



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

3 APRILE 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Ospedale Sant'Elia, protesi di gomito per un paziente giunto dalla Calabria

La delicata operazione è stata eseguita con successo nel reparto di Ortopedia e traumatologia diretto da Massimo Siracusa

3 Aprile 2024 - di [Sonia Giugno](#)



Siamo, sovente, abituati a sentire di **viaggi della speranza** dalla nostra Sicilia verso altre destinazioni in materia di sanità, oggi raccontiamo un caso (non isolato) contrario. È un 46enne di **Cosenza** che decide di venire all'ospedale **Sant'Elia di Caltanissetta** per una delicatissima operazione al gomito eseguita dal direttore del reparto Ortopedia e traumatologia Massimo Siracusa. Dopo una **frattura scomposta** il cosentino, che aveva già subito due interventi non risolutivi al nosocomio della città calabrese, si è recato al Sant'Elia dove ha risolto i gravissimi problemi al braccio sinistro con l'inserimento di una **protesi** di gomito con sostituzione della superficie articolare danneggiata. Abbiamo chiesto al dottore **Massimo Siracusa** (*nella foto*) di spiegarci di quale tipo di intervento si sia trattato, la gravità del caso, la procedura seguita e le possibilità che il 46enne abbia di riprendere una vita normale.

Come avete deciso che fosse necessario un intervento di protesi di gomito?



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

«Lo effettuiamo solo in casi **eccezionali** che riguardano patologie del gomito traumatiche o degenerative di grado avanzato. Il paziente ha riportato un trauma complesso che era già stato trattato chirurgicamente per rimettere a posto i frammenti della frattura ma con scarsi risultati dal punto di vista funzionale e neurologico. Il gomito è una parte anatomica dove passano un serie di nervi che, se incarcerati, provocano grave **sofferenza** dei movimenti a valle, cioè a livello della mano. Abbiamo preso in carico il paziente con l'obiettivo di ripristinarne la funzione mettendo in atto una **chirurgia di salvataggio**. Il gomito si presentava bloccato, dolente, con una forma alterata rispetto alla morfologia anatomica e con un deficit neurologico che coinvolgeva la mano».

Come è intervenuto?

«L'intervento ha visto due momenti diversi, è durato **più di tre ore**, con una sessione dedicata alla parte neurologica e una ortopedica. Le complicanze del tipo di frattura e della sua evoluzione, il tempo neurologico e la lisi delle aderenze articolari hanno richiesto un tempo più lungo rispetto a un intervento standard. Abbiamo dovuto, infatti, liberare tutta l'articolazione dalle **aderenze** che si erano formate e rimuovere anche dei mezzi di sintesi che erano stati posizionati e **'liberare' il nervo** che era stato incarcerato. Questa fase ha richiesto un'ora di lavoro attento e certosino per recuperarlo, essendo molto compremesso e in sofferenza. Poi ci siamo dedicati a ripristinare la **morfologia ossea**. Ci siamo resi conto che il paziente non avrebbe avuto modo, con la situazione che ci si è presentata, di riacquistare il movimento e condurre una vita normale. Abbiamo, quindi, valutato l'impianto della protesi e abbiamo deciso per questa».

Eravate, quindi, già pronti a intervenire in tal senso?

«Certo, avevamo studiato il caso con esami specifici e l'ipotesi protesi era molto verosimile. La protesi di gomito è una chirurgia rara perché i casi nei quali è indicata sono esigui. Dopo l'impianto abbiamo ottenuto un ottimo risultato dal punto di vista funzionale. Già nei primi giorni di degenza abbiamo registrato netti miglioramenti sul piano motorio e sensitivo».

Come è stata inserita la protesi, quale tipo è stato usato e quali le aspettative di una vita normale per il paziente?



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

«L'intervento consiste nel ripristinare un'articolazione sostituendo quei pezzi che non sono più utili e funzionanti. Tolti questi la protesi viene allocata sui due capi che si affrontano e che articolandosi tra loro determinano il movimento; abbiamo allocato le due componenti protesiche **una sull'omero e l'altra sull'ulna**. Il tipo di protesi usato è cementata, si utilizza una sostanza che crea un'aderenza della protesi all'osso, un cemento biologico. Questa garantisce il ripristino dei movimenti ma va gestita con cautela, trattandosi di una protesi di piccola dimensione inserita in ossa non particolarmente forti si potrebbe usurare facilmente. Si consiglia al paziente di **non sollevare pesi eccessivi**, di non svolgere attività che richiedono particolari sforzi; una **gestione dell'arto** che gli consenta di vivere una vita normale e autonoma ma senza eccessi».

Quanti interventi di questo tipo sono stati effettuati nel suo reparto?

«Dal mio inserimento ne avremo fatti cinque, o qualche unità in più ma con un numero che potrebbe oscillare di poco. Il nostro primo obiettivo è ripristinare la frattura e ripristinare la morfologia dell'articolazione. Questa è un'indicazione limite, per un caso che si è presentato particolarmente complesso e grave».

Un paziente che arriva da fuori regione che ha scelto il S. Elia...

«È un paziente che ha scelto noi come unità ortopedica per essere curato, per certi versi una forma di riconoscimento verso quelli che sono i nostri obiettivi e le nostre professionalità».

