



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

01 Marzo 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA .it

Cuori stampati in 3D per tirocini, avviata raccolta fondi

01 Marzo 2023



L'associazione Bambini Cardiopatici nel Mondo, presieduta dal medico vicentino Alessandro Frigiola, il brand di abbigliamento femminile Vicario Cinque di Brendola (Vicenza) e la Banca delle Terre Venete hanno lanciato la campagna di crowdfunding #donauncuore sulla piattaforma Ideaginger.it, con l'obiettivo di raccogliere 15 mila euro necessari per la realizzazione e la stampa dei cuori 3D destinati ai progetti di formazione di medici e infermieri. Vicario Cinque ha organizzato e lanciato la campagna per tre mesi. L'associazione utilizzerà i fondi raccolti per far realizzare i cuori 3D e introdurli nei programmi di formazione per giovani medici. Banca delle Terre Venete ha donato 3.000 euro come primo esemplare donatore. Da 30 anni, grazie al supporto volontario di cardiocirurghi e specialisti, Bambini Cardiopatici nel Mondo opera per dare una speranza di vita ai piccoli affetti da cardiopatie, attraverso l'organizzazione di missioni operatorie all'estero e la costruzione di centri di



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

cardiochirurgia pediatrica. Organizza inoltre percorsi di formazione per il personale medico e chirurgico dei Paesi in via di sviluppo. Le cardiopatie congenite infantili rappresentano circa il 40% di tutte le malformazioni neonatali, con un'incidenza di circa 8-10 neonati su 1.000 solo in Italia. L'impatto di queste patologie sulla qualità di vita dei bambini non può essere fermato in quei territori dove la funzionalità dei sistemi sanitari è condizionata da carenze strutturali, tra le quali la mancanza di medici ed infermieri specializzati e dotati delle competenze necessarie per effettuare interventi chirurgici salvavita e terapie di follow up. Grazie alla stampa 3D, i giovani medici hanno a disposizione dei cuori artificiali di dimensioni reali e soprattutto degli artefatti stampati in base alle patologie e alle malformazioni da studiare e su cui effettuare il training prima di poter intervenire in sala operatoria. La donazione è aperta a tutti e parte da un minimo di 5 euro.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Asp di Ragusa, prorogati fino al 30 aprile i contratti dei precari Covid

Il provvedimento riguarda oltre il personale medico e socio-sanitario anche gli amministrativi. Ecco tutti i dettagli

1 Marzo 2023 - di [Redazione](#)

Sulla scorta della [direttiva di ieri](#) dell'assessorato alla Salute, l'**ASP di Ragusa** guidata dal commissario straordinario Fabrizio Russo (nella foto) ha deliberato la proroga, fino al prossimo 30 aprile, dei contratti del personale **medico e socio-sanitario** che rientra nelle previsioni numeriche e di spesa del Piano triennale del Fabbisogno 2022/24. Sono interessati i seguenti profili professionali: 22 medici (per 38 ore settimanali); 21 psicologi (3,5 ore); 133 infermieri (21 ore); 2 infermieri pediatrici (36 ore); 55 operatori socio-sanitari (36 ore); 2 assistenti sanitari (36 ore); 2 tecnici sanitari di laboratorio biomedico (36 ore); 5 assistenti sociali (7 ore). Inoltre, alla luce delle novità introdotte con il decreto **Milleproroghe**, e facendo seguito all'invito della Regione di "procedere a una celere ricognizione" del personale amministrativo per "individuare i profili esistenti nelle rispettive dotazioni organiche" in possesso dei requisiti di legge "nell'ottica di una prossima procedura di stabilizzazione", l'ASP ha prorogato i contratti di **6 collaboratori e 47 assistenti amministrativi**, nel limite massimo orario di 18 ore settimanali. Questo personale, anch'esso reclutato durante l'emergenza Covid, è ritenuto necessario all'espletamento di tutte le attività di gestione ordinaria.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Test di ingresso a Medicina, la Regione finanzia 30 borse di studio per studenti trapanesi

Il corso di preparazione ha un costo di 600 euro per ciascun partecipante ed è promosso e curato dall'Ente per il diritto allo studio di Messina

1 Marzo 2023 - di [Redazione](#)

Trenta borse di studio per altrettanti studenti iscritti al quarto o quinto anno delle scuole superiori e studenti universitari **della provincia di Trapani** offerte dalla Regione per seguire la prima edizione del corso di preparazione al superamento del test d'ingresso ai corsi di laurea dell'area medico-sanitaria ad accesso programmato a livello nazionale per il prossimo anno accademico 2023/24. «Il diritto allo studio passa anche dalla formazione e dalla preparazione ai test di accesso ai corsi di laurea a numero chiuso dell'area medico-sanitaria – dice l'assessore regionale all'Istruzione, **Mimmo Turano** – Un impegno a cui non intendiamo sottrarci come assessorato, garantendo un contributo *una tantum* a 30 studenti sotto forma di borsa di studio per seguire il corso e prepararsi adeguatamente ai test di ingresso, un'opportunità data dall'Ersu Messina agli studenti trapanesi e che parte da un prezzo politico accessibile». Il corso è aperto a quanti ne faranno richiesta, al costo di 600 euro per ciascun partecipante, ed è promosso e curato dall'Ente per il diritto allo studio di Messina, con l'obiettivo di fornire un sostegno didattico-metodologico agli studenti che intendono



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

intraprendere studi universitari di area medica e sanitaria che risiedono nella provincia di Trapani. L'Ersu Messina ha già implementato in passato corsi sperimentali di questa natura e, in particolare, nel 2017 un "corso di orientamento-progetto pilota" rivolto agli studenti provenienti dal liceo scientifico, interessati ad accedere alle facoltà di area medico-sanitaria, a cui hanno partecipato un centinaio di persone. Un'esperienza ripetuta nel 2018, con due tipologie di classi: una rivolta agli aspiranti studenti dei corsi di laurea in professioni sanitarie e una agli aspiranti studenti dei corsi a ciclo unico, quali Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi dentaria, che si sono svolti a Messina e a Barcellona Pozzo di Gotto. Il corso di preparazione ai test per l'accesso alle professioni sanitarie promosso dall'Ersu Messina si è svolto fino all'anno scorso in due edizioni (invernale ed estiva) e ha registrato numerose iscrizioni da parte degli studenti di quarto e quinto anno; al termine si è registrata anche un'alta percentuale di accessi ai corsi interessati.

Malattie rare, Mattarella: «La salute diritto di tutti»

IL MESSAGGIO

«Il dettato costituzionale relativo alla tutela della salute non consente eccezioni». Lo scrive il presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, in un messaggio diffuso in occasione della Giornata mondiale delle malattie rare. «Il tema scelto per celebrare la giornata - scrive il Capo dello Stato - è quello del "viaggio" che le persone con malattia rara devono sostenere prima di ricevere una diagnosi. Si tratta di viaggi della speranza che possono durare anche diversi anni, nel corso dei quali i pazienti e le loro famiglie intraprendono un percorso dia-

gnostico, terapeutico e assistenziale carico di aspettative che, molto spesso, vanno deluse. Anche quando la diagnosi viene formulata, la probabilità che non ci siano terapie specifiche per curare la patologia resta purtroppo ancora elevata».

