coinvolge 581mila addetti tra infermieri e tecnici di laboratorio. Più soldi agli operatori dei pronto soccorso

## L'INTESA

ROMA Più vicino il rinnovo del contratto del comparto Sanità per il triennio 2022-2024. L'Aran conta di chiudere la partita la settimana prossima. L'agenzia che tratta i rinnovi per conto dello Stato ha convocato i sindacati per lunedì 13 e martedì 14 gennaio. Il rinnovo del Ccnl riguarda 581.148 tra infermieri, tecnici e personale non dirigente. Secondo le tabelle dell'Aran l'aumento mensile per il comparto Sanità per il triennio 2022-2024 dovrebbe essere pari in media a 172 euro circa, al lordo dell'incremento delle indennità e del superamento del tetto al salario accessorio. Si tratta ancora sulla settimana corta, che però i sindacati ritengono poco praticabile nella Sanità rispetto ad altri comparti della Pa.

Negli incontri della prossima settimana andrà anche trovata un'intesa sui requisiti per gli incarichi professionali e sullo sblocco del vincolo di esclusività per i professionisti dell'area non medica. Il presidente dell'Aran, Antonio Naddeo, spinge per arrivare subito alla firma in modo da dare continuità alla contrattazione. «In caso contrario ognuno si assumerà le proprie responsabilità», fa sapere Naddeo.

## LE RISORSE

Il quadro delle risorse disponibili, del resto, è stato definito in 1,784 miliardi di euro e non sono previsti ulteriori stanziamenti fino al 2028-2030. L'Aran, come detto, ha calcolato che l'incremento medio mensile pro capite nelle retribuzioni sarà di 172,37 euro lordi. Nel conto complessivo ci sono i 175 milioni dell'indennità di pronto soccorso da destinare esclusivamente a coloro che lavorano nel settore, i 57,16 milioni liberati dal nuovo scatto dello 0,22% sul limite ai salari accessori, i 35 milioni per l'aggiornamento dell'indennità di specificità infermieristica e i 15 milioni per l'indennità di tutela del malato. Le risorse contrattuali vere e proprie sono state definite in 1,501 miliardi, che diventano 145,1 euro al mese in più in busta paga. Per quanto riguarda invece i requisiti per gli incarichi professionali, rimane da sciogliere il nodo della riduzione da 15 a 10 anni.

Gli infermieri chiedono anche di poter svolgere l'attività professionale fuori dall'ospedale, al pari dei medici. E i sindacati vorrebbero un'indennità di esclusiva per chi rinuncia a questa possibilità. Si tratta poi sulla pronta disponibilità, con la richiesta che sia ridotto il limite massimo da 10 a 7 turni mensili, e sulle deroghe estive, che

i sindacati vogliono eliminare per evitare abusi.

## SUPPORTO

Infine, sul fronte delle aggressioni, la richiesta che arriva dalle parti sociali è che le aziende sanitarie si assumano obblighi chiari garantendo, tra le altre cose, il supporto psicologico alle vittime e una co-

pertura assicurativa specifica. Ma questa non è una questione che può essere affrontata dal nuovo Ccnl. Il rischio è che si verifichi, come già accaduto a novembre in occasione del rinnovo del contratto delle Funzioni centrali, una spaccatura a livello sindacale. Se Cgil e Uil, i due sindacati maggiormente dissenzienti, si dovessero tirare indietro, allora le due sigle autonome che rappresentano gli infermieri, Nursind e Nursing Up, potrebbero ritrovarsi a giocare un ruolo chiave nella partita, alleandosi con Cisl e Fials che insieme arrivano a un 35,85% di rappresentanza. Nursind si attesta al 10,81%, mentre Nursing Up al 6,43%. Per procedere con la sottoscrizione dei contratti collettivi è sufficiente che le organizzazioni sindacali che aderiscono all'ipotesi di accordo rappresentino complessivamente almeno il 51% dei lavoratori del comparto interessato.

**Francesco Bisozzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## L'INTERVISTA

## Schillaci: "Ambulatori con medici 7 giorni su 7"

PAOLORUSSO

«La riforma dell'assistenza territoriale è fondamentale» dice il Ministro della Salute, Orazio Schillaci: «Stiamo lavorando per assicurare un'adeguata presenza dei medici di famiglia nelle case di comunità in modo che gli assistiti possano sempre trovarne uno, almeno nelle ore diurne, 7 giorni su 7». -PAGINA 15

## L'INTERVISTA

## Orazio Schillaci

# “Case di comunità aperte 7 giorni su 7 presto i primi risultati sulle liste d'attesa”

Il ministro della Sanità: “I direttori delle aziende facciano rispettare i limiti della libera professione. Chi prenota e non si presenta deve pagare il ticket. Una specializzazione universitaria per i medici di base”

PAOLORUSSO

«La vostra inchiesta l'ho letta con attenzione e in particolare la puntata dedicata a una questione che giudico fondamentale: quella della riforma dell'assistenza territoriale». E a questo proposito il Ministro della Salute, Orazio Schillaci precisa: «Stiamo lavorando per assicurare un'adeguata presenza dei medici di famiglia nelle case di comunità in modo che gli assistiti possano sempre trovarne uno, almeno nelle ore diurne, sette giorni su sette». Se passandoli dall'attuale rapporto libero professionale alle dipendenze delle Asl non si sbilancia a dirlo, anche se almeno per i camici bianchi più giovani, le Regioni confermano che l'opzione è sul tavolo.

**Ministro, uno dei maggiori fattori di crisi della nostra sanità è l'esodo dal pubblico di medici e infermieri. Come lo arginiamo?**

«La correggo. Il maggior fattore

di crisi sono i definanziamenti del passato e la mancata programmazione. Ci siamo occupati subito di medici e infermieri. Oggi paghiamo di più gli straordinari e li tassiamo di meno: 100 euro l'ora tassata al 15% per i medici e 60 euro l'ora per gli infermieri tassata al 5%. Questo significa che ci sono più soldi in busta paga. Così come l'aumento delle indennità di specificità che saranno più corpose nel 2026. Guardo con fiducia al 2026: il completamento del Pnrr e la riforma della medicina territoriale porteranno a una migliore distribuzione del lavoro tra ospedali e territorio, ridando attrattività al settore pubblico. Riguardo agli infermieri, ricordo che insieme agli Ordini abbiamo rivisto il sistema delle lauree per aprire a nuove prospettive di carriera. Possiamo rivendicare tranquillamente di aver invertito la tendenza, con serietà e impegno. L'esodo non è iniziato ora, ma è il risultato di politiche miopi. A questo ag-

giungo anche il grande tema delle aggressioni che abbiamo affrontato con misure sempre più severe per riconoscere il diritto del personale sanitario a lavorare in serenità. Purtroppo continuano ad esserci episodi di violenza che indignano, ma non ci arrenderemo».

**Nessuno dei provvedimenti attuativi del decreto taglia liste di attesa è stato ancora approvato dalla Conferenza Stato-Regioni. Con questo passo lento quando vedremo qualche miglioramento?**

«Anche qui serve una precisazione. Il ministero ha fatto il



suo dovere e nei tempi previsti. Tre decreti sono stati trasmessi alla Conferenza Stato-Regioni di cui due dovrebbero essere esaminati a fine mese. Un altro decreto è fatto e non necessita del passaggio in Conferenza e gli ultimi due sono in dirittura d'arrivo. Non abbiamo perso tempo, sono atti che richiedono diversi passaggi. Il nostro è un sistema sanitario a impronta regionale e i cambiamenti non possono avvenire in un baleno. Chi lo sostiene, mente. Stiamo già lavorando con diverse regioni sui miglioramenti possibili. Sono convinto che inizieremo a vedere i primi risultati già con l'attivazione, a breve, della piattaforma di monitoraggio delle liste d'attesa che finalmente ci permetterà di conoscere in maniera dettagliata a livello di ogni singola Asl i tempi di attesa di visite ed esami e quindi le eventuali criticità».

**È giusto che i medici continuino a fare attività libero professionale là dove le liste di attesa sono chilometriche e non accennano ad accorciarsi?**

«La legge parla chiaro: l'attività libero professionale non deve superare quella ordinaria dedicata alle liste d'attesa. Spetta ai direttori delle aziende garantire il rispetto di questa norma e alle Regioni vigilare affinché lo facciano. Abbiamo attivato un tavolo proprio per accompagnare le Regioni nell'attuazione della legge e monitorare ciò che non va».

**La nostra inchiesta ha evidenziato come ospedale e territorio tendano a non parlarsi pri-**

**vando molti malati cronici di una reale presa in carico una volta dimessi. In che modo Case e Ospedali di comunità possono cambiare le cose?**

«Le strutture territoriali sono fondamentali. Il cittadino troverà nelle case di comunità l'assistenza necessaria a bisogni di salute che non necessitano dell'ospedale. Negli ospedali di comunità saranno presi in carico i pazienti dimessi dall'ospedale ma non ancora pronti per il ritorno a casa. È evidente come questo sistema serva a evitare il sovraccarico negli ospedali. Inoltre la digitalizzazione di strutture ospedaliere e territoriali contribuisce al processo di dialogo e integrazione tra i due livelli di assistenza».

**I medici di famiglia puntano i piedi di fronte alla prospettiva di passare dai loro studi aperti in media solo 15 ore a settimana alle Case di comunità dove sarebbero più impegnati. Non sarebbe ora di passarli alla dipendenza delle Asl?**

«Stiamo lavorando per assicurare una adeguata presenza dei medici di famiglia nelle case di comunità in modo che gli assistiti possano sempre trovarne uno, almeno nelle ore diurne, sette giorni su sette. Nello stesso tempo vogliamo anche riqualificarli professionalmente, innovando anche il loro sistema formativo: non più corsi regionali di formazione ma una vera specializzazione universitaria, come accade per altre discipline mediche, e in linea con quanto avviene in

altre realtà europee».

**I sindacati dei medici di famiglia obiettano che costringendoli a lavorare nelle Case di comunità si perderebbe il rapporto fiduciario tra cittadino e medico di libera scelta. È così?**

«Assolutamente no, il cittadino mantiene il rapporto di fiducia con il proprio medico, ma in aggiunta in caso di bisogno, troverà nella casa di comunità, sette giorni su sette, un altro medico che, grazie al Fascicolo sanitario elettronico, avrà a disposizione tutte le informazioni necessarie per una appropriata presa in carico. Questa è la strada più efficace per evitare il ricorso inappropriato al Pronto Soccorso che oggi per molti cittadini sembra l'unica risposta al suo bisogno di salute, anche se deve attendere ore e ore, non presentando condizioni di urgenza».

**Anche per arginare la migrazione di pazienti da Sud a Nord state lavorando alla costituzione di una Rete di Super-ospedali? Può spiegare come funzioneranno e come saranno finanziati?**

«Al momento posso solo dire che siamo alle ultime battute e che non c'è un problema di finanziamento. Siamo ben intenzionati a fermare una migrazione sanitaria dal Sud verso il Nord che drena risorse ingenti e che non è più sostenibile né accettabile».