Quali sono i vostri obiettivi?

«Come unità ortopedica siamo cresciuti dal punto di vista numerico, dei medici e delle competenze. Stiamo cercando di garantire un campo di competenze quanto più ampio possibile per dare una **risposta sanitaria adeguata** ai protocolli odierni, alle indicazioni della **letteratura** sul piano chirurgico e medico e quanto più ampi possibili in merito alle patologie che riusciamo a coprire. Questi sono gli obiettivi miei e quelli del gruppo con il quale ho il piacere e la fortuna di lavorare che sono la mia **équipe**, i miei colleghi, il personale infermieristico in generale e del mio reparto, il personale del blocco operatorio, il personale anestesilogico e degli ambulatori. Il risultato si può ottenere solo se si fa **squadra**, non è piaggeria, ma è una realtà che tocchiamo ogni giorno con mano. Soltanto il gruppo può ottenere i risultati che fino a oggi siamo riusciti a ottenere».

IL CARO SANITÀ

Fecondazione e malattie rare le cure gratis possono attendere

Governo e Regioni volevano inserire nuove voci tra le prestazioni a carico del servizio sanitario. Ma l'opposizione dei privati ha fatto slittare il piano a gennaio

di Michele Bocci

È una triste storia, comune a tante riforme, promesse per anni e poi regolarmente rinviate. Con l'aggravante che questa volta lo slittamento riguarda la sanità, cioè il sistema pubblico di cura dei cittadini. A causa delle pressioni delle lobby delle strutture private, i nuovi Lea, i Livelli essenziali di assistenza, non partono. Almeno fino a gennaio dell'anno prossimo, non crescerà il numero delle prestazioni che le Regioni sono tenute ad offrire gratuitamente. Niente procreazione medicalmente assistita in tutto il Paese, quindi, niente cure per un maggior numero di malattie rare e croniche, niente protesi più moderne, niente stabilizzazione dei fondi per l'anorexia, niente nuovi protocolli per seguire chi ha l'autismo e così via. Sono decine le prestazioni bloccate.

Una beffa, prima di tutto per il ministro alla Salute Orazio Schillaci. Un anno fa aveva annunciato che finalmente i nuovi Lea stavano per diventare realtà e non mancava mai, nei frequenti incontri pubblici, di citarli come uno dei successi (peraltro piuttosto rari) della sua gestione. Si doveva partire il primo gennaio 2024, poi il primo aprile e infine, ha deciso pochi giorni fa la conferenza Stato-Regioni, l'anno prossimo. Anche molte amministrazioni locali sono rimaste sorprese dallo slittamento. In particolare quelle del Centro-Nord che già offrono prestazioni extra Lea e spera-

vano in un sistema sanitario nazionale più omogeneo.

Il decreto per i Lea ha due filoni principali. Il primo è appunto quello delle prestazioni offerte gratuitamente ai pazienti. Per garantirle ci vogliono fondi che tra l'altro sono già riconosciuti alle Regioni da tempo, come ha fatto notare il Mef, che ha espresso parere contrario al rinvio. Malgrado questo si è deciso lo slittamento e ora andrà capito se hanno qualcosa da ridire Consiglio di Stato e Corte dei Conti.

Il secondo punto riguarda il cosiddetto nomenclatore tariffario. Ci si basa su quello per riconoscere alla sanità privata convenzionata il compenso per i suoi servizi. Ebbene, nel nuovo nomenclatore ci sono delle riduzioni dei prezzi (ad esempio risonanze e tac vengono pagate circa il 30% in meno). Si parte dal presupposto che con il miglioramento tecnologico i costi di certi accertamenti siano scesi. Il nodo sono i laboratori. Sulle tariffe dei singoli esami del sangue ci sono stati tagli, peraltro previsti ormai da tempo, visto che già nella precedente legislatura si era lavorato alla riforma. I titolari dei laboratori di analisi privati, per la gran parte convenzionati al Centro-Sud, hanno protestato. La loro linea è stata sposata dal presidente del Lazio Francesco Rocca, che l'altro giorno nella conferenza Stato-Regioni ha battagliato per il rinvio. In questi mesi si lavorerà a delle nuove tariffe. In-

tanto l'offerta sanitaria resta ferma. Le esigenze di una parte dei privati hanno prevalso su quelle dei pazienti.

PRODUZIONE RISERVATA

I numeri

La battaglia dei Lea tariffe in picchiata



-30%

Risonanza della spalla
Una risonanza con mezzo di contrasto oggi è tariffata 254 euro. Con la riforma del Lea il prezzo pagato al privato convenzionato scenderà a 177,2 euro.

-49%

Ferritina
È tra i valori del sangue maggiormente ricercati nelle analisi. La rilevazione di ferritina viene fatta milioni di volte ogni anno e la sua tariffa dovrebbe scendere da 6,36 a 3,25 euro.