«Diagnosi rapida e terapie efficaci - prosegue Mattarella - rappresentano priorità su cui concentrarsi per assicurare alle persone con malattia rara il diritto alle cure e a una assistenza socio-sanitaria che permetta loro di convivere il più serenamente possibile con la propria patologia. Fondamentale è la ricerca

scientifica: le innovative tecniche di sequenziamento del Dna stanno tracciando nuove vie rispetto alla capacità di fare diagnosi di precisione e personalizzate. Il recente insediamento del Comitato nazionale per le malattie rare suona da incoraggiamento verso la piena tutela del diritto alla salute».



L'Ocse spiega perché i conti dell'Italia sulla sanità non tornano

Roma. “La pandemia di Covid è stata una tragedia”. A metterlo nero su bianco è stato l’Ocse nel suo ultimo dossier “Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience”, ricordando gli oltre 6,8 milioni di decessi in tutto il mondo e l’aspettativa di vita diminuita in molti paesi nel biennio 2020-2021. A risentirne è stata anche l’economia con un Pil diminuito del 4,7 per cento nel 2020 nelle economie Ocse. Una tragedia che ci ha colti impreparati e che dovrebbe servire da lezione per affrontare nuove crisi che “potrebbero mettere a dura prova la comunità globale”. Tra queste, l’antibiotico resistenza, i conflitti armati, i cambiamenti climatici, la crisi finanziaria, le minacce biologiche, chimiche, informatiche e nucleari, i disastri ambientali ed i disordini sociali. Senza contare come anche l’invecchiamento e il cambiamento demografico stiano già mettendo a dura prova i sistemi sanitari aggravando l’impatto delle crisi. Costruire la resilienza dei nostri sistemi sanitari “non è mai stato così urgente”. La resilienza, spiega l’Ocse, “aiuta ad assorbire gli shock e accelera la ripresa”. Farlo ora è fondamentale per affrontare le minacce di domani. Per farsi trovare pronti, la ricetta proposta nel dossier prevede un investimento in tre settori chiave: personale sanitario; prevenzione primaria

e secondaria, vaccinazioni comprese; e dotazioni strutturali e tecnologiche e sistemi di raccolta dati e monitoraggio. In particolare, secondo l’Ocse, per rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari sarebbe necessario un investimento annuo mirato di almeno l’1,4 per cento del Pil. E l’investimento principale, circa la metà, dovrebbe riguardare il personale sanitario. Con questo surplus di investimenti la media di incidenza delle spese sanitarie sul Pil dei Paesi Ocse raggiungerebbe il 10,1 per cento, rispetto alla media di riferimento dell’8,8 per cento nel 2019. Una cifra che per l’Italia si tradurrebbe in un investimento aggiuntivo pari a circa 25 miliardi. Una spesa che potrebbe configurarsi a tutti gli effetti come un investimento dal momento che, come si spiega nel dossier, nel medio periodo è molto probabile che il ritorno in termini di vantaggi economici di questi investimenti mirati nel sistema sanitario superino notevolmente i costi. Solo con questa forte iniezione finanziaria si potrà evitare che i sistemi sanitari vengano “sopraffatti” dalla crescita di domanda di salute e dalle ricadute delle diverse crisi che ci attendono.

Un indirizzo, questo, in totale controtendenza sia rispetto a quanto previsto dalla prima manovra del governo Meloni, dove si prevede un rapporto fra spesa sanitaria e Pil su livel-

li inferiori a quelli precedenti alla pandemia già dal 2024 (al 6,3 per cento), per ridursi ancora di un decimo di punto nell’anno 2025; sia rispetto a quanto dichiarato dallo stesso presidente del Consiglio durante la conferenza stampa di fine anno. Allora Meloni spiegò come “i parametri degli anni precedenti erano di una realtà estremamente emergenziale. Non so quanto si possa ritenere che quello fatto durante il Covid sia il parametro anche per il futuro”. Parole che oggi vengono smentite non solo dall’Ocse ma dalla stessa realtà. Come poter affrontare la carenza di personale, la fuga di professionisti dal Servizio sanitario nazionale a causa dei bassi stipendi e delle pessime condizioni di lavoro, la riforma della medicina territoriale e il superamento delle liste d’attesa senza continuare ad investire con decisione nel settore al fine di ridurre quel gap mai risolto tra le risorse dedicate nel nostro paese al sistema sanitario e quelle dei principali partner europei?

Giovanni Rodriguez



DOPO IL COVID, NULLA È CAMBIATO

La lezione della pandemia è rimasta inascoltata: **ancora oggi la medicina del territorio è un disastro**. E non può essere sostituita da ospedali e da Pronto soccorso.

*di Paolo
Del Debbio*

Tre anni fa eravamo alle prime settimane di pandemia. Sarebbero lecite molte domande su cosa sia stata e quanto abbia influito in eventuali nostri cambiamenti. Certamente il mondo da questo punto di vista ha ancora molte ferite aperte rispetto al Covid. Del resto, solo guardando al bilancio di una regione, la Lombardia, i numeri rappresentano con ferocia quello che abbiamo attraversato. I decessi ufficiali sono stati 45.474, senza considerare i morti della terribile ondata del 2020 che non sono entrati neanche nelle classifiche. Anche se con una sottostima iniziale i casi accertati di positività sono stati 4.110.136. Ma la pressione più alta è stata quella registrata sugli ospedali lombardi nel marzo 2020 con ben oltre 8 mila pazienti ricoverati contemporaneamente nei reparti Covid. Basti pensare che oggi si aggirano intorno ai 170.

A essere usciti a testa alta da questa pandemia sono, come rileva una collega della *Repubblica*, Zita Dazzi, i medici e gli infermieri che si sono comportati eroicamente, in particolare nelle fasi in cui si trovarono disarmati per mancanza di vaccini ma anche addirittura di mascherine.

Certamente, dopo l'avvento del generale Francesco Paolo Figliuolo, la campagna vaccinale è stata rimessa sui binari e ha proceduto come avrebbe dovuto fin dall'inizio. Anche gli ospedali hanno dimostrato una capacità di reazione a un fenomeno sostanzialmente sconosciuto con grande abilità e abilità organizzative. Nel dramma che è stato il Covid si deve ricordare chi ha fatto il proprio dovere e le strutture che hanno funzionato. A rimanere, purtroppo, un problema totalmente aperto è la medicina territoriale o, se volete, dei medici di famiglia.

Del resto, fin dall'inizio della pandemia si avvertì questa mancanza e molto dell'affollamento negli ospedali e nei Pronto soccorso sarebbe stato, se non evitato, di sicuro attenuato dalla



presenza dei medici di base che sono un filtro indispensabile perché funzioni il sistema sanitario. Senza di loro è un disastro. Detto altrimenti, il Pronto soccorso non può sostituire il medico di famiglia. Così, invece, è avvenuto e continua ad avvenire. I medici di medicina generale, all'inizio della pandemia, si sono trovati letteralmente sommersi dalle richieste crescenti senza strumenti, senza cure, senza orientamenti di nessun tipo, anche nel procedere dell'emergenza, se non «tachipirina e vigile attesa», che più che un argomento medico terapeutico sembra richiamare un monito religioso della serie «prenditi questa tachipirina e speriamo che ti vada bene». Forse la più ridicola delle indicazioni date dal ministero della Salute.