**Mutue, assicurazioni e fondi integrativi di fatto escludono per motivi di età e di salute metà della popolazione. Si può ipotizzare qualche clausola di salvaguardia per i più**

**esposti al rischio di spese sanitarie elevate?**

«È un tema di cui si sta occupando il Parlamento».

**Il 20% degli assistiti non si presenta all'appuntamento per visite e accertamenti contribuendo così ad allungare le liste di attesa. Siete pronti a far pagare pegno a chi nemmeno si degnava di disdire?**

«Come abbiamo sempre detto, anche i cittadini devono aiutarci a risolvere il problema dell'allungamento delle liste d'attesa. Ed è importante disdire un appuntamento prenotato se per qualche motivo non si può fare la visita programmata. Il sistema di disdetta serve a questo: se non si cancella la prenotazione, si paga il ticket. La finalità non è certo punitiva, bensì di responsabilizzazione, perché questo bene prezioso che è il Servizio sanitario nazionale dobbiamo salvaguardarlo facendo ciascuno la propria parte».—



L'ex rettore Orazio Schillaci, medico, attuale ministro della Sanità, è stato rettore dell'Università Tor Vergata di Roma



ALBERTO GIACHINO/REPORTERS

“ Il maggior fattore di crisi della sanità non è la fuga dei medici ma i deficienze del passato

Sulle assicurazioni che escludono pazienti per motivi di età e salute deve intervenire il Parlamento



## L'INCHIESTA SULLA SANITÀ

### “Nell’inferno dei pronto soccorso i medici hanno paura delle cause”

FRANCESCA DEL VECCHIO – PAGINA 18



L'INTERVISTA

## Daniele Coen

# “Liste d’attesa ingolfate da visite inutili Gli errori medici vanno depenalizzati”

L'ex direttore del Pronto soccorso al Niguarda: “La medicina di base è bloccata dalla burocrazia  
La sicurezza in ospedale? Problema antico, ma è difficile aumentare i presidi nelle strutture”

FRANCESCA DEL VECCHIO  
MILANO

«**P**er il futuro c'è da progettare una Sanità con una medicina che costa sempre di più, dove le persone sono sempre più anziane e fragili e dove le risorse economiche sono sempre meno. Questa è la sfida». Il dottor Daniele Coen, per oltre 15 anni direttore del Pronto soccorso dell'Ospedale Niguarda di Milano, conosce bene la realtà ospedaliera e sanitaria del Paese. L'ha vissuta di persona negli anni in prima linea e ora, da osservatore e scrittore, non ha mutato il suo giudizio. O meglio, le sue preoccupazioni: «I problemi sono molti, andrebbero affrontati con una visione d'insieme».

**Partiamo dai Pronto soccorso: perché l'emergenza-urgenza è in crisi?**

«Innanzitutto, a causa

dell'affollamento: soffre le difficoltà della medicina territoriale che, salvo rarissime eccezioni, è carente, per la lentezza di visite ed esami e la mancanza di strumenti diagnostici negli studi dei medici di medicina generale. Anche se, chi si reca in Pronto soccorso per problemi minori non è un vero e proprio carico perché sono casi che possono essere risolti con interventi semplici e veloci. E soprattutto non richiedono il ricovero. Che è il secondo grande problema». **Non ci sono abbastanza posti?**

«Nonostante negli anni si sia cercato di ridurre i ricoveri, sono ancora molte le situazioni di fragilità a carico dei reparti, perché negli ultimi 20 anni sono stati chiusi più di 80 mila posti letto e sono poche le strutture intermedie dove si potrebbero trasferire molti pazienti. Così, troppe persone finiscono per restare in ospedale occupando un posto che potrebbe essere assegnato ad altri».

**Nel suo libro *Corsia d'em-***

**genza (Chiarelettere) paragona il Pronto soccorso ai vigili del fuoco e alla polizia. Cosa intende?**

«Ci sono interventi che non competerebbero al Pronto soccorso ma che comunque vengono fatti perché nessun altro li fa: ad esempio l'assistenza agli anziani senza supporto familiare, ai senza tetto, oppure la presa in carico di migranti irregolari. Sono urgenze che non ci competerebbero, ma alle quali non possiamo sottrarci».

**Tra i temi c'è la mancanza di personale: motivi economici o di sicurezza?**

«Pur considerando le aggressioni al personale sanitario un fatto gravissimo, c'è da sfatare un mito: ci sono sempre state, purtroppo. Ed è dif-



ficile aumentare le forze dell'ordine e i presidi di sicurezza come annunciato perché servirebbe una quantità di risorse - umane ed economiche - non sostenibile. Non è comunque questo il motivo per cui il Pronto soccorso non attira più i medici. È un settore in cui si lavora sotto stress, con turni disagiati, e il rischio di errori è molto elevato: un medico si trova in carico dai 10 ai 15 pazienti contemporaneamente. E gli stipendi sono troppo bassi».

**Ma le retribuzioni non si possono aumentare...**

«Tutti i lavoratori del pubblico, come gli insegnanti, guadagnano troppo poco in Italia. Il punto è che mentre alcuni medici, il cardiologo, il diabetologo, il pediatra possono svolgere attività libero-professionale "intra moenia" e quasi raddoppiare il proprio stipendio, chi lavora in pronto

soccorso non ha questa possibilità. Bisognerebbe uscire dalla logica degli stipendi di tutti uguali e aumentare quelli di chi non può svolgere

attività privata».

**Quali sono gli altri punti critici della nostra sanità?**

«La medicina territoriale che ha un carico di burocrazia spaventoso. E poi le liste d'attesa e il rapporto pubblico-privato sbilanciato».

**Perché non si riesce a ridurre le attese?**

«Perché facciamo troppe visite specialistiche e troppe analisi e perché il settore pubblico ha un limite di spesa che si traduce in limite logistico. Inoltre si stima una spesa di 10 miliardi di euro per la cosiddetta "medicina difensiva", esami inutili chiesti per mettere al sicuro i medici da cause legali e denunce».

**Perché questo?**

«Perché l'Italia, assieme alla

Polonia, è l'unico Paese europeo a non aver depenalizzato gli errori colposi».

**Come si inserisce il privato accreditato in questo quadro? Ci sono realtà in cui è da supporto al pubblico, come in Emilia Romagna.**

«Perché c'è una contrattazione sulle prestazioni consentite all'uno e all'altra, per evitare che il privato selezioni solo le prestazioni che sono più convenienti. In Lombardia, dove la percentuale di visite private è del 70%, il rapporto è sbilanciato e questo si traduce in una discriminazione sociale tra chi può spendere 200 euro per una visita, chi tira fuori quei soldi ma poi deve lesinare su altre spese essenziali e chi proprio non può permetterselo e quindi rinuncia a curarsi».

**E i migranti sanitari?**

«Quello è un altro fenomeno ancora, che le Regioni ricevono non disincentivano, anzi. Vengono rimborsate dal-

la Regione di provenienza del paziente, quindi il guadagno è massimo. È inevitabile che chi ha un problema grave desideri rivolgersi ai centri migliori. Temo che l'ulteriore autonomia regionale non migliorerà le cose».

**Cos'altro manca?**

«La prevenzione, che dalla legge di bilancio ha avuto le briciole: purtroppo è una strategia che non paga nel breve periodo e che non fornisce i risultati utili in campagna elettorale. Ma, a lungo termine, ci permetterebbe di risparmiare moltissimo».

**È ottimista per il futuro?**

«Purtroppo vedo poco coraggio da parte della politica. Il consenso passa dal dire "diamo tutto a tutti" ma inevitabilmente si andrà verso un sistema che dovrà chiedere di più a chi può». —



“

**Ospedali**  
Negli ultimi anni sono spariti oltre 80 mila posti letto e ci sono poche alternative

**Medicina difensiva**  
Si stima una spesa di 10 miliardi per esami chiesti solo per mettere i medici al riparo da denunce

**Stipendi**  
La retribuzione è penalizzata perché non è possibile svolgere la libera professione



**In corsia**  
La situazione dei Pronto soccorso è sempre più drammatica a causa del sovraccollamento



**Così su La Stampa**

Le due pagine del servizio pubblicato domenica su La Stampa e dedicato ai "fantasmi" delle liste d'attesa, cioè le persone che prenotano una visita e poi non si presentano in cliniche e ospedali sul territorio nazionale





## Nuova Finanza pubblica La privatizzazione della Sanità e le sue le infinite vie

MARCO BERSANI

**S**embrano lontanissimi gli anni in cui, con l'arrivo della pandemia, il nostro Paese aveva dovuto fare i conti con i disastrosi risultati delle politiche liberiste, capaci di far deragliare quello che fino agli anni '80 del secolo scorso era uno dei migliori servizi sanitari del mondo.

Fioccarono i mea culpa in quei mesi scanditi da conta-

gi, decessi, restrizioni, e si sprecarono le lodi al personale medico e sanitario, costretto a lavorare oltre ogni limite di tollerabilità.

Ma chi si aspettava una drastica inversione di rotta si è trovato di fronte la nuova filosofia draghiana della ripresa e resilienza. Ovvero, si ricomincia da dove si era partiti e a tutte e tutti è richiesto un adattamento patriottico.

I risultati sono di nuovo evidenti e li illustra il CNEL nella Relazione 2024 sui servizi pubblici: sono 4,5 milioni le persone che nel no-

stro Paese hanno rinunciato a curarsi per problemi economici, lunghe liste d'attesa o difficoltà a raggiungere i luoghi di erogazione del servizio. Si tratta del 7,6% della popolazione italiana, in netto aumento rispetto agli anni pre-pandemia (6,3% nel 2019).

La spesa pubblica in sanità continua ad essere una delle più basse in Europa (75,6% rispetto alla media europea) e comporta il contraltare di una spesa privata per le persone che ha superato i 40 miliardi.

Il definanziamento del pubblico costituisce una spinta potentissima alla privatizzazione, che ha ormai raggiunto il 27,1% dell'insieme delle attività di ricovero. C'è quindi un primo problema - enorme - di risorse da mettere in campo per tornare ad avere un servizio sanitario pubblico e universale, distrutto da decenni di politiche liberiste messe in campo da tutti i governi di qualsiasi colore. Tuttavia, anche per chi nel centro-sinistra sta facendo qualche timida autocritica, c'è un'ulteriore

questione da affrontare: il problema non è solo tornare a garantire risorse adeguate al servizio sanitario (altro che 5% del Pil nella spesa in armamenti, come invoca il tycoon statunitense!), bensì quello di decidere dove quelle risorse debbano essere indirizzate. Tutti, a partire dai privati che operano in sanità, sono infatti per l'aumento della spesa pubblica, perché significa maggiori profitti per gli azionisti delle lobby finanziarie che la gestiscono.

