



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**22 Maggio 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

**ragusanews.com**

## Prelievo di organi su un paziente deceduto in ospedale a Modica

**Donati fegato e reni**



Modica – È terminato alle 9.30 di sabato mattina, dopo cinque ore, il prelievo d'organi su un paziente maschio di 71 anni ricoverato presso il reparto di Terapia intensiva dell'ospedale "Maggiore-Baglieri" di Modica.

Dopo l'accertamento di morte cerebrale, acquisito il consenso alla procedura dai familiari, e ottenute le necessarie indicazioni da parte del CRT (Centro regionale trapianti), sono entrate in azione l'équipe chirurgica dell'Ismett di Palermo e quella dell'Unità Operativa di Rianimazione del P.O. di Modica, diretta dal dottor Rosario Trombadore, che hanno provveduto al prelievo di fegato e reni.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

ragusaoggi.it  
*ci mettiamo il becco!*



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## Donati gli organi di un paziente di 71 anni ricoverato al Maggiore di Modica

Prelievo d'organi all'ospedale Maggiore-Baglieri di Modica. **L'espianto è avvenuto su un uomo di 71 anni che era ricoverato in terapia intensiva.** Accertata la morte cerebrale, acquisito il consenso da parte dei familiari e ottenute le necessarie indicazioni da parte del CRT (Centro regionale trapianti), **sono entrate in azione l'équipe chirurgica dell'Ismett di Palermo e quella dell'Unità Operativa di Rianimazione del P.O. di Modica**, diretta dal dottor Rosario Trombadore, che hanno provveduto al prelievo di fegato e reni.

### L'EQUIPE MEDICA

La procedura d'espianto è stata effettuata con il prezioso contributo del dott. **Guglielmo Scimonello**, il dott. **Vito Marullo** e la preziosa collaborazione delle infermiere **Rosanna Tizza**, **Martina Burgaletta** e tutta l'équipe infermieristica della Terapia intensiva, compresi i medici che si sono alternati durante le fasi del prelievo per garantire la continuità assistenziale nel favorire l'intero percorso. Preziosa anche la collaborazione dell'équipe infermieristica del blocco operatorio di Chirurgia del "Maggiore-Baglieri".

Un gesto di grande generosità e altruismo da parte dei familiari **che così hanno donato speranza a chi aspetta con pazienza un trapianto.** I pazienti in lista d'attesa presso l'Ismett, infatti, sono già stati allertati.

Un dispositivo progettato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa permette ai pazienti amputati di percepire la temperatura a contatto con un oggetto attraverso le protesi. E intanto si moltiplicano le soluzioni hi-tech per superare le disabilità



## Ora una mano robot può sentire il calore

### I PROGETTI

In medicina viene chiamata "Sindrome dell'arto fantasma", una patologia che colpisce 7 persone amputate su 10 portandole a percepire stimoli da un arto che non c'è più. Ma quello che fino a ieri era considerato un disturbo da trattare in sede neurologica, grazie alla tecnologia adesso può trasformarsi in un'opportunità: indossando un piccolo dispositivo progettato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, da EPFL (Ecole Polytechnique Federale de Lausanne) di Losanna e dal Centro Protesi Inail di Vigorso di Budrio, presto molti pazienti che hanno perso un arto potranno tornare a sperimentare la sensazione del calore. Parte tutto dall'ipotesi che la "Sindrome dell'arto fantasma" non sia in realtà un disturbo neurologico ma che sia dovuto a una sorta di riorganizzazione delle terminazioni nervose in seguito all'amputazione. Già da qualche anno la ricerca aveva rilevato che esercitare pressione sulle termi-

nazioni interrotte portava il paziente a percepire stimoli simili a quelli che si sperimenterebbero se il dito fosse ancora lì. E adesso i ricercatori hanno confermato che lo stesso fenomeno avviene anche con la temperatura. «In sostanza - spiega Francesco Iberite, dottorando dell'Istituto di BioRobotica della Scuola Superiore Sant'Anna che ha condotto lo studio - poggiando qualcosa di caldo o di freddo in un punto dell'avambraccio, posso trasmettere la stessa sensazione che si sentirebbe con il pollice o con l'indice. La pelle dell'avambraccio diventa così una sorta di interfaccia di trasmissione» che fornisce un feedback della temperatura in modo non invasivo, grazie a un piccolo dispositivo denominato "MiniTouch", un piccolo sensore indossabile ideato per essere integrato nelle protesi.