Sempre attingendo all'articolo della collega della Repubblica riporto le considerazioni, purtroppo disastrose, rilasciate da Carlo Rossi, presidente dell'Ordine dei medici di Milano: «Siamo stati abbandonati senza rinforzi di personale, senza strumenti. Nemmeno il tracciamento era possibile sostenere. La pandemia non ha insegnato niente: nulla è cambiato dall'inizio, anzi forse è peggiorato. Si fa fatica a fare rete con il resto della sanità pubblica e fra di noi. Nemmeno avere avuto tante vittime

e tanti problemi ha fatto prendere coscienza di quel che c'è da fare. Se tornasse un altro virus sarebbe di nuovo un disastro. E non parliamo della carenza di comunità: sono scatole vuote, senza personale e senza un vero scopo».

Sono parole che fanno venire i brividi, soprattutto perché pro-

nunciate da chi rappresenta coloro che stanno sul campo. Non si tratta di un'analisi teorica, astratta o accademica che dir si voglia, ma sono dati, fatti, esperienze vissute in prima persona. Ebbene, di questa massa di problemi la medicina territoriale rappresenta una parte considerevole. Riforme sciagurate che si sono susseguite nel tempo, sia a livello nazionale sia regionale, l'hanno di fatto smantellata verso un modello in cui tutti i problemi devono convergere verso gli ospedali che - è noto anche a un bambino - non possono e non devono avere l'onere delle prime cure e di un primo contatto di tipo diagnostico che, invece, deve essere lo scopo principale dei medici di base. I concorsi per la professione vanno deserti sia perché i medici conoscono la situazione della medicina territoriale che è catastrofica (e se ne tengono ben lontani), sia perché gli stipendi non sono all'altezza. Tant'è vero che, in alcune parti del Paese, ormai si fa ricorso a dottori in pensione pagati a gettone (dai 70 euro l'ora in su), una follia. Speriamo che si torni in tempi non lunghi a una medicina territoriale rafforzata ed efficiente, senza la quale ogni riforma risulterà monca e inefficace. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ssn, gli specialisti preoccupano il ministero

Forte preoccupazione per i posti delle scuole di specializzazione in medicina non assegnati o abbandonati. Il ministero è pronto ad intervenire, mettendo in campo un piano che «crei le condizioni per rendere attrattivo il servizio sanitario nazionale, rendendo gratificante lavorare nella sanità». Sono le parole del ministro della salute Orazio Schillaci, intervenuto ieri a margine della cerimonia inaugurale dell'anno accademico dell'università di Pisa.

Tra i vari argomenti trattati, il ministro ha quindi messo l'accento sui dati, recentemente emersi, relativi ai posti nelle scuole di specializzazione in medicina, che vedono un tasso di non assegnazione o di abbandono pari al 18% (quasi uno su cinque, si veda ItaliaOggi del 24 febbraio). «Stiamo affrontando», le parole del ministro, «il tema delle borse delle scuole di specializzazione: il numero dei contratti che non sono stati assegnati o sono stati abbandonati è preoccupante, specialmente l'area della medicina di emergenza-urgenza vede una vera e propria fuga di giovani medici. Investire nei giovani», ha sottolineato Schillaci, «significa creare le condizioni affinché tornino a vedere attrattivo il servizio sanitario nazionale: lavorare nella sanità pubblica deve essere gratificante dal punto di vista economico e professionale. C'è l'impegno sinergico con l'università per offrire agli aspiranti medici un futuro di crescita ed eccellenza in Italia».

Il ministro ha poi anche parlato del nu-

mero chiuso per la facoltà di medicina: «sulle modalità di accesso alle facoltà di medicina stiamo cambiando qualcosa ma paghiamo gli errori di programmazione fatti nei dieci anni precedenti. Vedremo gli effetti di queste novità tra qualche anno secondo la durata del corso di studi». Focus anche sulle possibilità offerte dalle nuove tecnologie, in particolare per la telemedicina: «tra gli ambiti su cui intervenire c'è quello dello sviluppo delle innovazioni tecnologiche sempre più necessarie per offrire cure di prossimità, grazie alla telemedicina e alla teleassistenza, agli over 65 che nel 2050 rappresenteranno il 35 % della po-

polazione».

Oltre ai temi della formazione, infine, Schillaci ha anche posto l'accento sui recenti fatti di cronaca relativi ad aggressioni a operatori sanitari, con l'annuncio della convocazione dell'osservatorio dedicato: «purtroppo sono aumentate molto nell'ultimo periodo le aggressioni al personale sanitario e per questo abbiamo già fatto i primi interventi e convocato prontamente l'osservatorio per le professioni sanitarie per monitorare la situazione. Siamo vicini», ha concluso il ministro, «a tutti coloro che sono stati aggrediti. Credo che si debba trasmettere ai nostri cittadini fiducia nel Servizio sanitario nazionale soprattutto negli operatori».

Michele Damiani



Orazio Schillaci



Lo studio dei geriatri italiani

Accessi inutili nei Pronto soccorso, i giovani superano gli anziani

■ Gli accessi inappropriati al pronto soccorso? Non riguardano mica gli anziani. Sono i giovani, semmai, che si presentano di più all'accettazione senza un reale motivo. A dirlo è uno studio della Sigot, che poi è la Società italiana di geriatria ospedale e del territorio assieme alla Sigg (la Società italiana di gerontologia e geriatria): più si avanza con l'età e più ci si fa accorti, nel senso che, se si mette piede in ospedale, è perché i fatti lo giustificano. Gli over, insomma, ossia i nonnini, sono quattro volte già attenti dei 40enni a questo genere di cose: mica perdono (o fan perdere agli altri) tempo. Gli accessi ai reparti di emergenza, infatti, sono appropriati nel 10,7% dei casi per chi ha compiuto 40 anni e ne ha meno di 44; salgono a una percentuale di 36,8% nella fascia tra gli 85 e gli 89 anni e arrivano al 44,2% quando crescono anche le primavere sulle spalle (cioè si superano i 95 anni) di chi prende il numerino in ambulatorio e aspetta,

paziente, il suo turno. Il report in questione, tra l'altro, non è una di quelle ricerche di settore fatte da sbandierare in un qualche convegno tra addetti ai lavori e basta: è stato pubblicato anche sulla rivista *Geriatrics & Gerontology International* e si basa sui dati ufficiali del ministero della Salute (riferiti al 2015). Mette al vaglio tutto: i codici con cui vengono divisi i pazienti, la loro età e i ricoveri successivi che (guarda un po') vanno nella stessa identica direzione. Cioè pure la loro appropriatezza cresce con l'avanzare dell'età. «Su mille abitanti con più di 90 anni, riscontriamo 500 accessi all'anno», spiega Filippo Fimognari, uno degli autori, «mentre scendono fino a 200 nelle classi d'età inferiori». Però non si dica che le code per una visita, gli ingorghi in corsia e quelle ore passate ad attendere l'arrivo di un infermiera (che alle volte basta quella) siano da imputare ai vecchietti con qualche acciaccio (è fisiologico) da sistemare. Son tutti gli altri

che, magari per colpa delle liste d'attesa infinite o per pigrizia o per paura (c'è pure quello, il timore al limite con l'ipocondria più sfrenata), contribuiscono al carico eccessivo dei nostri pronto soccorso. «Solo nel 10% dei casi si registrano ricoveri appropriati tra i giovani e gli adulti, quattro volte in meno di quelli per gli anziani», continua Fimognari: «Talvolta si ritiene che l'ingresso degli anziani sia inappropriato perché sono affetti da patologie croniche» ma così, dati alla mano, non è.