Se si vuole cambiare rotta, bisogna che la spesa pubblica sia rivolta solo ed esclusivamente ad un grande piano di assunzioni di personale medico e infermieristico. E' questo il versante che separa davvero chi vuole un servizio sanitario pubblico e che si indigna quando è all'opposizione ma diventa compatibile quando è al governo.

Perché vuol dire disobbedire alle politiche di austerità imposte dalla Ue ed eliminare tutte le restrizioni all'assunzione di personale, nel nome di un diritto che

dev'essere universalmente riconosciuto.

D'altronde, anche qui i dati parlano chiaro: nel periodo 2012-2023 il capitolo di spesa sanitaria relativo ai redditi da lavoro dipendente è stato quello maggiormente sacrificato, passando dal 33,5% della spesa complessiva del 2012 al 30,6% del 2023, con una riduzione di 28 mld. Redditi sempre più bassi, carichi di lavoro sempre più pesanti, carenza di personale hanno inoltre provocato la progressiva fuga dal servizio pubblico, con l'esplosione del fenomeno dei "gettonisti", ovvero l'incarico a personale medico-infermieristico attraverso le agenzie di somministrazione di lavoro e le cooperative.

Il fatto è che pubblico e privato non sono due modalità di gestione rivolte a perseguire lo stesso obiettivo, bensì due concezioni radicalmente alternative della società. Chissà se anche a sinistra prima o poi se ne accorgono.



10 gen 2025

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S  
24

## Manovra 2025/ L'attacco dei sindacati a Schillaci: i soldi per la sanità sono sempre gli stessi. Sbloccare almeno il Ccnl 2022-2024

“Ha ragione il ministro Schillaci sul fatto che i 2,5 miliardi aggiuntivi del Fsn previsti dalla legge di bilancio sono in realtà solo gli stanziamenti indispensabili per i rinnovi dei contratti, peraltro non solo dei medici, ma di tutti gli operatori del Ssn”. Lo afferma l'intersindacale dei Dirigenti medici, veterinari e sanitari composta da Aaroi-Emac, Fassid, Fp Cgil Medici e Dirigenti Ssn, Fvm Federazione veterinari medici e dirigenti sanitari, Uil Fpl Medici, in riferimento alle ultime dichiarazioni del ministro della Salute in tema di legge di bilancio.

“Come giustamente dice il ministro, gran parte di quelle risorse erano già finanziate e predestinate per i rinnovi dei contratti della sanità pubblica come per tutti i dipendenti pubblici. Non c'è nessun nuovo finanziamento della sanità pubblica, quindi, da questo Governo, che trova modi nuovi per favorire quella privata”, precisano dall'Intersindacale.

“Per gli stipendi si tratta invece solo di automatismi di rivalutazione della massa salariale che nemmeno coprono l'inflazione, di cui oltretutto i dirigenti medici, veterinari e sanitari non vedranno nemmeno traccia finché non arriverà il rinnovo del contratto, il cui triennio è già scaduto. Il contratto dei medici, dei veterinari e dei sanitari del Ssn relativo agli anni dal 2022 al 2024 è ancora fermo per l'inerzia di Governo e Regioni che ancora non hanno neanche emanato l'atto d'indirizzo, tenendo quindi ferme in cassa risorse delle lavoratrici e dei lavoratori” continuano i sindacati.

“Il minimo segno di vita di una volontà politica seria per la sanità pubblica e per i suoi dirigenti oggi è sbloccare il contratto 2022/2024 fermo al palo. Per tutelare la salute dei cittadini poi occorre reperire urgentemente nuove risorse sia per il Fondo sanitario nazionale in termini generali, sia per gli stipendi dei sanitari pubblici che devono essere remunerati concretamente per quello che faticosamente garantiscono alla cittadinanza” concludono.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

## *Per dirigere Asl e ospedali un'esperienza di 5 anni*

Comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario, pubblico o privato, o settennale in altri settori, pubblici o privati, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie; attestato rilasciato all'esito di corsi di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria; conseguimento della laurea specialistica (LS) o magistrale (LM). Sono questi i requisiti principali previsti nell'avviso pubblico, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n.2 del 7 gennaio 2025, relativo all'aggiornamento biennale dell'elenco nazionale di soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale. Il provvedimento, attuativo dell'art. 1, commi 2 e 2-bis, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 e successive modificazioni, mira a selezionare figure di alto profilo in grado di guidare le strutture sanitarie con competenza e trasparenza, assicurando l'efficienza del sistema sanitario pubblico italiano e promuovendo standard di qualità elevati. Nello specifico l'avviso chiarisce che la domanda di partecipazione dovrà essere presentata trasmessa, entro il 7 febbraio,

esclusivamente per via telematica attraverso la piattaforma informatica disponibile al seguente indirizzo: [www.alboidonei.sanita.it](http://www.alboidonei.sanita.it). Invece la procedura di selezione prevederà su un sistema a punteggio che terrà conto dei titoli formativi e professionali conseguiti, massimo 40 punti, e dell'esperienza dirigenziale calcolata in base al numero delle risorse gestite e alla tipologia di struttura amministrata, massimo 60 punti. Sempre al fine della quantificazione del punteggio finale, non verranno tenuti in considerazione gli incarichi di consulenza. Infine, così come specificato dagli articoli 4 e 5 del documento, il candidato, per essere incluso nell'elenco dei soggetti idonei, dovrà conseguire un punteggio minimo di 70 punti su 100 complessivi e soltanto coloro che ne rientreranno potranno partecipare alle selezioni indette dalle regioni per il conferimento di incarichi dirigenziali.

*Pasquale Quaranta*





**RIVOLUZIONE ATECO 2025:** una svolta significativa per le professioni sanitarie non mediche

# Infermieri: il nuovo codice riconosce la professionalità sanitaria

**L**a revisione dei codici ATECO da parte dell'Istat rappresenta una svolta significativa per le professioni sanitarie non mediche. Dal 1° gennaio 2025, con l'introduzione del codice 86.94.01 "Attività infermieristiche", si supera il generico 89.90.29 "Altre attività paramediche indipendenti n.c.a.". Questo cambiamento non è solo tecnico, ma riconosce il ruolo centrale e intellettuale delle professioni infermieristiche, rafforzando il loro status e supportando l'attività libero professionale. La strada per questo riconoscimento è stata lunga e frutto di un lavoro costante da parte della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI). Dal 2018, con la creazione degli ordini professionali e l'obbligo di laurea e iscrizione all'albo, la professione infermieristica è stata elevata a professione intellettuale. Tuttavia, fino ad oggi, le attività infermieristiche erano incluse in un codice troppo generico, incapace di rappresentare adeguatamente il lavoro svolto dagli infer-

mieri. Già nel 2020, la FNOPI aveva avviato un dialogo con l'Istat, sottolineando l'urgenza di rivedere la classificazione. Questo confronto, basato su una visione condivisa di innovazione e valorizzazione, ha portato alla revisione attuale. Con il nuovo codice 86.94.01, gli infermieri ottengono una classificazione specifica che riflette il loro contributo professionale e intellettuale al sistema sanitario. La classificazione ATECO, utilizzata dall'Istat per finalità statistiche, è uno strumento essenziale anche in ambito fiscale e amministrativo. Ogni attività economica in Italia è identificata da un codice ATECO, necessario per l'apertura della partita IVA e fondamentale per determinare aspetti come la redditività nel regime forfettario. Durante la pandemia, i codici ATECO hanno avuto un ruolo cruciale: sono stati utilizzati per stabilire quali attività potessero proseguire durante il lockdown, mostrando l'importanza di una classificazione chiara e precisa. Un codice corretto non è solo un obbligo formale, ma uno strumento che permette di rappresentare al meglio l'attività svolta,

garantendo coerenza tra lavoro reale e sistema fiscale. La nuova classificazione ATECO 2025, che sostituisce quella del 2007, è stata adeguata alla normativa europea NACE Rev. 2.1, rispecchiando le esigenze di un mercato del lavoro in continua evoluzione. I nuovi codici entreranno pienamente in vigore dal 1° aprile 2025 per tutti gli adempimenti di tipo statistico, fiscale e amministrativo. Il nuovo codice 86.94.01 non è solo un aggiornamento tecnico, ma rappresenta un riconoscimento del percorso evolutivo della professione infermieristica. Oggi, gli infermieri non sono più semplici esecutori tecnici, ma professionisti intellettuali con competenze specialistiche e un ruolo chiave nella gestione del sistema sanitario. Un momento storico per le professioni sanitarie non mediche, un passo avanti verso una sanità più moderna, inclusiva e attenta al ruolo cruciale dei suoi professionisti.

Giovanni Ianni



10 gen  
2025

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S  
24

## Previdenza/ I conguagli Irpef sulle pensioni Inps ed Enpam

di Claudio Testuzza

Anche a rischio di azzerare la pensione di gennaio e febbraio, l'Inps procederà al recupero delle somme a debito emerse dal ricalcolo a consuntivo delle ritenute. Il pagamento delle pensioni a gennaio 2025, per qualche pensionato, rischia di trasformarsi in una brutta sorpresa. In una delle sue ultime comunicazioni, l'Inps annuncia che è stato effettuato il ricalcolo a consuntivo delle ritenute erariali relative al 2024. Il ricalcolo riguarda l'Irpef e il saldo delle addizionali regionali e comunali, ed è stato effettuato sulla base dell'ammontare complessivo delle sole prestazioni pensionistiche erogate dall'Inps. Esclusi, dunque, gli assegni incassati da tutti gli altri enti previdenziali.

A tutti gli interessati è stato reso noto che, in caso le trattenute siano state effettuate in misura inferiore rispetto a quanto dovuto su base annua, l'Inps, in qualità di sostituto di imposta, procederà in via automatica al recupero della differenza a debito sulle rate di pensione di gennaio e febbraio 2025. Nella comunicazione si puntualizza che qualora le imposte siano pari o superiori all'importo del rateo mensile in pagamento, allora il recupero delle somme dovute avverrà anche con l'azzeramento dell'importo di pensione in pagamento". Il cedolino della pensione di gennaio, così come quello di febbraio, potrebbe andare a zero euro!

C'è tuttavia una categoria che è esclusa. Nel caso di pensionati con importo annuo complessivo dei trattamenti pensionistici fino a 18.000 euro, per il quali il ricalcolo dell'Irpef ha determinato un conguaglio a debito di importo superiore a 100 euro, la rateazione viene estesa fino alla mensilità di novembre. L'Inps aggiunge che, per quanto riguarda le prestazioni fiscalmente imponibili, a decorrere dal rateo di pensione di gennaio, oltre all'Irpef mensile vengono trattenute anche le addizionali regionali e comunali relative al 2024. Nel mese di dicembre, come è noto, non vengono applicate trattenute per le addizionali regionali e comunali. Tali trattenute vengono infatti recuperate in undici rate, nei primi undici mesi dell'anno successivo a quello cui si riferiscono. Le somme a conguaglio, inoltre, verranno certificate nella Certificazione unica 2025.