631 mln

Fondi per aggiornare i Lea
Il Mef ha ricordato alle Regioni che per i nuovi Lea sono stati fatti stanziamenti a partire dal 2017 ma malgrado questi fondi la riforma non è mai stata approvata. Per quest'anno i milioni sono 631



SOS DELLA RAGIONERIA

Rubati ai malati
i 3,4 miliardi
per nuove cure

◉ BISBIGLIA E RONCHETTI A PAG. 8 - 9



SANITÀ • La Ragioneria di Stato scrive al governo

I SOLDI DELLE NUOVE CURE "SCIPPATI" AI PAZIENTI

» **Natascia Ronchetti**

La relazione della Ragioneria generale dello Stato è del 28 marzo scorso. Esattamente il giorno precedente la riunione della Conferenza Stato-Regioni che ha dato il via libera al decreto di rinvio, al 1° gennaio 2025, del nomenclatore tariffario dei nuovi Lea, i livelli essenziali di assistenza: vale a dire le prestazioni, tra visite o esami, che il servizio sanitario nazionale deve garantire gratuitamente ai cittadini. Un rinvio che posticipa ancora l'erogazione delle nuove cure frutto della ricerca scientifica. La relazione - arrivata direttamente sul tavolo del ministro alla Salute Orazio Schillaci - è firmata dal ragioniere dello Stato, Biagio Mazzotta. E chiede che "in occasione del riparto delle disponibilità finanziarie del Ssn per l'anno 2024 e per i successivi anni" siano "rese indisponibili le risorse preordinate all'entrata in vigore delle nuove tariffe e quelle per l'aggiornamento dei Lea". Un invito a

non trasferire alle Regioni 631 milioni di euro per il 2024 e 781 milioni a decorrere dal 2025. Questo almeno fino a quando i finanziamenti non saranno utilizzate per le "finalità indicate dalle norme".

SÌ, PERCHÉ è dal 2016 che le Regioni ricevono soldi per cure che non vengono erogate. Da quando cioè, con la legge di Bilancio del 2015, in vista dell'aggiornamento delle prestazioni da assicurare - aggiornamento approvato nel 2017 - sono stati stanziati i primi 380,7 milioni per coprire gli ulteriori fabbisogni. Da allora, da quando ci sono stati i primi finanziamenti, si è arrivati a quota 3 miliardi e 446 milioni alla fine del 2023. Una montagna di denaro che avrebbe dovuto garantire terapie innovative contro alcuni tipi di tumori, l'inserimento nell'elenco delle malattie rare di altre patologie, nuove prestazioni per la procreazione medicalmente assistita, per gli screening neonatali, per i disturbi alimentari come l'anoressia e la bulimia, per la celiachia.

E questo solo per fare alcuni esempi.

Invece - ed è sempre la Ragioneria dello Stato a metterlo nero su bianco - sono stati utilizzati per altre voci della spesa sanitaria. Soprattutto per ripianare bilanci e per cercare di sanare inefficienze e squilibri. E forse è proprio "questo il principale motivo per la richiesta di proroga da parte regionale", scrive Mazzotta. E infatti lo schema di decreto ministeriale che ha disposto il rinvio dell'entrata in vigore dei nuovi Lea è motivato da Schillaci "dall'espressa richiesta di un cospicuo numero di Regioni e della correlata disponibilità delle restanti Regioni al riguardo".

È così che il ministro si è accodato, il parere della Ragioneria è diventato carta straccia e si è arrivati a uno scontro interistituzionale. Praticamente tutte le Regioni hanno detto sì, discutendo "fuori sacco": la questione non era



all'ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni. Lo hanno fatto anche quelle poche che nel corso degli anni hanno provveduto ad aggiornare il nomenclatore tariffario, estendendo le prestazioni anche alle nuove cure. Risultato: la solita sanità a macchia di leopardo, con grandi disparità territoriali nell'erogazione dei servizi. Tutto sulla pelle dei cittadini, con l'incremento della mobilità sanitaria e del ricorso al privato.

MA IL MOTIVO per cui le Regioni avrebbero serrato le file sarebbe molto semplice. "La verità è che tutte sono tallonate dalla sanità privata accreditata che non vuole la riduzione delle tariffe per le vecchie prestazioni standardizzate", dice Fabiano Amati, consigliere regionale di Azione, in Puglia, primo firmatario di una proposta di legge per far entrare subito in vigore i nuovi Lea,

che in tutto sono 406.

La revisione tariffaria collegata all'introduzione delle ulteriori cure da assicurare comporterebbe infatti per ambulatori e cliniche private una riduzione dei rimborsi da parte del servizio sanitario nazionale. Rimborsi previsti per la specialistica ambulatoriale (visite ed esami diagnostici) e per la protesica.

Una riduzione che secondo le associazioni di categoria della sanità privata potrebbe arrivare fino all'80% e che ha scatenato le proteste. Da qui la decisione di Schillaci - con la prevista benedizione delle Regioni - di disporre la proroga. In pratica ora la sanità italiana è ferma al 2001 - quando i Lea furono introdotti per la prima volta - nonostante già l'aggiornamento stabilito nel 2017 sia in parte obsoleto, perché superato dai progressi della medicina e della scienza. Adesso tutte le Regioni tacciono.