CLA.OSM.



Denuncia dell'Ocse

Depressione, è boom in Europa La dipendenza dagli psicofarmaci

Andrea Di Consoli

Secundo l'Ocse dal 2000 al 2019 il consumo di antidepressivi in Europa è aumentato del 147%. Al primo posto si posiziona l'Islanda, con 153 dosi di farmaco ogni mille abitanti. A seguire il Portogallo con 131, la Gran Bretagna con 108 e la Svezia con 105. In Italia usano antidepressivi 39 abitanti

su mille, in tal modo attestandosi sotto la media europea. Uno spettro, dunque, si aggira per l'Europa: la depressione. Una parola generica che significa poco, e che racchiude in poche lettere una miriade di malesseri psicofisici, tutti diversi e tra di loro contrastanti.

Continua a pag. 35

Segue dalla prima

Depressione boom in Europa, consumiamo più psicofarmaci

Andrea Di Consoli

L'aspetto più inquietante di questa malattia è che nessuno riesce davvero a definirla. Di solito i disturbi psicologici che essa procura sono l'ansia, l'apatia, la sfiducia, il pessimismo, l'angoscia, l'abulia, la paura, l'ossessione, l'ipocondria, il ritiro sociale, il senso di colpa e di rovina, ecc. Sul piano fisico, invece, causa stanchezza, disturbi alimentari, dipendenze, capogiri, nausea, parestesie, tachicardia, ipertensione, disturbi gastrici, insonnia, ipersonnia, disfunzioni sessuali, ecc. Ma ogni depresso lo è a modo suo, e difficile è definire la depressione in maniera scientifica.

Cos'è, dunque, tutta questa depressione che flagella così pesantemente l'Europa? Sono anni che me lo chiedo, e sono arrivato alla conclusione che l'infinita galassia della depressione europea, ovvero occidentale, non è altro che la conseguenza di due giganteschi cambiamenti strutturali di epoca moderna: il diffondersi della società del benessere e il tramonto del religioso. La società del benessere riduce al minimo lo sforzo fisico, e aumenta la disponibilità di tempo libero. L'inattività fisica e il troppo tempo libero aumentano il rischio di sentirsi inutili e di finire intrappolati nel proprio io. Inoltre, non dover pensare a questioni emergenziali come difendersi fisicamente da nemici o lottare per la sopravvivenza porta la mente a interrogarsi con maggiore frequenza sul senso della vita, cosicché è facile arrivare alla conclusione di non avere uno scopo e che la vita non abbia alcun senso.

Tutto questo si lega al tramonto del religioso. Fino a qualche decennio fa l'Europa e, in generale, l'Occidente, erano profondamente segnati dalla fede religiosa. Poi, con l'affermarsi del razionalismo e della ricerca scientifica, è avvenuto un radicale processo di secolarizzazione, che ha portato la stragrande

maggioranza delle persone a non credere più in Dio e in una vita ultraterrena. Questo da un lato ha liberato l'Occidente da superstizioni e oscurantismi, dall'altro ha gettato le persone in una profonda angoscia di senso. Perché dare un senso alla malattia, al dolore, alla morte è difficilissimo, in assenza di una fede religiosa.

Non che nei Paesi poveri o ancora molto religiosi ci sia la felicità – pensarlo sarebbe francamente ingenuo e disonesto. Ma indubbiamente avere troppo – e noi tutti abbiamo troppo, almeno a confrontarci con le condizioni di vita delle epoche passate – fa apprezzare meno le cose che si hanno, mentre non credere in Dio rischia di farci diventare prede della paura, dell'angoscia e della disperazione. Tutto questo noi lo chiamiamo depressione, e la depressione ci dice che quando una società raggiunge un alto livello di benessere e si sgancia radicalmente dal sentimento religioso, il rischio è che le menti inizino a girare a vuoto, e a inventare fantasmi, ossessioni e minacce.

Vivere è sempre stato difficilissimo. La storia sociale della storia europea – tra guerre, carestie, sfruttamenti, persecuzioni, emigrazioni, terremoti, pandemie, ecc. – è prima di tutto una storia di dolore e di sofferenza. Ma nostra vita non arrivano più come prima



dall'esterno, ma da dentro. Siamo noi i principali torturatori di noi stessi, perché siamo sempre insoddisfatti, giriamo a vuoto, diamo per scontate molte cose e non riusciamo più a dare un senso alla nostra vita. Il più povero europeo di oggi vive meglio di un re francese del XVIII secolo, e tuttavia siamo profondamente infelici, e lo testimoniano i tanti psicofarmaci che consumiamo per placare le ansie e le angosce.

Ma indietro non si torna, come pure qualche conservatore vorrebbe. Così come non credo che le risposte arriveranno dalla ricerca scientifica, che si dichiara vicina alla scoperta della a-mortalità. La strada più giusta da percorrere è anche la più difficile: imparare a godere della vita per quello che è, condividere con gli altri le gioie e paure, non dare

niente per scontato, accettare con umiltà il dolore, riconnettersi con la natura, riscoprire semplicità ed essenzialità e riconoscere il miracolo di esserci. E, soprattutto, non crederci al centro del mondo, non esaurire tutto il tempo che si ha camminando nelle anguste stanze del proprio io. Ascoltare gli altri, sentirli per davvero, condividere con loro ciò che abbiamo e ciò che siamo è già un modo efficace di non cadere nel buco nero della depressione. La vera lotta, perciò, è andare incontro agli altri. Anche quando non lo vogliamo. Anche quando ci costa fatica. Anche quando ci sentiamo al sicuro tra le braccia soffocanti della solitudine. Perché insieme è tutto più facile e sopportabile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Genova Malata terminale, 23 anni Sofia sfida il tumore: «Cure in mio nome»

di **Agostino Gramigna**

Sofia, 23 anni, è nata a Genova e studia Medicina. Ha un tumore al cuore e poco tempo da vivere. Ha fondato l'associazione «Sofia nel cuore» che raccoglierà fondi per la ricerca.

a pagina 15



La sfida di Sofia al suo tumore «Ho poco tempo ma voglio essere utile agli altri»

Genova, l'associazione della 23enne

di **Agostino Gramigna**

Per la cena di compleanno della sorella, Sofia ha preparato una treccia genovese. Ne parla con flemmatico piacere. «È un'impasto della pizza farcito di pesto. Niente di complicato. Ma anche cucinare mi stanca». Le forze di Sofia diminuiscono. Giorno dopo giorno. Fatica a camminare. A novembre il suo stato di salute è peggiorato. Da allora trascorre gran parte del tempo in casa. Ma non si annoia. Racconta: «Mi sono data anima e corpo al progetto che avevo in testa. Non è stato semplice ma ce

l'ho fatta. L'associazione a cui ho dato vita è una bella realtà. E forse, in un certo senso, anche il mio futuro».

Suona strana e dolce allo stesso tempo la parola futuro nelle labbra di Sofia. Perché di futuro non ne ha molto. L'associazione di cui parla porta il suo nome: «Sofia nel cuore». Lo scopo è raccogliere fondi per finanziare la ricerca sulla malattia rara che l'ha colpita. «Non lo faccio per me — dice —. Tra un po' morirò. È per aiutare i malati del futuro». Ecco il suo futuro.