### GLI ITALIANI

La ricerca, pubblicata sulla prestigiosa rivista internazionale

Science, apre la via alla progettazione di protesi multisensoriali sia per il tatto che per il calore, che potrebbero essere commercializzate già entro i prossimi dieci anni. Ma non è l'unico pro-

### A LEOPOLI

Sempre dalla Penisola arriva l'intuizione di Movendo Technology, azienda spin-off dell'Istituto Italiano di Tecnologia che a Leopoli ha dato vita a una piattaforma robotica avanzata pensata per la riabilitazione di chi ha perso braccia e gambe a causa della guerra. Inaugurata nel nuovissimo Centro nazionale di riabilitazione Unbroken - un



edificio di 4.500 metri quadrati e sette piani dove sono arrivati già in 12 mila tra civili e militari - la tecnologia consente ai pazienti con protesi agli arti di recuperare il tono muscolare perso dopo l'amputazione, prevenendo il rischio di caduta. «Il robot, grazie all'IA, valuta lo stato del paziente ed elabora una riabilitazione personalizzata valutando i miglioramenti nel tempo», spiega Daphne Arfenotti, responsabile clinica di Movendo. La piattaforma robotica, chiamata "Hunova", guida il paziente negli esercizi di recupero presentati in forma di videogame interattivi, con percorsi studiati per occuparsi anche della riabilitazione relativa a problematiche neurologiche e neuromotorie come il Parkinson e la Sclerosi Multipla. Non è la prima volta che vediamo l'IA aiutare l'uomo a superare i limiti imposti da una disabilità. È grazie a essa infatti che l'anno scorso l'attore Val Kilmer è potuto tornare a vestire i panni del pilota Iceman in

*Top Gun: Maverick*, dialogando con Tom Cruise nonostante i danni irreparabili subiti alla voce per un cancro alla gola e una tracheotomia nel 2014.

## LA GIORNATA

Lo scorso 18 maggio si è celebrata la Giornata mondiale dell'accessibilità - un'iniziativa nata nel 2012 per garantire l'esperienza digitale a tutte le persone con disabilità - e si moltiplicano le iniziative anche da parte della Silicon Valley per portare sui nostri dispositivi sempre più funzioni che aiutino l'inclusività.

Google, con la app Lookout, sfrutta l'IA e la fotocamera del telefono per "leggere" il mondo che ci circonda, descrivendo alle persone ipovedenti o non vedenti cosa hanno intorno. Microsoft lo scorso anno ha lanciato il

suo Inclusive Tech Lab, dove gli ingegneri sviluppano dispositivi progettati per persone con disabilità, e ha già integrato nel suo browser Edge un set di strumenti per migliorarne l'accessibilità, come la descrizione automatica delle immagini e i comandi vocali. Amazon, infine, ha reso disponibili i gesti su alcuni dei suoi dispositivi smart: adesso si possono disattivare timer e sveglie semplicemente con un movimento delle mani, senza dover utilizzare la voce o toccare lo schermo.