L'intervento dell'Inps non riguarda una serie di prestazioni. Infatti non subiscono trattenute fiscali: le prestazioni di invalidità civile; le pensioni sociali; gli assegni sociali; le prestazioni non assoggettate alla tassazione per residenza estera; le prestazioni relative alle vittime del terrorismo.

Una nota di sollievo, anche se molto parziale, sarà rappresentata anche per chi sia in debito con l'Inps il 2025 dalla rivalutazione degli assegni.

**La "perequazione".** La perequazione delle pensioni è il meccanismo che consente di



rivalutare gli importi dei trattamenti pensionistici, previdenziali e assistenziali, sulla base dell'inflazione, per adeguarle al costo della vita rilevato dall'Istat. In base a quanto reso noto, è previsto un nuovo aumento delle pensioni nel 2025 grazie alla perequazione, cioè all'adeguamento degli assegni all'inflazione. secondo quanto rilevato dai dati Istat, Nel dettaglio, l'aumento spettante sulle pensioni sarà pari allo 0,8%. Ragionando in termini di importi lordi, un indice pari allo 0,8% equivale, in sintesi, ad 8 euro in più ogni 1.000 euro di pensione.

Per le pensioni più alte, poi, è confermato il meccanismo in vigore sino al 2022 di rivalutazione del trattamento, con un adeguamento al costo della vita che va dal 100% al 75% dell'inflazione, secondo l'importo dell'assegno. Solo le fasce d'importo sino a 4 volte il trattamento minimo potranno beneficiare del 100% della rivalutazione. Ricordiamo che nel 2024, l'adeguamento della pensione in misura pari al 100% dell'inflazione è stato applicato alle pensioni d'importo sino a 4 volte il trattamento minimo, con una rivalutazione progressivamente ridotta, sino a toccare il 22% per le prestazioni oltre 10 volte il trattamento minimo.

Le pensioni che superano di 4 volte il trattamento minimo subiscono e continueranno a subire nel 2025 una riduzione della rivalutazione. Infatti solo per gli importi delle pensioni fino a 4 volte il minimo, l'adeguamento sarà pari al 100%; per gli importi delle pensioni, oltre 4 e fino a 5 volte il minimo l'adeguamento sarà pari al 90%; per gli importi delle pensioni oltre 5 volte il minimo sarà del 75%. In pratica all'importo della pensione fino a 4 volte il minimo si applicherà un tasso di rivalutazione pari allo 0,8%, all'importo della pensione, da 4 a 5 volte il minimo si applicherà un tasso di rivalutazione pari allo 0,72%, e all'importo della pensione oltre 5 volte il minimo si applicherà un tasso di rivalutazione pari allo 0,6%.

La perequazione, dal 2025, si applicherà per fasce d'importo e non sull'intero ammontare della prestazione. In pratica, con questo sistema, solo chi possiede un trattamento sino a 2.394,44 euro lordi mensili circa beneficerà della rivalutazione della pensione in misura piena, pari allo 0,8% in più.

**I pensionati Enpam.** Anche per i medici e gli odontoiatri che percepiscono un trattamento pensionistico dalla Fondazione Enpam, il mese di dicembre generalmente coincide con il conguaglio fiscale, per completare e omogeneizzare le trattenute effettuate durante l'anno. Nel 2024 questo adempimento dovrebbe avere comunque un impatto minimo sugli interessati, in considerazione della messa a regime di una rivoluzionaria procedura informatica che, nella maggior parte delle posizioni, consente una stabilizzazione dell'importo netto percepito in tutti i mesi dell'anno. A dicembre, anche se l'Enpam non paga le tredicesime, ma ne distribuisce l'importo sulle altre dodici mensilità, la quasi totalità dei pensionati percepisce comunque un rateo netto più alto di quello del mese precedente. Questo per una ragione esclusivamente fiscale. Le addizionali regionale e comunale, per legge, non sono infatti applicate sull'ultima mensilità dell'anno e il prelievo tributario risulta quindi più leggero.

Nell'ultimo mese dell'anno, un piccolo contingente di ritardatari ha pure avuto sulla pensione Enpam la trattenuta o il conguaglio positivo conseguenti alla propria denuncia dei redditi 2023 (che andava presentata entro il 30 settembre scorso).

Gli importi trattenuti o erogati sono stati determinati sulla base delle risultanze contabili contenute nei modelli 730/4, acquisiti telematicamente dall'Agenzia delle Entrate. I soggetti per i quali l'importo della pensione non è risultato sufficiente a coprire il debito con l'erario, riceveranno nei prossimi giorni una nota contenente importo dovuto e modalità e termini del versamento che dovranno effettuare direttamente nei confronti dell'Agenzia delle Entrate.

Infine, su alcune posizioni pensionistiche, a dicembre 2024 la Fondazione Enpam, in veste di sostituto d'imposta, ha eseguito l'operazione di conguaglio Irpef di fine anno tenendo conto del reddito complessivo da pensione percepito dall'Enpam e da altri Enti previdenziali, nonché del beneficio fiscale dell'onere deducibile riconosciuto dalla legge su alcune trattenute operate a vario titolo nel corso dell'anno 2024 (ad esempio, morosità contributiva recuperata nell'anno, oneri per ricongiunzione e riscatto, recupero di importi pensionistici non dovuti).

**10** gen 2025

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S  
24

## Inail: 543.039 infortuni e mille decessi nei primi 11 mesi del 2024, approvato il bilancio di previsione 2025

Le denunce di infortunio nei primi 11 mesi del 2024 sono state 543.039 (+0,1% rispetto a novembre 2023 e -16,7% rispetto allo stesso periodo del 2022), con un aumento dei soli incidenti in itinere. Lo rilevano i dati pubblicati dall'Inail secondo i quali il maggiore incremento percentuale si registra tra gli under 15, per effetto dell'estensione della tutela assicurativa degli studenti. Le denunce di casi mortali sono state 1.000 (+3,3%), con un decremento dei casi avvenuti in occasione di lavoro, passati da 745 a 731, e un aumento di quelli occorsi nel tragitto casa-lavoro, da 223 a 269. L'incidenza sul totale degli occupati Istat (dati provvisori), segnala Inail, "è in calo rispetto al 2019 sia per gli infortuni (-11,7%) sia per i decessi (-3,7%), mentre rispetto al 2023 è -1,3% per i primi e +2% per i secondi". In aumento del 21,7% le patologie di origine professionale denunciate, pari a 81.671.



Considerando i comparti di attività, a novembre di quest'anno il numero delle denunce di infortuni sul lavoro ha segnato il -1,0% nella gestione Industria e servizi (dai 431.044 casi del 2023 ai 426.947 del 2024), il -1,7% in Agricoltura (da 24.450 a 24.042) e il +5,7% nel Conto Stato (da 87.074 a 92.050), che risente soprattutto dell'aumento delle denunce dovuto all'estensione della tutela Inail nelle scuole da settembre 2023.

Tra i settori con il maggior numero di infortuni avvenuti in occasione di lavoro vi sono le Costruzioni (34.414 casi, +0,5% sul 2023), il Trasporto e magazzinaggio (31.958 casi, +0,7%), il Commercio (30.385, +1,8%), il Noleggio e servizi di supporto alle imprese (19.935, +3,2%) e le Attività dei servizi di alloggio e di ristorazione (19.500 casi, +0,5%). Infortuni invece in calo nel manifatturiero (65.777, -6,2%), nella Sanità e assistenza sociale (33.660, -12,0%) e nella Fabbricazione di prodotti in metallo (14.444 casi, -7,0%). L'analisi territoriale evidenzia un aumento delle denunce nelle Isole (+1,5%), seguite da Centro (+0,7%) e Nord-Est (+0,03%), e un calo nel Nord-Ovest (-0,2%) e al Sud (-0,7%). L'aumento delle denunce di infortunio che emerge dal confronto degli 11 mesi del 2023 con quello del 2024 è legato esclusivamente alla componente femminile, che registra un +1,0% (da 191.686 a 193.606 casi denunciati), mentre quella maschile presenta un calo (da 350.882 a 349.433, -0,4%). L'incremento ha interessato solo i lavoratori extracomunitari (+4,8%), in diminuzione il dato degli italiani (-0,7%) e dei comunitari (-4,5%).

Per quanto riguarda le malattie professionali, le denunce protocollate dall'Inail negli 11 mesi del 2024 sono state 81.671(+21,7% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente). Le patologie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo, quelle del sistema nervoso e dell'orecchio continuano a rappresentare, anche nei primi 11 mesi del 2024, le prime tre tipologie di malattie professionali denunciate, seguite dai tumori e dalle patologie del sistema respiratorio.

Il Consiglio di indirizzo e vigilanza (Civ) dell'Inail, inoltre, ha approvato all'unanimità, lo scorso 30 dicembre 2024, il bilancio di previsione 2025 ribadendo "la necessità di attuare interventi urgenti in materia di incremento degli investimenti in prevenzione, revisione del sistema di indennizzo economico per gli infortunati e tecnopatici, verifica dell'equilibrio del sistema tariffario e conseguimento della massima redditività dagli investimenti posti a copertura delle riserve tecniche". Il totale delle entrate dell'Istituto ammonta a oltre 12,9 miliardi, in aumento di circa 144 milioni (+1,13%) rispetto alle previsioni del 2024 ed in aumento di 463 milioni di euro (+3,73%) rispetto al consuntivo 2023, con entrate per contributi e premi di assicurazione a carico dei datori di lavoro e/o iscritti pari a più di 9,8 miliardi. Le spese ammontano a circa 11,8 miliardi, in aumento di 955,6 milioni di euro (+8,76%) rispetto alle previsioni del 2024 ed in aumento di 2,5 miliardi (+26,62%) rispetto al consuntivo 2023, "con conseguenti effetti non sempre positivi a beneficio di imprese e lavoratrici e lavoratori".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Lo studio che «protegge» le cellule «Così si rallenta l'invecchiamento»

Gli scienziati e il progetto Age-it, coordinato dall'Università di Firenze con i fondi del Pnrr

**ROMA** In tanti stanno provando a frenarlo, l'invecchiamento, ricorrendo a diverse strategie. Una delle strade più battute è disattivare o modificare i geni che ne sono responsabili. Oppure ricercare proteine che abbiano un ruolo chiave nella sua progressione.

Una nuova manovra di aggrimento si sta imponendo all'attenzione del mondo scientifico. Si tratta di un approccio sperimentale che mira a bloccare l'allarme lanciato dalle cellule quando si rendono conto che i telomeri, le estremità dei cromosomi che compongono il nostro patrimonio genetico, si sono accorciati oltremisura. La «sirena» verrebbe disinnescata prima di «suonare», evitando quindi che il sistema cellulare smetta di funzionare e che l'organismo si deprima a tal punto da favorire l'insorgere di malattie tipiche della vecchiaia: cardiovascolari, tumo-

rali e neurodegenerative. Fermo restando che l'invecchiamento dipende anche da fattori ambientali e non potrà mai essere stoppato senza metterci del nostro a livello di stili di vita e buone abitudini.