MA COME si è arrivati a questo punto? Le nuove prestazioni erano state messe in *stand by* già una volta. Avrebbero dovuto essere a regime dal 1° gennaio 2024 ma - dopo la levata di scudi della sanità privata - era arrivata la proroga di tre mesi. Adesso il nuovo rinvio. Nonostante ciò le Regioni in tutto questo tempo hanno continuato a ricevere i finanziamenti in previsione dell'applicazione delle nuove tariffe, mai arrivata. "Comprendo l'indignazione dei cittadini per il blocco delle nuove cure - dice Pierino Di Silverio, segretario nazionale del sindacato dei medici Anao-Assomed - Ma è anche vero che se una prestazione costa di più quanto fissato dalla tariffa di riferimento quella prestazione non può essere erogata".

Per Tonino Aceti, presidente di Salutequità, siamo

invece di fronte "a una delle pagine più brutte della politica sanitaria nazionale, sia per quanto riguarda il diritto costituzionale alla tutela della salute dei cittadini sia verso il servizio pubblico, che viene ulteriormente indebolito. Bene ha fatto la Ragioneria dello Stato a sollecitare il ministro a vincolare le risorse, che sono un salvadanaio per i pazienti: il fatto che i soldi vengano destinati ad altre voci di spesa sanitaria o al ripianamento dei bilanci è di una gravità eccezionale. Questo non deprime nemmeno a favore dell'autonomia differenziata: le disparità continueranno ad aumentare".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**ALTRO RINVIO
DECRETATO
IL 1° GENNAIO**

GOVERNO E REGIONI

avevano già messo gli occhi sui fondi relativi agli anni 2024 e 2025. Il 1° gennaio, infatti, è stato decretato il rinvio del nomenclatore tariffario per i nuovi "Lea", che altro non sono che le cure e le visite di nuova generazione, arrivate dalla ricerca scientifica. Le Regioni, sul punto, sono tallonate anche dalla sanità privata, non interessata a far sì che le nuove prestazioni possano rientrare all'interno del sistema sanitario nazionale. Ora però è arrivata la lettera della Ragioneria generale

**No ad altre
deroghe,
le risorse
per il 2024-25
siano spese
per i loro scopi**

**Biagio Mazzotta
(Ragioniere di Stato)**



Pagano i cittadini
Dal 2016 lo Stato ha dato alle Regioni oltre 3,4 miliardi: dovevano coprire i costi degli esami all'avanguardia, ora servono a ripianare i buchi della sanità



“ I fondi utilizzati per altre voci sanitarie, per ripianare bilanci e per sanare squilibri

Biagio Mazzotta, Ragioniere generale dello Stato • 28 marzo 2024



LA SANITÀ

L'emergenza ignorata dei poveri senza cure

NINO CARTABELLOTTA

C'era una volta il Servizio sanitario nazionale, nato nel 1978 sotto il segno di universalismo, equità e uguaglianza, finanziato con la fiscalità generale. - PAGINA 23

LEMERGENZA IGNORATA DEI POVERI SENZA CURE

NINO CARTABELLOTTA*



C'era una volta il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nato nel 1978 sotto il segno di universalismo, equità e uguaglianza, finanziato con la fiscalità generale e riconosciuto tra i migliori modelli di sanità al mondo, sia per efficienza, sia soprattutto per i risultati di salute. Poi, a partire dal 2010, tra tagli e mancati investimenti da parte di tutti i Governi questo pilastro della nostra democrazia è stato via via indebolito. Infatti, se nel 2010 la spesa sanitaria pubblica pro-capite era pari alla media dei paesi europei, nel 2022 l'Italia ha speso circa 47,3 miliardi di euro in meno. Edal 2010 al 2022 il gap complessivo ha superato la cifra di 300 miliardi di euro: come si può pensare che una simile sottrazione di risorse non distrugga progressivamente la più grande opera pubblica mai costruita in Italia?

Al di là degli entusiastici proclami di una maggioranza che si vanta dell'entità del finanziamento pubblico della sanità raggiunto nel 2024 e delle severe critiche di un'opposizione che in passato ha contribuito alla disgregazione del SSN, la classe politica dovrebbe farsi un bell'esame di coscienza e riconoscere che oggi la vera emergenza del Paese è la sanità. Non solo per le interminabili liste di attesa per una prestazione diagnostica, una visita specialistica o un intervento chirurgico. Non solo per la mancata "presa in carico" dei pazienti cronici, in particolare quelli oncologici, costretti a peregrinare - come novelli Ulisse - tra diversi specialisti, ospedali e Regioni. Non solo perché le mancate tutele pubbliche vengono sempre più sostituite da risposte private. Ma anche perché l'indebolimento del SSN ha un rilevante impatto economico sulle famiglie, in particolare quelle meno abbienti e residenti nel Mezzogiorno: dall'aumento della spesa privata all'impoverimento, dall'indebitamento alla rinuncia alle cure. Con un effetto domino sulla crescita econo-