Sofia Sacchitelli ha 23 anni, è nata a Genova e studia Medicina. La malattia, un tumore al cuore, è stata diagnosticata a novembre del 2021. Ha scoperto che l'atrio destro del

suo organo ospitava un'enorme massa di cellule tumorali maligne chiamata angiosarcoma cardiaco. Una patologia rara, 2-3 casi per milioni di abitanti. Ha iniziato le cure. A Genova, al Niguarda di Milano e poi in un centro di Aviano. Inizialmente aveva reagito bene. Con i primi cicli di chemioterapia l'atrio destro del cuore di 10 centimetri per 7 si era ridotto a circa la metà. Poi



il tumore è tornato a espandersi. Anche ai polmoni.

C'è stato un momento in cui Sofia ha pensato di sospendere le cure, di spegnere tutto. Stanchezza fisica, ospedali, drenaggi. «Ero depressa e avevo attacchi di panico — continua —. La famiglia s'è riunita. La mamma era l'ottimista. Provaci ancora, mi incoraggiava, non restare con il dubbio, magari funziona. Dall'altra parte mio padre, il pessimista. Diceva che non c'era più niente da fare. È stata la dottoressa a convincermi che avrei dovuto andare avanti con la chemio». Non ci pensa più a spegnere tutto. «Cedere sarebbe come una sconfitta. Credo nel destino. Ognuno di noi ne ha uno».

I drenaggi le impediscono

di condurre una vita normale. Aveva un esame di medicina il 22 dicembre. Non l'ha dato. Gliene mancano ancora sette del quinto anno. Dice: «Vorrei laurearmi». Ma è una corsa contro il tempo. I sintomi? «Il primo, la tosse. Ho pensato di aver preso freddo. Poi è comparsa la febbre. Dopo qualche giorno la nausea e il vomito. Tutti sintomi aspecifici, si chiamano così. Ho perso peso e le gambe si sono gonfiate».

Non ci sono stati altri casi in famiglia e considerata la giovane età ha chiesto all'oncologa una spiegazione. «Mi ha risposto: solo sfiga». Non è scientifica ma è l'unica definizione per descrivere la formazione della massa nel cuore che ha prodotto liquidi at-

torno all'organo e ai polmoni. In quel cuore dove batte un amore forte: la Sampdoria. «Sono abbonata alla curva sud dall'età di nove anni. Allo stadio ci sono andata finché ho potuto» (nei giorni scorsi la società Sampdoria ha dato molto spazio all'associazione di Sofia attraverso il proprio sito).

Il tumore è talmente esteso che ha capito presto di non avere più speranze di vita. «È una frase terribile da sentire, da pensare. Ma allo stare a casa a piangere o deprimermi preferisco trascorrere il tempo che mi resta con le persone. Stare con gli amici è bello. Mi è sempre bastato». La normalità. «È bello alzarsi ogni mattina per andare all'università, studiare il pome-

riggio, buttarsi in palestra. La mia normalità. Ero felice. Vorrei vivere ancora una giornata così».

Ritorna ai fornelli. La festa della sorella inizierà tra poco. «La cucina non mi piaceva. L'ho scoperta, non è niente male. Ho cominciato pure a sperimentare».

Sogni e destino

«Credo nel destino. Sono al quinto anno di Medicina e vorrei tanto laurearmi»

Le domande

«Ho chiesto alla mia oncologa perché proprio a me. "Solo sfiga", mi ha risposto»



Studentessa Sofia Sacchitelli, 23 anni, è nata a Genova e studia Medicina

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



Gettonisti il salasso

In Piemonte decuplicato il ricorso ai medici a chiamata
E la Corte dei conti scrive al ministro: "Cambiare rotta"

IL DOSSIER

MASSIMILIANO PEGGIO

La girandola dei medici a gettone: camici itineranti che fanno spola da un pronto soccorso all'altro, da una chirurgia all'altra per tamponare i buchi di organico. Medici pagati a incarico. E non poco. Un fenomeno in «preoccupante» aumento che impoverisce le finanze statali e rischia di ridurre la qualità professionale.

Da Torino a Roma si diffonde l'allarme dei magistrati della Corte dei Conti: per salvare la sanità pubblica dalla penuria di medici, dalle liste d'attesa interminabili per prestazioni diagnostiche e specialistiche, dall'assedio di pazienti in barella, servono nuove strategie, risorse e soprattutto più personale «stabilizzato» negli ospedali.

Nei giorni scorsi la presidente della sezione controllo della magistratura contabile piemontese, Maria Teresa Polito, a conclusione dell'analisi annuale del bilancio della Regione, ha deciso di scrivere al ministro della Sanità, Orazio Schillaci per sollevare l'allarme sulla proliferazione dei contratti a gettone in corsia. «Questa situazione - afferma la presidente Polito -, che i dirigenti ospedalieri conoscono bene ma non riescono ad arginare, sta assumendo livelli al-

larmanti: occorrono soluzioni tempestive per porvi rimedio. Soprattutto in vista degli importanti investimenti connessi al Pnrr: le assunzioni periodiche e temporanee fino al 2026 del personale sanitario, ad esempio, non possono considerarsi delle soluzioni adeguate rispetto agli investimenti individuati per la creazione delle case e degli ospedali di comunità».

Negli ultimi anni le aziende sanitarie regionali hanno fatto sempre più ricorso a contratti a tempo determinato, affidandosi a convenzioni con cooperative professionali per sopperire alle carenze di medici nei reparti che forniscono servizi essenziali. Un riflesso, osserva la Corte dei Conti, di una programmazione inadeguata che non ha difeso la qualità della sanità pubblica. Alterando così il bilanciamento tra domanda sanitaria e offerta di medici per soddisfarla.

Nelle 18 aziende ospedaliere piemontesi, si legge nella relazione presentata ieri a Torino in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario della magistratura contabile, questi rapporti sono quasi decuplicati. Un salasso. E non solo. I giudici della sezione controllo, incaricati di vigilare con un'ottica preventiva sui bilanci degli enti pubblici, hanno rilevato il sistematico «ab-

bandono delle strutture pubbliche da parte dei medici». Un cambio di rotta verso il settore privato che «accentua i costi del servizio sanitario e non assicura quella continuità assistenziale adeguata».

Colpa della continua girandola degli incarichi a gettone. I medici finiscono così per lavorare in ospedali diversi, a contatto con esperienze diverse, perdendo in altre parole «continuità formativa». Tutto ciò a scapito dei cittadini: da una parte nelle veste di contribuenti, attraverso le tasse, e dall'altra come pazienti, quando vengono ricoverati o sottoposti a visite. Poi c'è un altro problema. Le verifiche sui rapporti di convenzione. «Questa frammentazione di incarichi da un ospedale all'altro - aggiunge la presidente Polito - non rende agevole l'attività di verifica». E aggiunge: «Non esistono regole di accreditamento che impongono standard comuni nella definizione delle convenzioni». Infine, cosa tutt'altro che trascurabile se si considerano gli incarichi in ballo, «i controlli che le aziende sanitarie dispongono sui servizi resi



vengono svolte ex post».

Anche la procura regionale del Lazio ha acceso un faro sul fenomeno. «La questione – ha detto il procuratore Pio Silvestri – è di recente esplosa in tutta la sua problematicità mettendo in rilievo le difficoltà in cui opera, a causa della mancanza di personale e di retribuzioni non sempre adeguate, il personale medico del servizio pubblico. Il nostro intento sarà quello di verificare possibili omissioni nella individuazione di profili organizzativi che potrebbero consentire alle aziende ospedaliere,

di far fronte alle esigenze della medicina soprattutto quella di urgenza».