**Raffaele d'Ettorre**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Le domande

### 1 CHE COS'È UN "MINITOUCH"?

Un piccolo sensore che può essere integrato nelle protesi e che permette di percepire il calore in un arto amputato

### 2 "HUNOVA": DI CHE SI TRATTA?

Una piattaforma robotica basata sull'IA che a Leopoli sta aiutando i pazienti superstiti di guerra nella riabilitazione

### 3 QUALI SOLUZIONI DAI COLOSSI?

Con Google Lookout il cellulare descrive il mondo circostante, Microsoft e Amazon rendono i dispositivi più accessibili

## GRAZIE ALL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE, L'ATTORE VAL KILMER HA POTUTO "RECUPERARE" LA SUA VOCE, PERSA A CAUSA DI UNA TRACHEOTOMIA

Qui sopra, il dispositivo progettato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa che permette di avvertire il calore attraverso una protesi



DIGITAL LIFE



*Cittadinanzattiva e Openpolis sugli interventi del Pnrr: previste case e ospedali di comunità*

# Una sanità diffusa sul territorio

## Ma il rischio è di destinare le risorse a macchia di leopardo

*Pagina a cura*

**DI ANTONIO LONGO**

Il Pnrr prevede 7 miliardi di euro da destinare all'assistenza sanitaria territoriale, con 1.430 case della comunità da costituire e oltre 400 ospedali di comunità da istituire entro il 2026. Ma il rischio è che tali investimenti abbiano un'attuazione disomogenea sul territorio nazionale. A rilevarlo è il focus *"Il Pnrr e la sanità territoriale"* realizzato da **Cittadinanzattiva**, associazione che si occupa di tutela dei diritti dei cittadini, di cura dei beni comuni e di sostegno alle persone in condizioni di debolezza, e dalla fondazione **Openpolis** che promuove l'accesso a dati e informazioni per l'analisi delle politiche pubbliche. Il report si colloca nell'ambito del progetto che si prefigge di avviare un monitoraggio attraverso la mappatura degli interventi, avvalendosi delle specificità delle due organizzazioni, con l'obiettivo principale di valutare, in maniera dettagliata, come saranno impiegate le risorse e per capire se l'allocatione degli investimenti sarà in grado di sopperire ai fabbisogni esistenti e futuri. Il lavoro di mappatura si è basato sulla raccolta dei dati sui singoli interventi dai contratti istituzionali di sviluppo stipulati dal ministero della salute e dalle singole regioni. Tali dati sono stati successivamente georeferenziati e arricchiti con ulteriori informazioni estratte da siti istituzionali e documenti pubblici, in particolare provenienti da Agenas,

l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

**Gli interventi previsti dal Pnrr.** Il futuro che attende l'Italia pare già scritto: il 34,9% dei residenti avrà almeno 65 anni nel 2050, tale quota oggi si attesta al 23,5%. Pertanto, le stime indicano che gli anziani diventeranno quasi 19 milioni su circa 54 milioni di persone residenti stimate (oggi sono poco meno di 14 milioni su circa 60 milioni di residenti), con un incremento di 11 punti percentuali e con conseguente pressione sul sistema sanitario. Al cospetto di tale scenario, ammontano a 15,63 miliardi di euro le risorse stanziata dalla missione 6 del Pnrr, quella dedicata al tema salute, pari all'8,2% delle risorse complessive del piano. Nell'ambito di tale misura, 7 miliardi di euro sono destinati al rafforzamento della sanità territoriale, in particolare sulle reti di prossimità, sulla telemedicina e sulla cura domiciliare. In dettaglio, per le case della comunità il Pnrr stanziava 2 miliardi, due case su tre saranno "hub", ossia in grado di fornire più servizi (assistenza primaria, attività specialistiche e di diagnostica di base), mentre il 34% sarà "spoke", ossia strutture che offrono soltanto l'assistenza primaria. Per gli ospedali di comunità, invece, il Pnrr stanziava un