«Non cerchiamo l'elisir di lunga vita. L'obiettivo è ritardare la senescenza intesa come fase in cui certe patologie possono prendere il sopravvento», traccia la linea del traguardo Fabrizio d'Adda di Fagagna, dirigente di ricerca dell'Istituto di genetica molecolare del Cnr e *principal investigator* all'Ifom, l'istituto di oncologia molecolare della Fondazione Airc. Il progetto rientra in Age-It, sodalizio scientifico coordinato dall'Università di Firenze e finanziato con i fondi del Pnrr. È la più importante indagine a tutto tondo mai compiuta in Europa sul futuro della popolazione. Il sogno finale è la creazione dell'istituto italiano sull'invecchiamento per af-

frontare il problema da tutti i punti di vista: sanitario, economico, medico, socio culturale. Sono 10 i campi di ricerca di Age-It, e domani al ministero della Salute ci sarà la presentazione di alcuni risultati già conseguiti.

Dopo 7 anni a Cambridge, d'Adda di Fagagna è tornato a lavorare in Italia: «Se rallentassimo l'invecchiamento cellulare potremmo ridurre le malattie legate all'età. La strategia ha funzionato su modelli murini. Un'azienda avvierà i primi studi clinici».

Partiamo dall'inizio. Il dna è l'unico componente delle nostre cellule (e perciò del nostro corpo) che, se danneggiato, non può essere sostituito. Quando le sue estremità, le parti più vulnerabili chiamate telomeri, si deteriorano col passare degli anni, scatta un allarme molecolare. Una volta che questo avviene, le cellule sono spacciate. Smettono di proliferare e comin-

ciano a secernere sostanze tossiche che creano un'infiammazione responsabile dell'invecchiamento e di alcune malattie a esso associate come la fibrosi polmonare.

L'ultima mossa vincente consiste nell'aver individuato un inibitore selettivo dell'allarme. Si interviene a monte, anticipando il processo degenerativo. «Abbiamo dimostrato la validità della scoperta su modelli animali. Sono stati osservati effetti duraturi. È come aver spento la causa dell'invecchiamento cellulare», spiega d'Adda di Fagagna.

Nei topini portatori di progeria Hutchinson-Gilford, la malattia rara che ha segnato la vita del biologo Sammy Basso recentemente scomparso, questa terapia ha allungato la sopravvivenza del 45%.

**Margherita De Bac**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La vicenda

- Un progetto per rallentare l'invecchiamento è stato messo a punto da Age-It, sodalizio scientifico coordinato dall'Università di Firenze e finanziato con i fondi del Pnrr

- È la più importante indagine mai compiuta in Europa sul futuro della popolazione

- Guida il progetto Fabrizio d'Adda di Fagagna, dell'Istituto di genetica molecolare del Cnr e *principal investigator* all'Ifom, che fa capo all'Airc



**HMPV, LA NUOVA INFLUENZA CINESE:  
PIÙ AGGRESSIVA, MA GIÀ CONOSCIUTA**

Melania Rizzoli a pagina 20



**NUOVA MINACCIA** Il Metapneumovirus

# Hmpv, il virus che spaventa la Cina: più aggressivo ma già conosciuto

Certificata una impennata di infezioni respiratorie stagionali: i più colpiti sono bambini, anziani e persone fragili  
Negli adulti sintomi simili al raffreddore

di **Melania Rizzoli**

**N**ell'ultima settimana sui social media europei e americani è stata diffusa la notizia di una possibile nuova minaccia virale proveniente dalla Cina, corredata da foto di ospedali affollati da intere famiglie e commentata con il sospetto di una emergenza sanitaria per una nuova e sconosciuta epidemia.

A cinque anni dalla pandemia Sar-Cov2 che ha sconvolto intere nazioni l'attenzione sanitaria resta alta in tutto il mondo,

ma è bene non cedere a facili allarmismi e a notizie non accertate scientificamente, che non sembrano trovare una conferma ufficiale, anche se quel che è certo è che nelle province settentrionali della Cina è stata certificata una impennata di infezioni respiratorie stagionali con un crescente ritrovamento nel sangue e nelle mucose dei pazienti esaminati del Metapneumovirus umano (HMPV), un virus respiratorio me-

no noto degli altri, in circolazione da tempo, particolarmente aggressivo sui neonati, bambini piccoli, anziani e persone con sistema immunitario debole o compromesso, o nei portatori di patologie croniche cardiache e polmonari. In tutti questi soggetti l'infezione virale



# il Giornale

si presenta in modo aggressivo, con febbre alta, tosse, mal di gola, respiro sibilante, e polmoniti nei casi più gravi, alcuni dei quali con esito letale, ma dalle poche notizie ufficiali che trapelano pare che negli adulti sani la stessa infezione si manifesti con sintomi lievi, paragonabili a quelli di un raffreddore.

Il Centro cinese per il controllo e la prevenzione delle malattie (China Cdc) ha segnalato l'aumento significativo, oltre ogni aspettativa, dei casi di influenza e delle patologie simil-influenzali tra la popolazione, che è risultata positiva in oltre il 35% ai test per l'influenza, ma con un tasso di positività dell'Hmpv pari a +6,2% nei test, con numeri che mostrano una incidenza crescente nell'ultima settimana. Il Virus me-

tapneumonico, che fa parte della famiglia dei virus a RNA, si trasmette per via aerea, tramite le goccioline respiratorie che restano in aria dopo un colpo di tosse o uno starnuto, e dal momento che non esiste un trattamento antivirale mirato o specifico, l'infezione viene trattata sintomaticamente, con i farmaci generici a disposizioni e di uso comune, generalmente efficaci.

A generare l'allarme su questo focolaio virale è stato il fatto che questo Metapneumovirus, identificato per la prima volta nel 2001, quindi un agente patogeno conosciuto, si diffonde molto più rapidamente rispetto ai Rinovirus (i virus del raffreddore), agli Adenovirus e finanche al SARS-Cov2, motivo per cui il contagio sta crescendo in quelle re-

gioni cinesi soprattutto nei pazienti sotto i 14 anni e negli over 70, molti dei quali in condizioni cliniche da richiedere il ricovero ospedaliero.

È noto che durante la stagione invernale le infezioni respiratorie tendono a raggiungere il picco, ragione per la quale in Italia è fortemente consigliata la vaccinazione antinfluenzale nelle categorie più a rischio, ovvero bambini, adulti fragili immunologicamente o con patologie croniche ed anziani, una terapia preventiva, quella vaccinale, che non esclude la possibilità di contrarre l'infezione virale, ma ne riduce fortemente i sintomi, la durata e le complicanze.

Per quanto riguarda la Cina, abbiamo già sperimentato, ai tempi della pandemia Covid, la mancata condivisione, da parte delle autorità sanitarie,

dei dati epidemiologici in tempo reale e ci auguriamo che nel caso attuale ci sia più cooperazione internazionale, affinché ci si possa attrezzare per tempo per eventuali future minacce sanitarie, che non sono certamente quelle di questo virus Hmpv, attualmente tra le cause più comuni (dopo il Virus Sinciziale RSV) di malattia respiratoria nel nostro Paese nei bambini di età inferiore ai 5 anni nei quali viene immediatamente riconosciuto e trattato nei nostri ospedali.

**A differenza del coronavirus, è stato identificato per la prima volta nel 2001: l'agente patogeno è noto ai sanitari**

**+6,2%**

**È l'aumento della positività al Metapneumovirus registrato nell'ultima settimana in Cina**

**70**

**È la soglia di età critica per chi è colpito dal virus, così come i minori di 14 anni che risultano più fragili**





**10** gen  
2025

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## In aumento a 667mila i casi di sindrome simil-influenzale

di Istituto superiore di sanità

Nella prima settimana del 2025, dal 30 dicembre 2024 al 5 gennaio 2025, aumenta il numero di casi di sindrome similinfluenzale dopo una lieve flessione dovuta alla chiusura delle scuole per le festività. Il livello d'incidenza è pari a 11,3 casi per mille assistiti (9,9 nella settimana precedente). Nella stessa settimana della scorsa stagione la curva dell'incidenza cominciava la sua discesa. I casi stimati di sindrome simil-influenzale, rapportati all'intera popolazione italiana, risultano essere circa 667.500, per un totale di circa 5.851.500 casi a partire dall'inizio della sorveglianza. Lo evidenzia l'ultimo rapporto RespiVirNet appena pubblicato.

L'incidenza è stabile nelle fasce di età pediatrica, mentre è in aumento nei giovani adulti e negli anziani. Maggiormente colpiti i bambini sotto i cinque anni di età, in cui l'incidenza è pari a 21,4 casi per mille assistiti (21,7 nella settimana precedente). Maggiormente colpite le seguenti Regioni/PPAA: P.A. di Bolzano, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia. Basilicata e la Calabria non hanno attivato la sorveglianza epidemiologica.

Durante la settimana 01/2025, la percentuale dei campioni risultati positivi all'influenza sul totale dei campioni analizzati risulta pari al 21,9%, in ulteriore aumento rispetto alla settimana precedente (17,6%). Tra i campioni analizzati, 113 (6,9%) sono risultati positivi per Vrs, 42 (2,6%) per SarsCoV-2 e i rimanenti 259 sono risultati positivi per altri virus respiratori, di cui: 123 (7,5%) Rhinovirus, 49 Coronavirus umani diversi da Sars-CoV-2, 41 Adenovirus, 25 Metapneumovirus, 11 virus Parainfluenzali e 10 Bocavirus. Ad oggi, sul portale RespiVirNet non è stato segnalato nessun campione positivo per influenza di tipo A "non sottotipizzabile" per i virus influenzali stagionali e/o appartenente ad altro sottotipo (es. A/H5).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



10 gen 2025

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA



## Oncologia/ Tumore del seno: in 15 anni cala del 16% la mortalità tra le under 50

Diminuisce in Italia la mortalità per tumore del seno tra le pazienti più giovani. In un arco di 15 anni, tra il 2006 al 2021, la riduzione complessiva per le donne under 50 è stata del 16%. Un risultato che apre a una serie di nuove problematiche da gestire per i clinici tra cui la preservazione della fertilità. Un ambito quest'ultimo dove gli specialisti italiani, e in particolar modo l'ospedale San Martino di Genova, sono stati pionieri sul versante della ricerca. Lo dimostrano i numerosi studi scientifici condotti a riguardo e presentanti nei più importanti congressi scientifici nazionali ed internazionali.