LA STAMPA

mica del Paese difficilmente stimabile, ma indubbiamente catastrofico: perché se le famiglie si impoveriscono, si indebitano o rinunciano a curarsi, crolla il livello di salute della popolazione, che è strettamente correlato alla crescita del PIL. Quali soluzioni? Innanzitutto, serve una visione su quale SSN la politica intende lasciare in eredità alle future generazioni: visione che deve prescindere da avvicendamenti di Governi e da ideologie partitiche, facendo uscire la sanità da sterili dibattiti, visto che in gioco c'è la salute e la vita delle persone. Se si vuole davvero preservare un SSN basato sui principi fondanti del 1978, bisogna pianificare un progressivo rilancio del finanziamento pubblico e mettere in campo coraggiose riforme, che ormai latitano da 25 anni. In caso contrario la politica deve riconoscere che, in un'epoca liberista, le condizioni economiche del Paese (crescita dello zero virgola, interessi sul debito pubblico, evasione fiscale) richiedono un altro modello di SSN. Un modello che prevedrebbe l'ingresso di capitali privati tramite l'intermediazione assicurativo-finanziaria e l'uscita dai livelli essenziali di assistenza di un

certo numero di prestazioni sanitarie. Ma anche in questo malaugurato scenario non si dovrebbe rinunciare ad una governance pubblica, perché la privatizzazione strisciante alimenta enormi diseguaglianze sociali.

Il 15 marzo 2013, la Fondazione GIMBE lanciò il programma #SalviamoSSN prevedendo che la fine del SSN non sarebbe stata annunciata dal fragore di una valanga, ma si sarebbe concretizzata come il silenzioso e inesorabile scivolamento di un ghiacciaio, attraverso lustri o addirittura decenni. E nell'indifferenza dei Governi degli ultimi 15 anni il ghiacciaio è scivolato a tal punto da erodere quel diritto che i Padri costituenti hanno voluto indicare esplicitamente come "fondamentale" nella Carta Costituzionale. Se esiste ancora la Politica, nel senso più nobile del termine, che batta un colpo: il tempo della manutenzione ordinaria del SSN è scaduto e la nostra salute è troppo preziosa per essere svenduta al miglior offerente. —

***Presidente Fondazione GIMBE**





Dir. Resp. Marco Girardo

ALLARME FEDERSOLIDARIETA' Insostenibili gli aumenti contrattuali previsti dal rinnovo

Coop sociali, servizi a rischio «Rivedere le tariffe dei bandi»

LUCA MAZZA

Il mondo della cooperazione sociale rischia il cortocircuito. Dopo il rinnovo contrattuale di gennaio, che ha gettato le basi per gli aumenti ai 400mila addetti, chi rischia di restare con il cerino in mano sono le cooperative: «Le tariffe previste dagli appalti pubblici non sono state aggior-

nate, e con quelle vecchie le nuove retribuzioni sono fuori portata», dice Stefano Granata, presidente di Federsolidarietà Confcooperative. Ma se non verranno garantiti gli adeguamenti, mette in guardia l'organizzazione, 40mila lavoratori potrebbero essere tentati da lasciare il settore, con inevitabili ripercussioni sulle prestazioni oggi erogate a circa 7 milioni di persone. In assenza di soluzioni ra-

pide, le cooperative sociali potrebbero essere «costrette» a lavorare sempre meno con il pubblico.

Servizio a pagina 6

Coop sociali, lavoratori e servizi a rischio se lo Stato non adegua le tariffe nei bandi

LUCA MAZZA
Milano

Retribuzioni più alte previste dalla contrattazione per i lavoratori (circa il 15% a regime), ma che rischiano di diventare insostenibili a causa del mancato aggiornamento delle tariffe della Pubblica Amministrazione per i servizi di welfare erogati dalle cooperative.

È un cortocircuito che rischia di avere effetti devastanti sulle realtà sociali, sul personale occupato e, a cascata, su un sistema nazionale già in sofferenza. A lanciare l'allarme è Stefano Granata, presidente di Confcooperative Federsolidarietà, che chiede soluzioni urgenti per far sì che ognuno sia in grado di fare la propria parte e di veder garantiti i rispettivi diritti: «Per i lavoratori un giusto riconoscimento economico; per le cooperative rette e appalti pubblici adeguati; per le comunità risposte assistenziali, di cura ed educative

in linea con le richieste e i bisogni».

Andiamo con ordine. Lo scorso gennaio è stata raggiunta un'intesa sul contratto della cooperazione sociale che interessa 400.000 lavoratori. Si tratta di un accordo poi confermato dalle consultazioni successive dei lavoratori e delle coop e che prevede, tra i punti principali, aumenti progressivi fino ad arrivare a regime a 120 euro mensili in più al livello C1 (da riparametrare per gli altri livelli contrattuali); dal gennaio 2025 l'introduzione della quattordicesima mensilità al 50%; l'innalzamento dell'importo per la sanità integrativa che raggiunge i 120 euro annui; l'estensione al 100% dell'integrazione economica della maternità.

Il rinnovo è stato accolto con soddisfazione sia dai datori di lavoro sia dai sindacati, nella consapevolezza dell'importanza di sostenere un settore essenziale (come si è visto nel-

la lunga fase pandemica) e sempre più strategico, alla luce della crescita delle diseguglianze e dell'allargamento delle fragilità nel Paese.