Soluzioni? Per invertire la rotta si potrebbe rivedere la regola del numero chiuso a medicina o alzare l'asticella dei li-

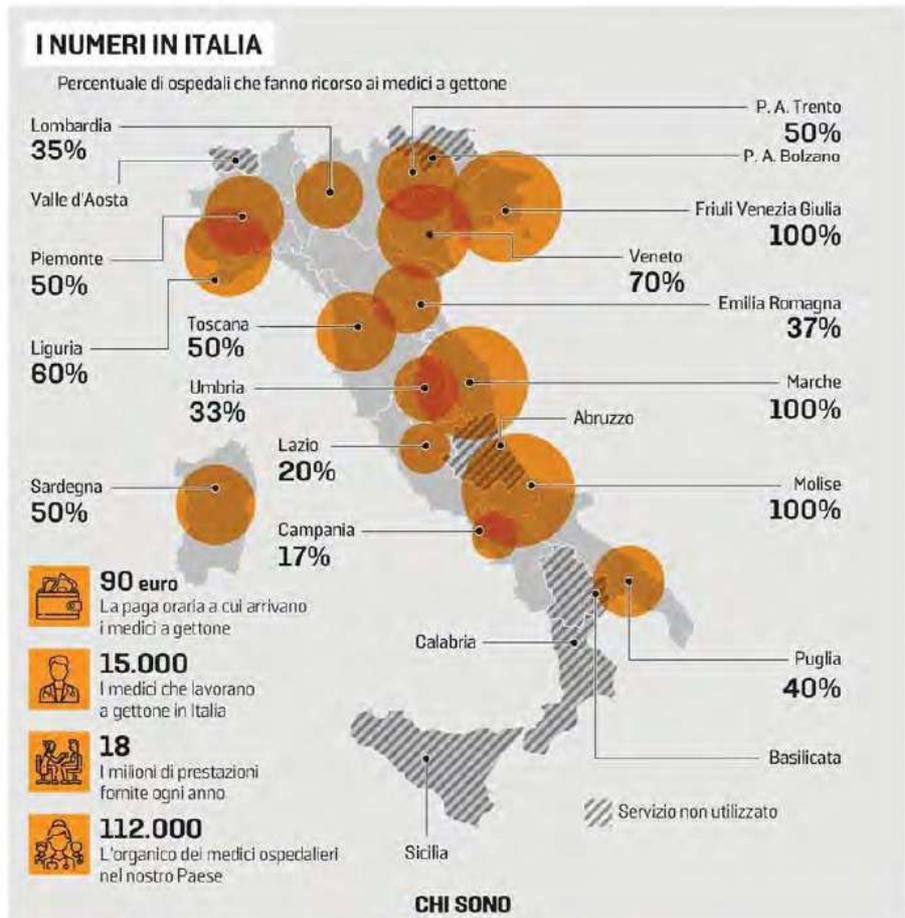
miti nei bandi per le scuole di specializzazione. Oppure restringere i piani di «rientro nelle regioni con elevati disavanzi finanziari». In altri ter-

mini, poi, il ricorso ai medici a gettone, sottolineano i giudici piemontesi «è una formula organizzativa non adeguata, sia sotto il profilo economico-finanziario, sia della qualità del servizio reso, con evidente danno di un diritto essenziale come quello della salute, costituzionalmente tutelato». —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I giudici piemontesi
“Accentua i costi
e non garantisce
continuità assistenziale”**

Il nodo delle verifiche sulle convenzioni “Non ci sono standard comuni”



CHI SONO



Neolaureati
in attesa
della specializzazione



Liberi professionisti
con doppio lavoro



Medici ospedalieri
andati in pensione
a 62-63 anni



Medici che si sono
licenziati
dagli ospedali
pubblici



Medici stranieri
non ammessi
ai concorsi pubblici
che escludono chi
non ha la cittadinanza

Fonte: Indagine di Simeu per la Stampa, dati giugno 2022

WITHUB



IL NUOVO DG DELLA SANITÀ

Annicchiarico: «Le liste d'attesa si possono ridurre. Priorità»

VENEZIA Da oggi la Sanità veneta ha un nuovo dg, Massimo Annicchiarico. Priorità: abbattimento delle liste d'attesa e stop alle coop. Intanto i medici di famiglia annunciano lo sciopero. a pagina 5



Liste d'attesa e stop medici a gettone le priorità del nuovo dg della sanità

Annicchiarico si presenta. E intanto i dottori di famiglia annunciano lo sciopero

VENEZIA Da oggi il Veneto ha un nuovo dg della Sanità, Massimo Annicchiarico, strappato da Palazzo Balbi al Lazio. Ieri, a sorpresa, la presentazione ufficiale. E Annicchiarico ha delineato le priorità del suo incarico: liste d'attesa, capacità attrattiva del Sistema sanitario regionale soprattutto per gli specialisti più ricercati, dagli anestesisti ai medici dell'urgenza-emergenza. Infine, non per importanza, medicina territoriale e uno stop perentorio all'uso delle cooperative per coprire i buchi d'organico in ospedale.

Era presente anche il suo predecessore, Luciano Florche, nel passare il testimone, ha rinnovato la propria disponibilità. Annicchiarico, che ha già incontrato i dg delle aziende sanitarie, punta a «mantenere il livello di avanguardia della sanità veneta fino a farlo diventare un punto di riferimento internazionale». Sulle liste d'attesa non promette la

luna: «Non esistono ricette per abatterle, se ci fossero, sarebbero vendute come il pane. È però un tema che può essere gestito con buoni risultati per i cittadini. Non è solo un discorso di risorse ma di organizzazione del lavoro». Impossibile evitare il nodo della carenza di medici: «È un problema di programmazione e in via di superamento. Diverso il discorso per le specializzazioni. A fronte di discipline fin troppo affollate, per Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, Anestesia e Medicina d'urgenza la Regione prevede interventi mirati in grado di incrementare l'attrattività del sistema pubblico. Ci sono tutte le premesse perché gli specialisti scelgano il sistema sanitario del Veneto — ha aggiunto Annicchiarico —. Tutto ciò passa pure attraverso una serie di valutazioni tecniche con le altre Regioni, anche nel rispetto dell'autonomia. È un tema normativo».

Duro su medici a gettone e

cooperative: «Le cooperative sono una distorsione del sistema, da riposizionare su una stabilità del personale dipendente, che abbia la consapevolezza delle proprie responsabilità. Non si possono assumere se si lavora con le modalità delle coop. Si deve restare nell'alveo dei rapporti di lavoro che il contratto collettivo ci offre». La sanità veneta, infine, secondo il dg si regge pure sulla medicina territoriale, «complementare a quella, sempre di alta qualità e alta professionalità, dei grandi centri di ricerca, dove vengono curate le patologie acute e complesse».