È quanto emerso nel capoluogo ligure in occasione del meeting "Back From San Antonio", dedicato alle principali novità dal "San Antonio Breast Cancer Symposium". «Ogni anno nel nostro Paese ancora più di 15mila donne perdono la vita a causa del tumore mammario – sottolinea Lucia Del Mastro, professoressa ordinaria e Direttrice Clinica di Oncologia medica dell'Irccs Ospedale Policlinico San Martino, Università di Genova -. Tuttavia il calo dei decessi, tra le pazienti più giovani, è senza dubbio un dato incoraggiante e dovuto soprattutto a un netto miglioramento delle possibilità terapeutiche. Quando colpisce una donna giovane, al di sotto dei 40 anni, il tumore è spesso biologicamente più aggressivo. Inoltre il rischio che si tratti di una neoplasia ereditaria, legata alla presenza di mutazioni patogenetiche Brca, è più elevato rispetto ai casi diagnosticati in età più avanzata.

Il percorso di cura, oltre a garantire le ottime probabilità di guarigione attualmente raggiunte, deve prevedere che le donne giovani possano avere, una volta superata la malattia, le stesse prospettive e aspettative delle donne che non si sono ammalate. Tra queste prospettive riveste particolare importanza l'eventuale desiderio di gravidanza futura. Da anni qui a Genova stiamo studiando gli effetti collaterali legati alle terapie antitumorali e che possono portare a disfunzione ovarica, menopausa precoce e infertilità. Grazie a trattamenti adeguati e personalizzati, messi a punto anche attraverso gli studi condotti dal nostro gruppo di ricerca del San Martino-Università di Genova, è oggi possibile diventare madre anche dopo il cancro».

«L'integrazione tra assistenza, ricerca e formazione – spiega Marco Damonte Prioli, Dg dell'Irccs Ospedale Policlinico San Martino di Genova – è fondamentale per garantire la più alta qualità delle cure e la possibilità di effettuare attività di ricerca in grado di cambiare gli standard terapeutici a livello internazionale. È quanto accade all'Ospedale San Martino che è stato nuovamente riconosciuto, al termine di una procedura di accreditamento e verifica molto selettiva e condotta da esperti internazionali, come Comprehensive Cancer Center. È il livello massimo di accreditamento previsto dall'organizzazione internazionale Oeci (Organization of European Cancer Institutes). La Breast Unit, del nostro ospedale, rappresenta non solo l'hub regionale per la



patologia ma anche un riferimento a livello nazionale ed internazionale per il trattamento e la ricerca sul carcinoma mammario».

«In Liguria ogni anno vengono diagnosticati circa 1.650 nuovi casi di tumore del seno e la maggioranza viene trattata nel nostro ospedale – aggiunge Antonio Uccelli, Direttore scientifico dell'Irccs San Martino -. L'intensa attività di ricerca è testimoniata dalla percentuale, superiore alla media internazionale, di pazienti che vengono inserite in studi clinici: circa il 26%. Ciò consente alle donne un accesso precoce ai nuovi trattamenti, con potenziale miglioramento dei risultati terapeutici. Inoltre, il nostro ospedale si distingue per l'elevato numero di studi cosiddetti "accademici" vale a dire studi disegnati dai nostri ricercatori, attraverso i quali è possibile migliorare la qualità delle cure attraverso strategie che non sono basate esclusivamente sull'introduzione di nuovi farmaci».

Sempre al convegno di Genova sono illustrati i principali risultati di quattro studi che i ricercatori italiani hanno presentato nelle scorse settimane in sessione orale al San Antonio Breast Cancer Symposium. Al congresso americano Matteo Lambertini (professore associato di Oncologia medica presso l'Università di Genova-Irccs Ospedale Policlinico San Martino) ha mostrato una nuova ricerca sul ruolo della chirurgia preventiva per la riduzione del rischio di recidiva tra le portatrici di mutazioni Brca. Sono stati analizzati i dati raccolti tra il 2000 e il 2020 di 5.290 pazienti under 40 con tumore del seno trattate in 109 istituti di tutto il mondo. Quelle che hanno subito una mastectomia bilaterale avevano un rischio di morte inferiore del 35% e una riduzione del 42% di recidiva del cancro o di un secondo tumore maligno. «Lo studio evidenzia nuovamente l'importanza della chirurgia di riduzione del rischio – afferma il prof. Lambertini -. È una scelta difficile, spesso dolorosa per una donna ma che può essere salvavita in determinate occasioni. I benefici della chirurgia sono stati osservati sia nelle donne BRCA1 sia in quelle BRCA2 mutate».

Valentina Guarneri (Professoressa di Oncologia medica presso l'Università di Padova e Direttrice Uoc di Oncologia 2 dell'Iov Irccs di Padova) ha invece portato negli Stati Uniti una ricerca sul carcinoma mammario triplo negativo. È stato valutato l'immunoterapico avelumab adiuvante per pazienti ad alto rischio di recidiva. «È un tipo di cancro al seno molto invasivo perché tende a crescere e a diffondersi più velocemente – aggiunge Guarneri -. Al momento vi sono poche opzioni di trattamento disponibili e tra queste vi è l'immunoterapia attualmente indicata come trattamento neoadiuvante. Il nostro studio ha dimostrato che l'anticorpo anti-PD-L1 avelumab, somministrato dopo il trattamento chemioterapico standard, migliora significativamente la sopravvivenza globale. Rispetto ad altre neoplasie, l'immunoterapia è arrivata relativamente tardi nella pratica clinica del carcinoma mammario. Sta però producendo evidenze scientifiche rilevanti in sottogruppo di malattia in cui le prognosi sono di solito più infauste».

Luca Malorni (Direttore unità di Ricerca traslazionale dell'Ospedale di Prato) a San Antonio ha presentato i primi risultati del Touch trial. In 145 donne con carcinoma mammario in fase iniziale HR+/HER2+ trattate con trastuzumab e pertuzumab come trattamento neoadiuvante, sono stati confrontati paclitaxel e palbociclib, quest'ultimo in combinazione con letrozolo. «Sono tumori mammari in cui dobbiamo implementare le possibilità di cura – sostiene il dottor Malorni -. Nello specifico bisogna ridurre il ricorso alla chemioterapia, favorendo le terapie ormonali anche attraverso una più precisa selezione delle pazienti. Nello studio abbiamo per ora registrato un'ottima compliance al trattamento da parte delle donne che hanno ricevuto palbociclib e letrozolo al posto della chemioterapia. Servono ora studi più ampi, di medicina traslazionale, per valutare l'effettiva efficacia di palbociclib nella gestione di questo tipo di neoplasie».

Infine le pazienti over 70 a basso rischio con tumore mammario in stadio iniziale sono state al centro dello studio Europa presentato da Icro Meattini (Responsabile Breast Unit dell'Aou Careggi di Firenze). «Abbiamo confrontato gli effetti della radioterapia e della terapia endocrina come trattamenti monomodali dopo un primo intervento chirurgico – sottolinea il prof. Meattini -. Abbiamo reclutato 731 donne in cura presso 17 centri italiani, più uno sloveno. Il trattamento ormonale è risultato associato a una maggiore riduzione della qualità di vita rispetto a 24 mesi di sola radioterapia. Sono risultati

provvisori e che suggeriscono come quest'ultima sia preferibile come terapia per pazienti anziane e quindi più suscettibili agli effetti collaterali delle cure anti-cancro». «Gli studi dei colleghi italiani dimostrano l'ottimo livello raggiunto dalla ricerca oncologica italiana – conclude Del Mastro – che ha contribuito nel corso degli anni a stabilire nuovi standard di trattamento adottati in tutto il mondo. Per il futuro ci aspettiamo importanti novità non solo in termini di disponibilità di nuove terapie sempre più efficaci e personalizzate ma anche di nuovi strumenti diagnostici. In particolare la biopsia liquida, che stiamo già utilizzando nella malattia metastatica per scoprire mutazioni utili per la scelta terapeutica, potrebbe avere un ruolo importante per individuare precocemente le recidive ed intervenire tempestivamente col trattamento. I dati presentati a San Antonio dal Prof. Turner, così come i dati precedentemente presentati al congresso dell'American Society of Clinical Oncology a Chicago, suggeriscono che attraverso la biopsia liquida, è possibile individuare una quota di pazienti che dopo l'intervento chirurgico presenta in circolo del Dna rilasciato dal tumore, e quindi indicativo della presenza di micrometastasi non individuabili con le normali tecniche strumentali di radiologia. Sono in corso vari studi per valutare se attraverso l'utilizzo di questi test è possibile migliorare la gestione terapeutica delle pazienti e migliorarne la prognosi».

Infine sempre all'evento di Genova anche in questa edizione, saranno assegnati due premi a giovani oncologi under 40, prime firme di lavori scientifici sul carcinoma mammario pubblicati nel 2024. Verranno premiati: Davide Soldato (rientrato a Genova dopo un periodo di lavoro presso il Gustave Roussy di Parigi) per il lavoro che dimostra l'importanza dell'attività fisica nelle donne operate per carcinoma mammario e Linda Cucciniello (del Centro di riferimento oncologico di Aviano) per il lavoro relativo alla possibilità di prevedere la risposta completa al trattamento nelle pazienti con carcinoma mammario metastatico HER2 positivo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

10 gen 2025

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Oncologia/ Medicina personalizzata più vicina con i modelli Pdx. Il caso del tumore al colon retto

di Francesco Iorio \*

Immaginate di entrare in farmacia e trovare un farmaco su misura per voi. Non un trattamento generico per una malattia comune, ma un farmaco che consideri le vostre caratteristiche uniche: Dna, storia clinica, stile di vita. Una medicina “ad personam” con le migliori probabilità di successo, cucita addosso come un abito su misura. Questo è il sogno della medicina personalizzata, il ‘Sacro Graal’ della ricerca biomedica, e stiamo compiendo passi significativi in questa direzione.

In una collaborazione scientifica internazionale tra Human Technopole di Milano, Istituto di Candiolo Irccs, Wellcome Sanger Institute, Istituto europeo di Bioinformatica di Cambridge (UK) e i Charles Rivers Laboratories, abbiamo analizzato una delle più grandi collezioni al mondo di modelli preclinici di cancro al colon-retto, derivati dai pazienti e mantenuti in modelli animali. Questi modelli, chiamati xenotrapianti derivati da pazienti (patient-derived xenografts, o Pdx), possono essere considerati vere e proprie “repliche” di tumori umani e offrono una maggiore complessità rispetto ai modelli tradizionali come le linee cellulari tumorali coltivate in laboratorio. I Pdx mantengono la struttura tridimensionale e l’eterogeneità dei tumori, consentendo di testare farmaci in un contesto che riproduce aspetti del microambiente tumorale.

Nello studio, pubblicato sulla rivista internazionale Nature Communications, ci siamo concentrati sul cetuximab, un farmaco usato per il cancro al colon-retto metastatico, sviluppando un modello di intelligenza artificiale in grado di predire se un paziente risponderà positivamente al trattamento basandosi su caratteristiche molecolari come mutazioni e attività di specifici geni. Ulteriori evoluzioni di questo modello, chiamato CeSta, potrebbero in futuro assistere i medici nella scelta della terapia migliore per ciascun paziente, basandosi su segnali genetici e molecolari.