miliardo di euro con l'obiettivo di costruirne o ristrutturarne almeno 400 entro la metà del 2026 (i progetti attuali ne prevedono oltre 430). Per tre ospedali su quattro si tratta di interventi di ristrutturazione di strutture esistenti mentre il 22% di interventi riguarda nuove costruzioni o ampliamenti. La restante parte delle risorse previste dalla missione 6, pari a 8,63 miliardi di euro, sarà utilizzata per realizzare progetti di digitalizzazione e innovazione del sistema sanitario, insieme a investimenti sulla ricerca. Lo scenario di contesto delineato nel report e l'esperienza, ancora viva, delle difficoltà riscontrate durante la fase più acuta dell'emergenza legata al Coronavirus hanno portato a destinare una parte dei fondi del Pnrr sulla componente rivolta al rafforzamento della sanità territoriale che si basa su una strategia in due tempi. Il primo è l'approvazione di una riforma dell'intero sistema di assistenza, con l'obiettivo di riorganizzarlo, renderlo omogeneo in tutto il paese e stabilire, così, un nuovo assetto dell'offerta territoriale. Una scadenza prevista per la metà del 2022, attuata nel maggio dello scorso anno con l'approvazione del decreto ministeriale 77/2022. Il secondo tempo dell'attuazione è il rafforzamento della rete presente sul territorio, con la costituzione a livello locale dei presidi e delle strutture sanitarie previsti dalla riforma approvata.

**Le case della comunità.** Si tratta di un presidio fisico, di facile individuazione, al quale i cittadini possono accedere per i bisogni di assistenza sanitaria, potendo contare su servizi come gli ambulatori di medici di famiglia e pediatri di libera scelta. L'obiettivo principale è quello di costruire un'unica sede fisica

in cui il cittadino possa essere assistito da un'equipe multidisciplinare, in grado di prenderlo in carico nei diversi bisogni. Il gruppo integrato di professionisti, in base a una valutazione trasversale di natura clinica, funzionale e sociale della persona, potrà definire un "Progetto di assistenza individuale integrata" (Pai).

**Gli ospedali di comunità.** Sono strutture pensate per rispondere a una necessità che, nel corso degli anni, è divenuta sempre più pressante: avere un luogo intermedio tra le dimissioni al domicilio del paziente e il ricovero ospedaliero. In base al citato decreto ministeriale 77/2022, tali presidi dovrebbero evitare ricoveri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. Si tratta di strutture operative 7 giorni su 7, con un assetto organizzativo di 20 posti letto ogni 100 mila abitanti. Ciascun ospedale di comunità dovrà prevedere una serie di dotazioni di tipo tecnologico-strutturale, per esempio con locali per la riabilitazione, nonché standard minimi di personale. In primo luogo, attraverso l'assistenza infermieristica, da garantire 7 giorni su 7, 24 ore su 24, con un numero di infermieri compreso tra 7 e 9, di cui un coordinatore. E poi 4-6 operatori sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario



con funzioni riabilitative e un medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

**Le criticità.** In base a quanto emerge dalla lettura del focus, appare cruciale che il modello organizzativo stabilito dal decreto 77/2022 trovi un'applicazione omogenea sull'intero territorio nazionale. Secondo gli analisti è proprio questa la sfida da portare avanti sino al giugno 2026, scadenza europea per l'istituzione di case e ospedali di comunità. Ma a giudizio di Cittadinanzattiva e Openpolis già oggi sono diversi i motivi che lasciano intravedere forti difficoltà nell'effettiva possibilità di ridurre i divari nell'accesso alle cure. In tal senso, nel focus si evidenzia, innanzitutto, che il percorso di approvazione del decreto ministeriale 77/2022 si è svolto senza intesa in conferenza stato-regioni. Accordo venuto meno proprio per il dissenso della maggiore regione del mezzogiorno, la Campania, preoccupata per la carenza di risorse ne-