E proprio il territorio potrebbe rappresentare il primo grattacapo per Annicchiarico, perché i medici di famiglia hanno proclamato lo stato di



agitazione. Le prime a prendere posizione, il 27 febbraio, sono state le sigle di categoria Smi e Snami, che annunciano 48 ore di sciopero nella settimana del 20 marzo e la chiusura degli ambulatori per tutta quella successiva. Oggi dovrebbe annunciare lo stato di agitazione anche la Fimmg, che ieri ha tentato un ennesimo confronto con l'assessore alla Sanità, Manuela Lanzarin, affiancata dai tecnici Claudio Pileri, direttore della programmazione sanitaria, e Antonio Maritati. Ma è andata male. Tre i temi caldi sul tavolo: la mancata convocazione della delegazione trattante e del nuovo Comitato regionale per la presentazione dell'integrativo relativo all'accordo quadro nazionale, quindi sol-

di; la mancata illustrazione della riorganizzazione territoriale predisposta dalla Regione in base alle direttive nazionali, che prevede l'attivazione delle Case di Comunità e una sorta di para-dipendenza dei medici di base, sempre liberi professionisti in convenzione ma tenuti a rispondere a direttori e manager dei Distretti; l'assenza dell'annunciato tavolo per la definizione delle tecniche di informatizzazione, che faciliterebbe il lavoro dei medici di famiglia, operati dalla burocrazia, e farebbe dialogare meglio ospedali e territorio. «L'assessore Lanzarin ha perso un'occasione — commenta Giampietro Stefani, segretario della Fimmg Vicenza, presente al vertice di ieri — le abbiamo proposto di partire con un

confronto concreto sul nuovo modello delle cure primarie, ma non ha voluto esporlo. E sull'integrativo ha preso tempo». «Ci stiamo lavorando — replica Lanzarin — ma prima di convocare i tavoli ed esporre il piano, dev'essere adeguatamente informato su tutto il dottor Annicchiarico».

**Martina Zambon
Michela Nicolussi Moro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Specialisti cercasi

Fra gli obiettivi del manager c'è il reclutamento di specialisti, dai pediatri agli anestesisti

Chi è

● Massimo Annicchiarico è il nuovo direttore generale della Sanità veneta. Arriva dalla Regione Lazio

● Medico, nato nel 1958 a Taranto, si è laureato a Bologna con lode e si è specializzato in Medicina interna e Cardiologia

● Specializzato in management sanitario alla Bocconi, rappresenta la Conferenza Stato-Regioni in commissione sanità militare



In Regione
Da sinistra il presidente del Veneto, Luca Zaia, e il nuovo direttore generale della Sanità regionale, il dottor Massimo Annicchiarico, medico e già dg della Regione Lazio



LA SANITÀ IN CRISI

Esami medici,
attese lunghe:
il 20% rinuncia

Per colpa delle liste d'attesa nel Lazio il 20% dei cittadini ha preferito pagare una visita privata. E un altro 20% ha rinunciato a farsi curare. È quanto emerge da una indagine di Cittadinanzattiva.

a pagina **6** **Salvatori**

Il dossier

«Liste d'attesa troppo lunghe,
il 20% si rivolge ai privati»

Liste d'attesa infinite nel Lazio. Che costituiscono anche un deterrente per chi ha necessità di curarsi o di approfondire una situazione clinica: e così una percentuale importante di pazienti rinuncia a visite e controlli, che siano essi di routine, programmati o mirati alla prevenzione.

È quanto emerge dal monitoraggio civico condotto da Cittadinanzattiva, dal 15 al 25 febbraio, su 534 cittadini (il 68,1% donne e il 31,9 uomini, al 49,3% over 65, il 79,7% residente a Roma e provincia). «Oggi, a distanza di 3 anni, e dopo il Covid, chiediamo che la Regione imponga alle Asl e alle aziende ospedaliere pubbliche l'inserimento del 100 per cento delle agende nel sistema Recup (Centro unico di prenotazione regionale, ndr) entro 3 mesi»: è la prima proposta di Elio Rosati, segretario regionale Cittadinanzattiva.

Questo per evitare, come purtroppo spesso accade, che per una visita gastroenterologica all'ospedale di Viterbo i pazienti debbano aspettare un anno intero o, come raccontato da chi è in cura nel reparto di oculistica del San Pietro di Roma o dello Spaziani di Frosinone, che da due anni aspettino la chiamata per sottoporsi a un in-

tervento di cataratta.

Gli esami diagnostici restano i più difficili da prenotare nelle strutture pubbliche (per il 42,5% degli intervistati). Seguono le prime visite specialistiche con il 28,8, gli interventi chirurgici (8,2%), le visite di controllo/follow up (5,5%) e gli screening oncologici (4,1%).

Il 36,5% degli intervistati ha poi avuto difficoltà già al momento della prenotazione della prestazione sanitaria, per attese troppo lunghe prima di riuscire a parlare al telefono con un operatore del Recup e per la mancanza del rispetto dei codici di priorità. Per esami urgenti (indicati con la lettera U sulle ricette mediche) la tempistica dei tre giorni non viene rispettata in un caso su due; per quelli brevi (B) il limite dei 10 giorni non vale un caso su tre; per le visite differite (D) nei 30 giorni non si riesce a prenotare una volta su 5; e infine per le programmate i 120 giorni vengono rispettati nel 50% dei casi. Altra problematica molto sentita è quella della distanza dal domicilio alla struttura sanitaria.

Tutto questo ha avuto delle conseguenze. Solo il 41,4% del campione ha atteso la prestazione nel servizio pubblico. Il 20% ha

preferito pagare una visita privata in intramoenia. E un altro 20% ha direttamente rinunciato per mancanza di tempo e di disponibilità economica.

«Nel Lazio c'è una carenza importante di specialisti. E questo fattore contribuisce ad aggravare ancora di più la situazione delle liste d'attesa - ha spiegato ancora Elio Rosati di Cittadinanzattiva -. Ora chiediamo che l'Osservatorio regionale per il governo delle liste di attesa e gli osservatori aziendali siano immediatamente riconvocati e strutturati in modo tale da garantire una riunione operativa massimo ogni sessanta giorni».

Clarida Salvatori

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Rosati (Cittadinanzattiva)
Nel Lazio c'è una carenza importante di specialisti e questo contribuisce ad aggravare la situazione



Una dottoressa misura la pressione a un paziente: i tempi delle visite specialistiche sono molto lunghi



SANITÀ CATTOLICA

Risanamento dell'Idi, piano da 80 milioni

È stato uno dei buchi neri della sanità cattolica, ma ora le cose sono cambiate. L'Idi, l'ospedale dermatologico romano noto come "Monte di Creta" controllato dalla Fondazione Luigi Maria Monti, ha varato un piano di ristrutturazione e sviluppo per 80 milioni. La Fondazione annuncia che si è chiusa «definitivamente la partita dei debiti finanziari ereditati dal passato e si assicura le risorse necessarie per avviare un significativo piano di investimenti per la sede di Roma e per le altre strutture del territorio». L'Idi oltre dieci anni fa fu travolto da uno scandalo che coinvolse i vertici dell'ordine dell'Immacolata Concezione, tanto che la Santa Sede commissariò tutta la struttura. La situazione economica era drammatica: fu fatta la cifra di 600 milioni di debiti complessivi e una crisi di liquidità determinata anche da presunte appropriazioni indebite. Una bomba che portò all'intervento del Vaticano – se ne interessò direttamente Francesco – con

un versamento di 50 milioni da parte dell'Apsa (dopo un rifiuto da parte dello Ior). La crisi dell'Idi (associata ad altre situazioni critiche, soprattutto per la Casa del Sollevio della Sofferenza, in Puglia) ha indotto il Papa a creare una struttura di vigilanza sulla sanità cattolica, e di recente anche una fondazione dedicata, che lo scorso anno ha salvato, assieme alla Fondazione Del Vecchio, il Fatebenefratelli-Isola Tiberina. L'Idi conta circa mille dipendenti e 12mila ricoveri annui.