Sebbene i modelli in vitro tradizionali come le linee cellulari tumorali siano enormemente utili nella ricerca preclinica, non riescono a replicare molti aspetti di un tumore reale. Immaginate di voler capire come funziona un’automobile studiandone il motore senza osservare come interagisce con le componenti che gli stanno attorno come la carrozzeria e le sospensioni: è utile ma limitato. I Pdx, invece, permettono di studiare il veicolo “nel suo insieme”, modellando alcune caratteristiche strutturali di un tumore e fattori presenti nel microambiente attorno ad esso che giocano un ruolo nella risposta terapeutica.

Nel nostro studio, abbiamo esaminato 231 modelli di Pdx di cancro al colon-retto, raccogliendo dati clinici, genomici, trascrittomici ed epigenetici. Utilizzando queste



informazioni, abbiamo costruito un modello predittivo che identifica i tumori più sensibili al cetuximab, superando altri metodi avanzati e biomarcatori attualmente usati in clinica, come lo stato mutazionale dei geni Kras-Nras-Braf.

Uno degli aspetti più interessanti di CeSta è la capacità di identificare nuovi biomarcatori trascrizionali, cioè basati sull'attività genica piuttosto che sulle mutazioni che potrebbero, un giorno, far parte di test diagnostici per il trattamento più efficace.

In sintesi, il nostro studio dimostra il potenziale dei dati multi-omici di grandi collezioni di Pdx nel comprendere la biologia dei tumori, costruire modelli predittivi per la risposta ai farmaci e individuare nuovi biomarcatori. Sebbene i Pdx non possano replicare completamente tutti gli aspetti di un tumore umano, come le interazioni con il sistema immunitario - che, tornando all'esempio dell'automobile, potrebbero rappresentare i freni, le ruote e la strada - rimangono una risorsa cruciale per la ricerca preclinica, molto più rappresentativi dei tumori reali rispetto ai modelli in vitro tradizionali.

Il nostro lavoro è un piccolo ma significativo passo verso la realizzazione del sogno della medicina personalizzata, in cui ogni paziente possa ricevere un trattamento unico, progettato sulle proprie caratteristiche fisiologiche e cliniche.

*\* Group leader presso il Centro di ricerca in Biologia computazionale - Human Technopole*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

10 gen 2025

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IN PARLAMENTO

S  
24

## Le terapie digitali e l'arduo compito di passare per la cruna dell'ago che porterà ai Lea

di Ettore Jorio

La proposta di legge, rubricata al n. 1208 del 7 giugno 2023, a firma dei deputati Loizzo (relatrice), Molinari, Andreuzza, D. Bergamini, Cavandoli, Pierro e Zinzi reca una buona ipotesi di "Disposizioni in materia di terapie digitali" (si veda anticipazione su questa rivista del 9 maggio 2023). Il tutto, in quattro articoli ispirati a disegnare una procedura celere e significativa, sulla quale tuttavia occorre riflettere, tenuto conto che, così come è dato leggere nella relazione, è un testo per molti versi aperto ad ogni confronto.

All'art. 2 prevede l'istituzione di comitato organismo atto a dare indicazione "preliminari e orientative" sulle terapie digitali riassunte nell'acronimo DTx (digital therapeutic). Ciò finalizzato a un pronto inserimento delle stesse nei Lea e a regolamentarne il percorso di introduzione a mente del successivo art. 4. Il tutto mediato a regime da un osservatorio permanente reso operante a cura dell'Agenas, per come previsto dall'art. 3.

Insomma con la detta proposta di legge, si è aperta la porta a un loro ingresso sulla erogabilità a cura del Ssn. Detta proposta ha quasi completato le audizioni in commissione, ove è stato approvato un odg che propone al Governo la costituzione di un fondo, anche partecipato delle imprese del settore, per la sperimentazione del regime di rimborsabilità e prescrivibilità delle DTx.

Nonostante ciò, ne è seguita un'altra, la proposta di legge n. 2095 del 16 ottobre 2024, a firma dei deputati Quartini, Amato, Di Lauro, Fede, Ferrara, M. Ricciardi e Sportiello, anche essa di quattro articoli, avente lo stesso titolo e non solo dell'anzidetta a firma di Loizzo & Co.

Da una siffatta situazione, che registra una incomprensibile duplicazione di proposte di legge ove a essere diverso è solo qualche sostantivo, ben si comprende la superficialità del legislatore ad affrontare i temi fondamentali nella loro innovazione erogativa nel tempo, specie quelli dai quali dipende la vita delle persone.

Nella sostanza, piuttosto che lavorare per integrare la prima (1208), i sette deputati pentastellati Quartini & Co. ne fanno una seconda versione (2095) rendendo così impossibile comprenderne la ratio propositiva, attesa la somiglianza delle premesse, dei contenuti e delle finalità.

### L'ambito è di primaria importanza

Il tema trattato è invero difficile. Sul quale è naturale nutrire dubbi e avere idee chiare, senza darle per scontate. Il principio attivo digitale, da rendere pubblico in tutte le sue sorgenti, è qualcosa ancora in fieri e, per volti versi, sub iudice multidisciplinare. Specie



in relazione all'algoritmo impegnato al riguardo, che dovrà assicurare funzionamento corretto, omogeneità e verificabilità.

Ciò che colpisce in entrambe le proposte opzioni regolatorie va comunque al di là di ogni valutazione sulla appropriatezza delle DTx.

Stupisce l'iniziativa prevista in entrambe – nonostante la corretta sottoposizione a un Comitato di valutazione piuttosto che a un Comitato diversamente chiamato tenuti ad esprimere un parere estimatorio sulla bontà delle DTx - di disciplinare un loro tempestivo inserimento nei Lea, che sono da considerarsi la cassaforte delle prestazioni poste alla tutela consolidata della salute, invero bistrattate da ultimo per 8 anni, tanto da non essere neanche aggiornate alle esigenze post Covid.

### **L'ingresso nei Lea è divenuto arduo e complesso**

Un percorso, quello del loro insediamento nei Lea, reso peraltro più complesso a seguito della [sentenza della Corte costituzionale n. 192 del 3 dicembre scorso](#). Quel decisum che, pur confermando l'attuazione del regionalismo differenziato, ha stravolto la disciplina di definizione dei Lea e della loro sostenibilità finanziaria. In buona sostanza, il Tribunale delle leggi ha fatto salva la legge 86/2024 prescrivendole una consistente riparazione a cura dell'officina parlamentare. Non solo, ha cambiato tutto il percorso della definizione dei Lep, e quindi dei Lea, snaturando le conclusioni cui la stessa era pervenuta oltre vent'anni prima con le sentenze n. 282, 407 e 510/2002 e l'88/2003. Quelle con le quali riconobbe il Dpcm come strumento idoneo a rappresentare la corretta fonte normativa chiamata a determinare le prestazioni essenziali relative ai Lep/Lea. Dunque, oggi per definirli occorre: una legge delega che sia, invece di ordinaria, seguita dai decreti delegati per ogni Lep ovvero, in modalità meno probabile ma coraggiosamente espressiva della volontà di fare prima e bene, un poderoso decreto legge onnicomprensivo da convertire accuratamente dalle Camere entro sessanta giorni. Gli adempimenti previsti per arrivare a una corretta conclusione sulla ridefinizione dei Lea e sulla loro sostenibilità su tutto il territorio nazionale mediante il federalismo fiscale sono diventati pertanto più complessi di quanto già lo siano stati in tutti i passati 23 anni dall'introduzione in Costituzione. Il binomio quindi Lea/costi e fabbisogni standard è stato dal 2001 l'argomento principe del giorno, ma mai risolto. Lo strumento buttato alle ortiche, nonostante l'unico idoneo a mandare a casa la spesa storica, produttiva di disastri nella vita delle persone.

Il primo dei problemi è rappresentato dalla loro individuazione più attuale e conforme ai fabbisogni epidemiologici, da prevenire e reali, seguito da loro singolo finanziamento per assicurarli alla Nazione intera. Figuriamoci quanto lavoro ci vorrà con le Dtx.

### **A valle della sentenza del Tribunale delle leggi 192/2024**

Da una parte, si è imposta la riscrittura di alcuni dei pezzi della legge "Calderoli"; dall'altra, si è demolito l'esistente riguardante, quantomeno, il diritto sociale per eccellenza rappresentato dal binomio sanità/assistenza sociale.

Così facendo sono andati a farsi friggere i Lea, oramai onnicomprensivi di entrambe le materie, di cui al Dpcm 12 gennaio 2017, ovviamente "scaduti" per inadeguatezza ad affrontare il post Covid ed equivalenti epidemie. Ciò in quanto, per essere doverosamente rivisti, sarà necessario - come detto - ricorrere non più a Dpcm, bensì a decreti legislativi purché previsti in una legge delega da approvarsi a cura del Parlamento ovvero a provvedimenti straordinari dettati da una urgenza e una necessità indiscutibili. In un siffatto percorso è facile immaginare la difficoltà a prevedere con apposite e convincenti procedure tecniche l'inserimento tra essi delle DTx.

A fronte di una buona costruzione giuridica, costituzionale e attuativa, di un sistema erogativo, lasciato in sonno per 23 anni, capace di offrire i Lep della salute, costi standard uguali per tutti, fabbisogni standard da rivedere annualmente in modo differenziato per Regioni/prov. autonome, e di un certezza erogativa garantita dalla perequazione, il nulla.

Così come al gioco dell'oca, con la sentenza 192/2024 si ritorna alla partenza. Ma vi è di più, con regole complesse, cui la Consulta già ebbe modo di dare torto – accettando la logica dei Dpcm - nel 2002 e nel 2003. Più esattamente, con le sentenze n. 282, 407 e 510/2002 e l'88/2003, con le quali riconobbe il Dpcm come strumento idoneo a



rappresentare la corretta fonte normativa chiamata a determinare le prestazioni essenziali relative ai Lep/Lea. Una conclusione, questa, che dimostrò tanto di ragionevolezza, dal momento che suppose che le esigenze di salute non potessero essere “curate” attraverso lunghi processi legislativi.