cessarie al funzionamento a regime dei nuovi standard di assistenza territoriale. Un punto critico che troverebbe conferma nelle analisi della Corte dei conti e dell'ufficio parlamentare di bilancio pubblicate negli ultimi mesi e in cui entrambi gli organi hanno mosso rilievi sul finanziamento a regime del nuovo sistema. Infatti, complessivamente, il quadro delle risorse correnti utilizzabili appare soggetto ad incertezza, soprattutto con riferimento agli anni successivi al periodo di programmazione del Pnrr. Il rischio concreto è che l'incertezza sulle risorse, in combinato disposto con un regolamento organizzativo che distingue tra aspetti prescrittivi, da garantire obbligatoriamente, e altri solo facoltativi conduca a divari molto estesi nell'attuazione del nuovo sistema. Un possibile indice di questa tendenza emerge nella diversa quota di case della comunità hub e spoke previste dalle diverse regioni. E anche nella distribuzio-

ne di questi presidi e degli ospedali di comunità tra città maggiori e territori periferici di una stessa regione. Divari che, peraltro, si innesterebbero su disparità già in partenza molto ampie, aggravandole. La ricognizione dell'ufficio studi della camera dei deputati ha messo, infatti, in evidenza come alcune regioni, per esempio Toscana ed Emilia-Romagna, si sono già mosse sulla strada intrapresa dal decreto 77/2022, avendo istituito negli anni una rete di case della salute propedeutica alla creazione di quelle di comunità. Mentre altre regioni hanno adottato modelli organizzativi diversi e appaiono meno attrezzate per il processo di cambiamento che investirà il sistema sanitario nei prossimi anni. Il rischio paventato è, pertanto, quello di un'applicazione a macchia di leopardo dei nuovi standard di assistenza territoriale.

—◊ Riproduzione riservata—■



# Aggressione No Vax

L'immunologa Antonella Viola insultata tra gli stand del Lingotto da un negazionista del Covid  
"Mentite sugli effetti dei vaccini"  
La replica durante la conferenza  
"Sono stata otto mesi sotto scorta sto pagando un prezzo altissimo"

LA GIORNATA  
ALESSANDRO MONDO

«Sono stata otto mesi sotto scorta, sto pagando un prezzo davvero molto alto. Ma le strade sono solo due. La prima è darla vinta a chi non sopporta che la scienza e soprattutto le donne di scienza parlino: allora la soluzione è smettere di parlare, e chiudersi in laboratorio. La seconda è esserci, con il coraggio di dire la verità. In Italia ogni volta che una donna competente parla, c'è un uomo meno competente che la corregge. Certo, questa situazione mi costa molta fatica, molta energia che viene sottratta al mio lavoro, alla mia famiglia. Ma è una scelta che ho fatto, e la porto avanti».

Ci sono pacatezza e fermezza nelle parole di Antonella Viola, immunologa e divulgatrice, intervistata nello stand de la Stampa dalla vice-direttrice Annalisa Cuzzocrea dopo l'aggressione verbale al Salone del Libro da parte di un No Vax: «Avete mentito sugli effetti dei vaccini», ha inveito contro di lei. Fatica e stanchezza, anche, vissute da Viola e da molti altri suoi colleghi durante e dopo l'epidemia. Il fatto che fosse a Torino per parlare del suo nuovo libro, su tutt'altro argomento (*La via dell'equilibrio, Scienza dell'invecchiamento e della longevità*, edito da Feltrinelli), per lo scalmanato contestatore non ha fatto la differenza.

«È vero, un tale se l'è presa con me per la mia convinta difesa dei vaccini - ha dichiarato poco dopo, presentando il libro -. Gli ho risposto che i vaccini sono stati e sono utili, se oggi siamo qui è grazie ad essi». Qui al Salone di Torino, dove fumane di gente ormai sprovviste di mascherine scorrono lungo i corridoi e sostano pazientemente in cosa in attesa di

ascoltare i dibattiti.