Il nuovo contratto collettivo di settore è già operativo da qualche settimana. Ma il punto è che, senza un rapido adeguamento alle tariffe nei bandi pubblici, in grado di «coprire» almeno gli aumenti previsti per legge (+15%), migliaia di cooperative saranno in affanno a far quadrare i conti. La sopravvivenza di tante realtà del settore è in pericolo e c'è un enorme problema di carenza





di manodopera da affrontare. «Secondo le nostre stime è a rischio fuga il 10% degli occupati, circa 40mila lavoratori, con inevitabili ripercussioni sulle prestazioni essenziali di 7 milioni di persone - afferma Granata -. Già negli anni scorsi abbiamo assistito a un massiccio esodo degli operatori verso ambiti lavorativi in grado di garantire la loro sopravvivenza economica. Tale migrazione adesso rischia di proseguire con numeri ancor più dirompenti». Per arrestare l'emorragia delle migliori risorse umane verso altri settori ed evitare di mettere in ginocchio la cooperazione sociale, servirebbe anzitutto una svolta "culturale" da parte del pubblico. «Negli ultimi anni la Pubblica Amministrazione, seguendo esclusivamente la logica del contenimento dei costi, non ha fatto altro che abbassare l'asticella della qualità dei servizi ai fragili - sottolinea Granata -. Quando un Comune fa una gara d'appalto per la costruzione di un ponte o per il rifacimento di una strada assegna il lavoro "a corpo", cioè tenendo conto del costo umano, del

prezzo dei materiali e del margine per la ditta. Mentre nel sistema di assegnazione dei servizi sociosanitari e assistenziali si ragiona solo sul costo orario della persona, come se dietro non ci fossero un'organizzazione aziendale, un coordinamento e una sicurezza da garantire. Ecco perché serve anzitutto un netto cambio di mentalità che riconosca il valore del lavoro sociale». Del resto, sono le sfide del futuro a imporre un cambiamento: «Di fronte al crollo demografico, il conseguente invecchiamento della popolazione e il continuo aumento delle richieste dei servizi assistenziali non dovrebbero esserci alternative al riconoscimento del ruolo cruciale che svolge il Terzo Settore per la tenuta del Paese». Concretamente come è possibile risolvere il nodo dell'aggiornamento delle tariffe? «Ci sono due ambiti su cui agire: per gli appalti regionali (anche attraverso la Conferenza Stato-Regioni) dovrebbe essere più semplice trovare un'omogeneità di sistema che valorizzi la portata di interesse generale dei servizi erogati, men-

tre la questione si complica quando si lavora con le singole amministrazioni comunali, perché il nuovo codice degli appalti apre a una revisione dei prezzi, ma bisognerebbe agire sul piano normativo per esplicitare maggiormente che nelle gare d'appalto le tariffe vanno adeguate obbligatoriamente e in modo automatico ai rinnovi dei contratti». Secondo Granata, finora i margini di guadagno per le cooperative erano già bassissimi, ma adesso rischiano di diventare «inesistenti». Le prime a voler garantire il rispetto del contratto di lavoro sono proprio le cooperative. In chiave di lotta alle false coop e al dumping salariale, è stato costituito un Osservatorio paritetico tra tutti i firmatari del Ccnl sugli appalti (sindacati compresi) per monitorare e vigilare sulla regolarità di bandi e contratti. «Ora il tema della valorizzazione del lavoro sociale deve però entrare al centro del dibattito politico», auspica il presidente di Confcooperative Federsolidarietà. In assenza di soluzioni rapide, risposte efficaci e appalti adeguati, le cooperative

sociali potrebbero essere "costrette" a lavorare sempre meno con il pubblico per rivolgersi al privato: «Sempre più cooperative si stanno interrogando sulla convenienza o meno di partecipare ai bandi regionali e comunali, per cui il rischio c'è - ammette Granata -. Strategicamente è positivo non avere una dipendenza totale dal pubblico, ma bisogna stare attenti a non tirare troppo la corda e arrivare a spezzare quel rapporto stretto che lega lo Stato e la cooperazione sociale e su cui si basa il nostro sistema di welfare».

«Ci sono due ambiti su cui agire: quello regionale e a livello delle singole amministrazioni comunali. In ogni caso bisogna esplicitare nelle gare d'appalto della PA che le tariffe devono essere adeguate ai rinnovi di contratto»

Pericolo di fuga per il 10% degli occupati (40mila unità), con inevitabili ripercussioni sulle prestazioni essenziali di 7 milioni di persone
Negli anni scorsi c'è stato già un massiccio esodo di operatori verso settori più redditizi

Le sfide del Non profit



Stefano Granata

L'INTERVISTA

Stefano Granata, presidente di Confcooperative Federsolidarietà, lancia l'allarme: «Con il rinnovo del contratto aumenti di stipendio di 120 euro mensili, ma gli appalti pubblici ancora non sono aggiornati»





IERI LA GIORNATA DELLA CONSAPEVOLEZZA

Robot, sensori e servizi a casa per bimbi con autismo Ma diagnosi e prese in carico restano spesso tardive

ELISA CAMPISI

È stata celebrata ieri la Giornata mondiale della consapevolezza sull'autismo. La buona notizia, in questa ricorrenza, è che una persona con disturbi dello spettro autistico (Asd) oggi ha più probabilità di vedere riconosciuti i suoi bisogni già nei primi anni di vita. Secondo gli studi più recenti, la maggiore incidenza dei casi riflette proprio «gli effetti combinati di più fattori, tra i quali l'aumento della consapevolezza della società rispetto ai disturbi dello spettro autistico, i progressi nella loro identificazione e la migliore capacità di affrontare i problemi» - spiega Anna Cavallini, alla direzione del dipartimento di Neuropsichiatria infantile della **Fondazione Don Gnocchi** di Milano -. Per esempio, grazie a un progetto che rientra nel Piano operativo regionale autismo, è stato promosso il coinvolgimento dei pediatri nel rilevare i segnali di rischio già ai 18 mesi di vita, favorendo l'invio con canale preferenziale ai centri di neuropsichiatria infantile per avere una diagnosi. C'è una maggiore attenzione delle istituzioni nell'attivazione degli interventi riabilitativi, anche se purtroppo ci sono ancora diagnosi e prese in carico tardive».