—Ca.Mar.

▷ RIPRODUZIONE RISERVATA



Il leader Cisl Sbarra: «Sanità e autonomia il Sud a rischio»

Settimana lavorativa
di quattro giorni?
Si può cominciare
dal Mezzogiorno

Nando Santonastaso
a pag. 7



 L'intervista **Luigi Sbarra**

«Settimana di 4 giorni? Sì e iniziamo dal Sud»

► Il segretario della Cisl: «Stellantis potrebbe dare il via all'esperimento»

► «Attenzione, su Autonomia e sanità rischiano di aumentare i divari territoriali»

Nando Santonastaso

Segretario Sbarra, uno studio inglese rilancia la possibilità della settimana cortissima per accrescere la serenità dei dipendenti e la loro produttività. In Italia si potrebbe lavorare solo 4 giorni su 7?

«È una grande sfida per il sindacato e per tutto il mondo produttivo, da cogliere attraverso la contrattazione - risponde Luigi Sbarra, segretario generale della Cisl -. Una ricetta che la Cisl ha sostenuto fin dagli anni Settanta per accompagnare le trasformazioni tecnologiche, redistribuendo il lavoro in modo da

salvaguardare occupazione, aumentare i salari, radicare gli investimenti, rilanciare la produttività e qualità del lavoro. L'opportunità della settimana corta va connessa al progresso tecnologico, all'evoluzione organizzativa nelle aziende, ad incrementi di produttività collegati alla formazione permanente dei lavoratori». **Lo Stato come potrebbe favorire**

il processo?

«Incentivando gli accordi aziendali per la riduzione dell'orario o il part-time agevolato. Già molte aziende in Italia stanno praticando questa strada che potrebbe essere adottata



negli stabilimenti del gruppo Stellantis, ad esempio, a cominciare dal Mezzogiorno. Bisogna essere pragmatici, penso a un accordo tra sindacati, imprese e governo che metta al centro leve fiscali concrete. Chiediamo di aprire una fase sperimentale, individuando 100 imprese grandi e medie dove trasformare, su base volontaria, accordi di produttività in riduzione oraria. E poi bisogna favorire la partecipazione dei lavoratori alla gestione delle aziende. Nei prossimi giorni la Cisl presenterà la sua proposta di una legge di iniziativa popolare per applicare finalmente l'articolo 46 della Costituzione. Un'altra grande sfida».

A proposito di Stellantis, l'elevato target di efficienza raggiunto dagli stabilimenti del Sud fa definitivamente tramontare il pregiudizio sui meridionali fannulloni?

«Voglio davvero sperarlo. Chi dà giudizi sul capitale sociale di un territorio guardando alla latitudine non ha ben presente che, storicamente, l'industria di questo Paese è stata sorretta dai meridionali emigrati nelle zone forti del Paese. Quanto al merito: la capacità produttiva e i risultati che gli impianti di Stellantis hanno raggiunto stabilmente al Sud sono il frutto non solo di investimenti strategici compiuti negli anni, ma soprattutto del continuo lavoro che un sindacato partecipativo e responsabile come la Cisl ha fatto e continua a fare per modernizzare le relazioni sindacali, per garantire efficienza, produttività, aggiornamento delle competenze dei lavoratori. Ora c'è la sfida dell'auto elettrica che ovviamente va affrontata e vinta».

Ma la scadenza del 2035...

«È essenziale governare insieme il passaggio, con un intervento concertato e organico sull'automotive e, più in generale, sulla politica industriale dell'Europa e del nostro Paese. Bisogna sbloccare

massicci investimenti su innovazione, politiche energetiche, ecosistemi e infrastrutture nelle città. Va istituito un fondo sovrano europeo per una transizione tutelata, per accompagnare le riconversioni industriali, proteggendo, rilanciando e riqualificando l'occupazione. In gioco c'è il destino di 70mila lavoratori, ai quali si aggiungono gli occupati dell'indotto. Questi rischi non possono ricadere su famiglie già colpite nei redditi e nella qualità della vita».

Con la stretta sul Superbonus, quanto rischia l'edilizia?

«Si rischia uno shock su moltissime imprese edili, con effetti pesantissimi sull'occupazione. Governo e Parlamento devono cambiare e migliorare la norma sul Superbonus. Bisogna trovare una soluzione equilibrata per disincagliare i crediti fiscali di quanti hanno regolarmente effettuato i lavori, spingendo sull'acquisto da parte di banche e altri attori economici. I bonus edilizi sono stati e restano strumenti importanti per la ripartenza dell'economia e del lavoro: l'errore è stato quello di non collegarli in modo strutturale alle fasce di reddito più deboli e alle classi energetiche più basse, con particolare riguardo all'edilizia popolare».

Il governo ha anche modificato la governance del Pnrr e della Politica di Coesione: siete rimasti sorpresi?

«È stato un "blitz" che non ci è piaciuto prima di tutto nel metodo, perché è intervenuto in modo unilaterale su strumenti negoziati con le parti sociali. Ma poi, senza una governance partecipata dal sindacato e dalle imprese, senza una bussola sociale agli investimenti, il Pnrr rischia di trasformarsi nella più grande occasione persa degli ultimi 50 anni. Lo diremo proprio oggi al ministro Fitto: al di là del Pnrr, serve chiarezza per capire che ruolo si vuole dare al

dialogo sociale. Su pensioni, salute, sicurezza, contrasto all'inflazione, fisco, investimenti, il governo sembra dare segnali di letargia. Alcuni tavoli sono partiti, ma la qualità del confronto è calata, inutile negarlo».

I sindaci hanno chiesto al governo di sospendere l'iter del ddl Calderoli sull'autonomia regionale. Che ne pensa?

«Fanno bene. Una riforma di tale importanza deve essere progettata e attuata con il pieno coinvolgimento del Parlamento, del sistema delle autonomie locali e delle parti Sociali. La Cisl non ha posizioni pregiudiziali ma un punto dev'essere chiaro: si deve puntare a rafforzare e non indebolire l'unità e la coesione nazionale. E bisogna assicurare adeguate forme di perequazione per i territori con minore capacità fiscale, a partire dal Mezzogiorno».

Intanto molti ospedali, da Napoli a Roma, sono al collasso. Come se ne esce, segretario?

«Siamo molto preoccupati. Dopo 20 anni di politiche sanitarie fatte di tagli indiscriminati siamo oggi alla mancanza di 70mila infermieri e 30 mila medici, con quasi 100mila posti letto in meno e la chiusura di centinaia di reparti e di piccoli ospedali. L'occasione del Pnrr doveva portare a una svolta definitiva. E invece da quest'anno e per l'anno successivo sono previsti nuovi tagli. Dobbiamo spezzare le disuguaglianze che separano Nord e Sud. E poi sarebbe il caso di riconsiderare il caparbio rifiuto delle risorse messe a disposizione dal Mes sanitario».

SERVE DIALOGO SOCIALE E UNA BUSSOLA PARTECIPATA SUGLI INVESTIMENTI: OGGI LO DIREMO A FITTO IN MERITO AL PNRR