La pacatezza, frutto della competenza, contro l'intolleranza dei negazionisti di professione. I temi cambiano, restano le bufale che sciamano sui social facendo proseliti. E la fatica. Un peso pesante da portare, quello della scienza, in difficoltà nei confronti di pseudoscienze continuamente rinvigorite da notizie incontrollate, avvantaggiate anche dall'incapacità, e talora dalla non volontà dei professionisti, di tradurre in parole chiare e semplici concetti quasi sempre complessi. Il problema di farsi capire dai non addetti ai lavori, insomma, da coloro che scienziati non sono e sovente, respinti da un linguaggio per iniziati, ripiegano sul web.

Un limite che nel caso di Viola, chiara e conseguente nelle argomentazioni, non si pone. Torna sui vaccini per entrare nel merito del libro, come sposare allungamento della vita e qualità di

vita, spiegando che con gli antibiotici sono stati il principale fattore di innesco della longevità a partire dal Novecento. Netta sull'alcol: «L'etanolo è cancerogeno, ciascuno faccia la sua scelta ma in modo consapevole». Netta sugli integratori: «Assumerli senza necessità, ricorrendo al fai da te, può essere pericoloso». Netta sui benefici del digiuno: «Non consiglio la restrizione calorica spinta mentre invece dodici ore di digiuno, dalle 20 di sera alle 8 del mattino, migliorano i parametri funzionali e metabolici». Interesse, domande, applausi: una buona giornata per la scienza. —



# BIOLOGI, BIOTECNOLOGI, GENETISTI MANCANO I FONDI PER ASSUMERE

## Istituti di ricerca pubblici In assenza di coperture, per 1.300 ricercatori degli Irccs salta il passaggio a tempo indeterminato

di **Giovanni Apolone** e **Giuseppe Lauria Pinter**

**N**egli ultimi giorni si sono susseguiti due annunci contrapposti che riguardano il lavoro di circa 1.300 ricercatori e collaboratori alla ricerca sanitaria. Così sono denominati biologi, biotecnologi, genetisti, bioinformatici, tecnici di laboratorio, personale di supporto ai trial clinici e altre figure professionali che popolano gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) pubblici del nostro Paese. Sottolineiamo pubblici, perché 30 degli attuali 54 Irccs, cioè quasi il 60%, è privato e non è coinvolto in quella che è divenuta una tipica parabola italiana.

Il primo annuncio ha riguardato la decisione delle commissioni parlamentari Finanze e Affari sociali che in forma congiunta si sono pronunciate a favore dell'emendamento all'articolo 16 della legge del 27 dicembre 2017, n. 205, approvando il passaggio a tempo indeterminato del personale con rapporti di lavoro flessibile da almeno tre anni, anche non continuativi, negli ultimi otto. Il secondo, a distanza di pochi giorni, è che la commissione Bilancio della Camera e la Ragioneria dello Stato hanno respinto l'approvazione per mancanza di copertura finanziaria. Fino a qui potrebbe essere espressione del dibattito parlamentare, che seppure poco comprensibile, andrebbe derubricato a una richiesta di ulteriori chiarimenti al ministero di riferimento. Nulla di grave se si trattasse di procedere per l'acquisizione di esche per la pesca sportiva.

La questione va brevemente contestualizzata. Gli Irccs sono enti del Servizio sanitario nazionale per i quali le funzioni legislative e regolamentari connesse ad assistenza e di ricerca sono di competenza delle Regioni di appartenenza con funzioni di vigilanza e di controllo del ministero della Salute. Una complicata definizione di ciò che in altri Paesi rappresenta un «research hospital», cioè un ospedale in cui «fare ricerca» è parte dei compiti istituzionali. Fa riferimento a ospedali o parti di essi o a istituti che si contraddistinguono per una elevata specificità in una o più aree della medicina. Sono quindi pienamente embricati con il sistema sanitario nazionale pubblico e privato convenzionato, così come con l'università, poiché circa il 25% di essi è all'interno di aziende ospedaliere-universitarie.