Al mondo almeno 78 milioni di persone vivono nello spettro autistico. Circa 600mila solo in Italia, dove i disturbi riguardano un bambino di otto anni su 77, con un'incidenza maggiore di quattro volte tra i maschi. In Lombardia, dove vengono formulate mediamente 134 nuove diagnosi al mese, i casi sospetti ricevono un appuntamento per la visita dello specialista già dopo 15 giorni dalla segnalazione del pediatra. «È un importante passo avanti. Rimane però l'annoso problema delle liste d'attesa per le prese in carico, dovuto all'elevato numero di pazienti e alla necessità per ciascuno di mettere in campo trattamenti multidisciplinari e a lungo termine. Sebbene si stiano attivando percorsi per permettere l'intervento il più precocemente possibile, la sfida per il futuro è avviare una presa in carico tempestiva del bambino e della sua famiglia in rete con le strutture sanitarie, le agenzie educative e il contesto sociale», aggiunge la neuropsichiatra.

In questa direzione vanno alcuni studi che offrono opportunità fino a poco tempo fa inimmaginabili. Nella Neuropsichiatria infantile dell'Ircs Don Gnocchi di Milano, dove sono in carico riabilitativo più di un centinaio di bambini con diagnosi di Asd, sono attivi

diversi progetti di ricerca. Due in particolare sono il frutto di una collaborazione con il Politecnico di Milano: il primo è volto all'individuazione e presa in carico precoce di lattanti fratellini di bambini con autismo; il secondo aiuta a promuovere l'uso dei gesti comunicativi nei bambini autistici di età inferiore ai 6 anni avvalendosi di un robottino umanoide. Il 17 aprile, inoltre, nell'Istituto verrà inaugurata una stanza tecnologicamente assistita per le osservazioni dei bambini durante il gioco, realizzata grazie al sostegno dell'associazione Zorzi per le Neuroscienze. «Si tratta di un ambiente adatto ai bambini con Asd, per l'il-

luminazione, gli arredi e l'uso di colori neutri. Grazie alla presenza di telecamere, sensori di movimento, microfoni e uno specchio unidirezionale, è possibile osservare le attività in tempo reale e quindi lavorare anche con i genitori per aiutarli a comprendere i momenti della seduta e i segnali che il bambino manda», specifica Cavallini.

I segnali che possono arrivare dalle persone con Asd non sono univoci, così come diversi sono i livelli di gravità dei disturbi e quindi le terapie necessarie. Il termine "spettro", infatti, spiega bene un quadro estremamente eterogeneo. Si va dal bambino con particolari abilità e alto potenziale cognitivo, fino a quello con disabilità intellettiva molto grave e assenza di linguaggio che necessita di un supporto costante.

Ad accomunare le persone con Asd sono principalmente due aspetti: una difficoltà nella comunicazione e nelle interazioni sociali e la presenza di anomalie comportamentali, con interessi ristretti e ripetitivi. È importante dunque far emergere le competenze comunicative nei bambini e aiutare anche gli adulti a mantenere dei rapporti. È una delle sfide ingaggiate da Monica Conti, psicoterapeuta alla direzione dei servizi innovativi per l'autismo della **Fondazione Sacra Famiglia**: «Da qualche tempo organizziamo

una serie di incontri su diverse aree tematiche, ai quali ragazzi e adulti possono partecipare in base ai loro interessi. Così li aiutiamo a capire le proprie preferenze e a esprimerle, ma anche a socializzare tra loro, che sia per andare una sera al cinema o per fare un aperitivo». I servizi specializzati di Sacra Famiglia vanno dagli interventi per i più piccoli fino all'età adulta. Gli ambulatori di Counseling, per esempio, prendono in carico il bambino in modo globale, con un'attenzione rivolta anche alla sua famiglia: «Al momento seguiamo circa 300 piccoli. Gli interventi si svolgono nelle nostre sedi, a domicilio e a scuola. L'idea è che il bambino venga conosciuto, sostenuto e accompagnato in tutti i suoi ambiti di vita».