Dunque, per le DTx, una volta provata la loro indiscussa idoneità e appropriatezza erogativa, sarà davvero complicato entrare nei Lea. Ciò in quanto dovranno essere previste per tipologia per ogni singola attività prestazionale. Un lavoro immane.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

Dir. Resp.: Luciano Fontana

Sanità in tilt Lettera della Regione alle Asl

# «Mancano le barelle, acquistatele subito»

di **Clarida Salvatori**

«Siamo consapevoli della delicata situazione e la stiamo monitorando con attenzione»: è questa la rassicurazione del presidente della Regione, Francesco Rocca, riguardo la situazione di sovrappollamento dei pronto soccorso degli ospedali di Roma e del Lazio in questo inizio del

nuovo anno. E per evitare che si aggiunga anche il problema delle barelle bloccate nei reparti d'emergenza, il direttore della direzione Sanità, Andrea Urbani, ha inviato una lettera ai direttori di Asl e aziende ospedaliere perché verifichino le reali disponibilità e provvedano all'acquisto qualora insufficienti.

a pagina 3

## La sanità

# Barelle come letti, ambulanze bloccate

Pronto soccorso in tilt, l'uso delle lettighe ferma i mezzi di emergenza e così aggrava la crisi degli ospedali. La Regione invita le Asl ad effettuare gli acquisti. Rocca: «Situazione delicata, stiamo monitorando»

«Siamo consapevoli della delicata situazione e la stiamo monitorando con attenzione»: il presidente della Regione, Francesco Rocca, è intervenuto sulla questione del sovrappollamento degli ospedali in questi primi giorni dell'anno, che stanno portando a lunghe ed estenuanti attese nei pronto soccorso. Una delle conseguenze dell'assalto è che spesso le barelle delle ambulanze vengono usate per i malati in fila nei dipartimenti di emergenza: così i mezzi di soccorso non possono più ripartire. Motivo per cui il direttore della direzione regionale Salute, Andrea Urbani, ha chiesto di acquistare le lettighe che mancano.

Infatti tra le azioni messe in campo in questi ultimi giorni per fronteggiare l'emergenza c'è anche la richiesta di «monitoraggio della dotazione standard delle barelle destinate e attive

nei pronto soccorso»: Urbani ha scritto ai direttori generali e sanitari di Asl e aziende ospedaliere, «al fine di contenere il fenomeno del "blocco delle ambulanze"» (ieri alle 13 erano appena otto), chiedendo di verificare che siano adeguate al numero di pazienti presenti e «qualora la dotazione attiva non fosse in linea con lo standard - si legge nella nota - di procedere all'acquisto delle barelle necessarie e garantire la piena disponibilità».

Eppure, ha spiegato il governatore, «dal 2023 al 2024 i tempi medi di attesa sono migliorati del 50 per cento per le prestazioni con classe di priorità urgente e di circa il 26 per quelle programmate. Lo stesso sta avvenendo nei pronto soccorso. Un lavoro lento e graduale ma visibile». Infatti nell'ultimo anno, nel tentativo di migliorare le prestazioni sanitarie e abbattere le liste d'attesa, sono sta-

te inserite tutte le prestazioni delle strutture convenvenzionate all'interno del Recup e sono stati assunti 14mila operatori. Grazie ai fondi per il Giubileo invece sono stati realizzati 34 interventi nei dipartimenti di emergenza e sono stati «affittati» 350 posti letto per ricollocare i pazienti arrivati dai pronto soccorso e che necessitano di ricovero: in modo da evitare che aspettino giorni e giorni su una lettiga nei corridoi dei reparti d'urgenza. «Questi sono fatti, al netto dei proclami di chi ha avuto dieci anni per cambiare il volto della sanità laziale e ci ha consegnato un Sistema sanitario regionale in ginocchio - concluso Rocca -. Continueremo a offrire risposte concrete ai



cittadini consentendo a tutti, specialmente ai più fragili, di vedersi garantito il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione».

E ieri, dopo aver incassato l'ok della commissione Sanità della Pisana, il presidente del Lazio ha firmato i decreti di nomina dei direttori generali di cinque aziende sanitarie, che resteranno in carica

per i prossimi tre anni. Si tratta di Giuseppe Quintavalle, che resta alla Asl Roma 1 dove era già commissario straordinario; così pure rimane nella Asl Roma 2 Francesco Amato; invece Silvia Cavalli, alla Asl Roma 5, arriva da Latina dove la sostituisce Sabrina Cenciarelli; Maria Paola Corradi, infine, va al

San Giovanni Addolorata dopo essere stata al Sant'Andrea all'Ares 118.

**Clarida Salvatori**  
© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Spostamenti

Nominati i direttori generali di cinque aziende sanitarie, che resteranno in carica per i prossimi tre anni

### Vertici

- Asl 1 Giuseppe Quintavalle (era già commissario);
- Asl 2 Francesco Amato;
- Asl 5 Silvia Cavalli;
- Asl Latina Sabrina Cenciarelli; San Giovanni Addolorata Maria Paola Corradi

Un paziente del pronto soccorso dell'Umberto I trasferito dall'area di emergenza alla breve osservazione (foto Giuliano Benvegnù)



Dir. Resp.: Luciano Fontana

NEGLI OSPEDALI

## Pronto soccorso in tilt, 900 malati cercano un posto libero

Ancora sotto stress il pronto soccorso del Lazio: anche ieri nei Dipartimenti di emergenza della regione è stata registrata una media di 2.500 accessi e 900 pazienti in attesa di vedersi assegnato un posto letto. La situazione è poi migliorata nel pomeriggio. Ma oltre a 800 persone era stato

assegnato un codice di urgenza differibile.

a pagina 3

### L'analisi

# Sono 900 i malati senza posto Per altri 800 pazienti però non servivano cure urgenti

Il gennaio difficile del pronto soccorso romani non accenna a placarsi. Anche ieri infatti gli accessi ai dipartimenti di emergenza di tutta la regione si sono mantenuti su livelli importanti e su numeri costanti: 2.500 in media nell'arco delle 24 ore. Con circa 900 pazienti in attesa di ricovero o trasferimento.

Dal controllo effettuato alle 14.30 sul portale SaluteLazio, il dato dei malati arrivati in ospedale con una qualche emergenza di tipo sanitario erano infatti 2.478, di cui 877 in trattamento, 172 in osservazione e 907 in attesa di ricovero. Gli ospedali più affollati erano per lo più i romani, a eccezione del Santa Maria Goretti di Latina che aveva già assistito 96 pazienti e lo Spaziani di Frosinone, dove i medici si erano già occupati di 86 persone: quelli con le attese più lunghe e numeri più elevati erano il Policlinico Umberto I e il Gemelli, rispettiva-

mente con 178 e 139 pazienti. Seguono Tor Vergata, con 126, San Camillo e Sant'Andrea, con 117 e 116. Meglio al Pertini e al Casilino che a ora di pranzo contavano 90 e 86 ingressi, Sant'Eugenio, San Giovanni e Campus Bio-Medico, tra gli 81 e i 75.

Ancora una volta quasi la metà di chi ha deciso di fare ricorso alle cure dei medici presentava urgenze differibili, cioè patologie o traumi che non comportavano rischio elevato di «compromissione delle funzioni vitali» e da trattare di conseguenza tra i 60 e i

120 minuti: in quella fascia oraria ben 380 dei codici in trattamento e 250 di quelli in attesa erano azzurri, a cui si aggiungevano altri 300 verdi.

Nel tardo pomeriggio, alle 18, i pazienti complessivi erano diminuiti ed erano scesi sotto la soglia dei 2.300, così come quelli in attesa di ricovero erano a quota 700. La lista degli ospedali più affollati restava sempre la stessa. Al Policlinico Umberto I dei 162 trattati, 42 aspettavano il posto letto; al Gemelli su 123 erano invece 62. Quaranta dei 115 di Tor Vergata dovevano essere trasferiti in reparto, come pure 39 dei 113 del Sant'Andrea e 68 dei 102 del San Camillo. Azzurati i codici rossi in attesa, 80 quelli già presi in carico. Il dato più alto di quelli in trattamento (otto) si registrava all'Umberto I. Trecento in totale nell'intera regione i codici arancioni. Tutto il resto, vale a dire oltre 800 persone, che hanno stazionato per ore nelle sale d'attesa, erano codici azzurri, verdi e bianchi (questi ultimi quasi 60).

#### I centri

I più affollati erano i policlinici Umberto I, Gemelli, Tor Vergata e San Camillo

#### La scheda

● Anche ieri situazione pesante nel pronto soccorso dei grandi ospedali. In totale c'erano 2.500 malati in media nell'arco delle 24 ore: di questi 900 in attesa di ricovero o trasferimento

**Cla. Sa.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**10** gen  
2025

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI



## Puglia: 10 milioni per rafforzare il record dei trapianti del Policlinico di Bari

di Vincenzo Rutigliano

L'ultimo paziente trapiantato di cuore del 2024 è stato un signore di 70 anni, un bresciano. Ha ricevuto il nuovo organo al policlinico di Bari, e prima di lui altri 72 pazienti. Per l'ospedale universitario ed il suo centro trapianti è un risultato record che lo colloca al primo posto in Italia per numero di interventi effettuati in una sola struttura, lo stesso di quelli effettuati in Lombardia, ma su più centri e con oltre il doppio della popolazione pugliese. In particolare il 75% dei cuori trapiantati è stato prelevato fuori dalla Puglia: il 10% fuori dall'Italia da donatori in Svizzera, Malta, Inghilterra, Francia e Grecia e il 65% da donatori di altre regioni. Sono stati 18 i pazienti in lista d'attesa trapiantati a Bari: 5 della Lombardia, 4 della Campania, 3 della Basilicata, 2 dalla Sicilia, 2 dalla Calabria, uno da Abruzzo e Molise. I 73 trapianti di cuore si aggiungono ai 149 effettuati per fegato e reni in tutto il 2024, 18 in più del 2023. Per il Policlinico l'impegno è incrementare ancora questi risultati. "Tra gli obiettivi 2025 - anticipa il dg del Policlinico, Antonio Sanguedolce - c'è l'attivazione dei trapianti multiorgano (fegato-rene, cuore-fegato-rene, cuore-rene) che comporta l'aumento della complessità chirurgica, l'azzeramento della lista di attesa dei 40 trapianti di rene da vivente e l'attivazione del programma trapianto di polmone e pancreas".



Per questo è previsto, sempre quest'anno, un piano con risorse per circa 10 milioni dedicato al programma dei trapianti per assumere 31 medici, 76 infermieri e 31 Oss. "In questa attività trapiantologica il policlinico - prosegue Sanguedolce - ha i tempi di attesa più brevi per i trapianti di cuore (7 mesi, media nazionale 41 mesi) e di fegato (4 mesi, media nazionale 20 mesi). E per consolidare questi risultati abbiamo istituito nell'ultimo anno il Dipartimento che coordina le 15 unità operative attive sul programma trapianti".

Dietro questi risultati vi sono dunque "buona gestione e ottimi professionisti", sottolinea a sua volta Giovanni Migliore, presidente Fiaso e dg del Policlinico di Bari dal 2018 al 2024. "E' un primato - aggiunge - frutto del lavoro di ottimi professionisti e di una buona organizzazione gestionale che negli ultimi sei anni ha portato a quadruplicare i trapianti nell'ospedale barese. Non si tratta solo di numeri: quando i pazienti hanno un problema di salute importante, il Ssn offre risposte efficaci ed eccellenti anche in aree del Paese in cui le difficoltà sono storicamente maggiori".

© RIPRODUZIONE RISERVATA