Il sistema Irccs pubblico e privato è finanziato da un fondo di ricerca corrente la cui capienza è rimasta invariata rispetto a 20 anni fa, quando il numero degli Irccs era 35. Una prima palese evi-

denza della mancanza di interesse, responsabilità e affidabilità di tutti i governi che si sono succeduti.

Negli Irccs lavorano persone dedicate all'assistenza e alla ricerca. Fino all'introduzione della legge 205 del dicembre 2017, oltre al personale assunto a tempo indeterminato, peraltro secondo modalità identiche a quelle utilizzate per un ospedale pubblico e basate quindi sulla disponibilità delle Regioni, tutto il personale precario era gestito, oltre alle borse di studio, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, i co.co.co. di imperitura memoria. Al termine di una lunga contrattazione, ministero della Salute, ministero dell'Economia e sindacati dei ricercatori sono giunti alla definizione di una nuova modalità di gestione del personale precario, diviso in ricercatori e collaboratori alla ricerca sanitaria, collocato nel comparto — lo stesso di infermieri e amministrativi — con un contratto a tempo determinato finanziato con 90 milioni all'anno a decorrere dal 2021. Questa modalità, denominata «piramide» per l'iniziale proposta di un percorso che, nella forma di una specie di *tenure track*, avrebbe dovuto selezionare da una base ampia il personale destinato a una stabilizzazione, si è trasformato in un «cilindro» basato su due periodi di 5 anni ciascuno al termine dei quali chi supera alcuni indicatori dovrebbe essere assunto a tempo indeterminato.

Indipendentemente dalla condivisione o meno di questa modalità di gestione di ricercatori, che non ha eguali nel mondo occidentale, dalla collocazione nel comparto al non riconoscimento del dottorato come primario titolo qualificante, nei fatti il nostro Paese ha emanato una legge che definisce il destino di persone che lavorano nel proprio sistema della ricerca senza curarsi di aspetti essenziali che è intuitivo dovevano essere programmati dall'inizio: copertura finanziaria e collocazione amministrativa sono i due principali. Ma come è possibile questo scempio? Con quale serietà un Parlamento e i ministeri di riferimento promulgano una legge che definirà il ruolo di lavoratori pubblici senza avere idea di come e con quali soldi farlo. È forse stato perché 10 anni sono lunghi a venire e



non sono inclusi nell'orizzonte della nostra politica. E come è possibile essere membri di commissione parlamentare ed esprimere un parere che pochi giorni dopo viene sconfessato per una ragione che dovrebbe essere stata analizzata in modo congiunto. E perché questo si interpone a una posizione politica già assunta e legiferata?

I Paesi a elevata efficienza socioeconomica, la Germania ad esempio, investono nella ricerca biomedica pubblica perché ne riconoscono il valore per mantenere il proprio livello di competitività internazionale. Questo settore in Italia produce 225 miliardi di euro con un valore aggiunto di 100 miliardi che comprese le industrie collegate ammonta al 10% del Pil. In questo contesto, gli Ircs pubblici rappresentano una rete con grandi potenzialità e vantaggi, ma vivono

una condizione di sempre maggiori sofferenze determinate da vincoli e limiti che non solo gli Ircs privati non hanno, ma che non esistono nel mondo scientifico occidentale. Tra esse, l'assenza di cura di ciò che è più prezioso, i ricercatori che ci lavorano. Questa mancanza di chiarezza e strategia ha effetti deleteri facilmente comprensibili: i giovani abbandonano i centri pubblici per rivolgersi al privato o cambiano professione, riducendo ulteriormente la percentuale di ricercatori in Italia (tra le più basse in Europa) e innalzandone l'età media (tra le più alte), in un sistema pubblico della ricerca già cronicamente privo di strumenti amministrativi in grado di sostenere una competitività che sul piano scientifico è evidente.

**«Research hospital»  
Gli Istituti di ricovero e cura a carattere  
scientifico sono ospedali in cui «fare  
ricerca» è parte dei compiti istituzionali**



# Il muro da abbattere sui medici stranieri

di **Marco Ruffolo**

I medici vanno in pensione, i pronto soccorso scoppiano, per una visita ci vogliono mesi o anni, ma nel nostro paese soltanto poche regioni, tra cui il Lazio, e solo a tempo determinato, consentono ai professionisti stranieri della sanità di lavorare nelle strutture pubbliche. In totale ci sono in Italia 77 mila professionisti sanitari stranieri - in maggioranza extracomunitari - di cui 22 mila medici. Il 14% di loro si concentra nel Lazio: 11 mila, di cui 4.500 medici. Il problema è che oltre l'80% di loro può lavorare solo nelle strutture private: cliniche, centri di fisioterapia, centri di analisi, studi medici e poliambulatori. Insomma, un consistente esercito di medici, infermieri, fisioterapisti, tecnici di radiologia non può essere assunto a tempo indeterminato negli ospedali e nelle altre strutture pubbliche. Perché? Perché la maggior parte delle regioni interpreta il testo unico sul pubblico impiego del 2001 come un divieto per i professionisti sanitari stranieri di partecipare ai concorsi pubblici. In realtà, quel testo unico si limita a vietarlo a chi è chiamato a "esercitare pubblici poteri" o a "tutelare l'interesse nazionale". La sua estensione ai medici è quindi solo il frutto di un'interpretazione restrittiva. Ma tant'è. Il Lazio della giunta Zingaretti, tramite l'allora assessore alla sanità D'Amato, è stata la prima regione che ha iniziato a infrangere questo muro, cominciando

a recepire il decreto "Cura Italia" del 2020, che per fronteggiare il Covid ha consentito di assumere stranieri nella sanità, sia pure limitatamente al periodo dell'emergenza. E tuttavia siamo ancora lontani da una risoluzione definitiva del problema. È irrisolto, in particolare, un autentico paradosso: chi non è iscritto all'albo professionale non può lavorare (neppure nel privato), ma per iscriversi all'albo serve il permesso di soggiorno per motivi di lavoro, non basta quello per ragioni di studio. È lunghissima, inoltre, la trafila per il riconoscimento della qualifica professionale ottenuta all'estero. Tutte queste limitazioni, insieme alla mancanza di garanzia sulla continuità del lavoro, costringono i medici stranieri a tenersi ai margini del sistema sanitario nazionale. A tal punto che molti di essi decidono di spostarsi in altri paesi europei, molto più accoglienti del nostro. Infatti in Francia, Regno Unito e Germania la loro quota percentuale sul totale dei medici è di gran lunga più consistente.

In questa situazione, ci chiediamo se e in che misura la sostituzione della giunta Zingaretti con quella di Francesco Rocca possa interrompere il già difficile percorso di apertura della sanità pubblica ai medici stranieri. Il nuovo presidente consentirà l'accesso di quei medici ai concorsi pubblici? Oppure farà valere lo slogan "prima gli italiani", probabilmente in nome di quella "etnia" italiana che il suo collega di partito Francesco Lollobrigida vuole a tutti i costi tutelare e difendere dalle "impurità" extracomunitarie?

In questa situazione, ci chiediamo se e in che misura la sostituzione della giunta Zingaretti con quella di Francesco Rocca possa interrompere il già difficile percorso di apertura della sanità pubblica ai medici stranieri. Il nuovo presidente consentirà l'accesso di quei medici ai concorsi pubblici? Oppure farà valere lo slogan "prima gli italiani", probabilmente in nome di quella "etnia" italiana che il suo collega di partito Francesco Lollobrigida vuole a tutti i costi tutelare e difendere dalle "impurità" extracomunitarie?

*La carenza  
di personale detta  
il panico nei  
pronto soccorso  
ma ai  
professionisti  
non italiani  
non è consentito  
partecipare ai  
concorsi pubblici*