Se durante la crescita il supporto alle famiglie sta diventando sempre più stabile e integrato, il passaggio all'età adulta resta invece un punto critico. Ancora oggi c'è il forte rischio che una volta usciti dalla scuola i giovani con Asd si trovino di fronte al nulla. «Per i ragazzi con un bisogno di supporto minore riusciamo ad attivare dei laboratori di educazione occupa-





zionale, di falegnameria, ceramica e pittura. Tuttavia, le persone che riescono effettivamente a entrare nel mondo del lavoro si contano sulle dita di una mano», spiega ancora Conti. Le ragioni sono diverse. Già la fase di colloquio, se dall'altra parte non si trova un'attenzione particolare, finisce per essere un'esperienza non positiva. «Ammessi che ottengano il lavoro, bisognerebbe supportarli anche dopo perché si trovano catapultati in un mondo completamente diverso, in cui ogni piccola cosa può creare negatività». È importante ricordare, inoltre, che non tutti gli ambienti sono inclusivi: «Si sta cominciando a strutturare qualche contesto in modo che sia favorevole alle persone autistiche, dal settore alberghiero alla ristorazione. Soprattutto nelle scuole, sempre più insegnanti sanno di dover fare attenzione alla rumorosità e all'illuminazione della classe e utilizzano le immagini per aiutare la comprensione. Molti luoghi

rimangono invece difficili. Ad esempio, il pronto soccorso, per una persona che fa fatica a capire perché è lì con tutta quella gente intorno, rischiano di innescare situazioni esplosive». L'aumento di conoscenza, di informazione e quindi anche di possibilità di diagnosi tempestiva è un'enorme conquista, ma il cammino per i diritti delle persone con Asd e le loro famiglie è ancora lungo.

Le esperienze terapeutiche più innovative messe in campo dalle Fondazioni "Don Gnocchi" e "Sacra Famiglia" e il nodo delle liste d'attesa, dovute all'elevato numero di pazienti e alla necessità, per ognuno, di mettere in campo trattamenti multidisciplinari e a lungo termine



Mai scuotere un neonato per aiutarlo a calmarsi

PREVENZIONE

Terre des Hommes, da sempre attiva per la tutela dei minori, insieme alla Società Italiana di Medicina di Emergenza Pediatrica e con il supporto della rete ospedaliera contro il Maltrattamento Infantile, il 7 aprile sarà presente in oltre 25 città, con punti informativi sulla Shaken Baby Syndrome (la sindrome del bambino scosso) e su come prevenirla.

L'iniziativa porterà per la pri-

ma volta negli spazi pubblici delle città coinvolte la campagna NONSCUOTERLO! (l'elenco delle città coinvolte è su nonscuoterlo.it) per sensibilizzare genitori, operatori sanitari e delle strutture per l'infanzia.

La Shaken Baby Syndrome, un trauma cerebrale che può avvenire nei neonati se scossi violentemente, può portare al coma o alla morte in 1 caso su 4. I più colpiti sono i bambini tra le 2 settimane e i 6 mesi di vita, periodo di massima intensità del pianto del lattante. Evento che

può spingere il genitore o chi si prende cura del bambino a operare manovre consolatorie maldestre, come lo scuotimento.



Bertolaso l'americano a caccia di medici e infermieri

L'assessore fa shopping in Argentina, Paraguay e poi a Washington

di **ANDREA SPARACIARI**

L'assessore **Guido Bertolaso** intenzionato a fare shopping oltreoceano. Ma, se una volta si andava in America per comprare Levi's e Timberland, ora si va (se si è assessori al Welfare) per comprare medici e infermieri. I primi, ha riferito ieri, li vuole prendere negli Usa, i secondi in Argentina e Paraguay... In Sud America sbarcherà con l'obiettivo di far arrivare entro la fine del 2024 tra i 400 e i 500 infermieri. Negli Stati Uniti, invece, incontrerà i sanitari italiani espatriati, per convincerli a tornare a casa. In pratica, il Bertolaso politico intende sbarcare negli Usa, dove i medici guadagnano dieci volte di più dell'Italia e dove il merito viene riconosciuto e premiato, per convincerli a tornare in un Paese dove i direttori sanitari sono scelti dalla politica (spesso senza alcuna capacità); la ricerca è indirizzata dalla politica; gli avanzamenti di carriera e i riconoscimenti sono decisi dalla politica. Un sicuro successo... "La strategia è cercare di dare una risposta con la massima urgenza a quelle carenze di organico che io sto denunciando da anni e che adesso evidentemente sono state suffragate e confermate dalla realtà,

Queste assunzioni - ha commentato **Attilio Fontana** - consentirebbero di superare il momento più critico delle necessità della nostra Regione in attesa dei provvedimenti che questo governo sta assumendo per allargare il numero delle persone che possono iscriversi alle facoltà universitarie sia di medicina sia di infermieristica e che queste misure possano dare i loro risultati".

Il lato comico (se non tragico) di tutta questa iniziativa è che è proprio la questione salariale - sia per i medici che per gli infermieri - è la prima motivazione della carenza di sanitari, come sottolinea il capogruppo del Movimento Cinque Stelle in Regione Lombardia, **Nicola Di Marco**: "Di fronte agli enormi problemi della sanità pubblica lombarda e alle gravi difficoltà della professione infermieristica, Fontana e Bertolaso decidono di non risolvere i problemi,

ma di fare dumping sociale. Il punto è che in Lombardia, come nel resto d'Italia, il personale sanitario non è adeguatamente retribuito, oltre che sovraccarico di lavoro e sempre più vittima di stress lavorativo e burn-out. Dietro questa logica aziendalistica, che sottomette al business la nostra salute, non c'è incapacità, ma il preciso disegno di una destra che mira a picconare costantemente i pilastri del servizio sanitario pubblico, drenando risorse e peggiorando la qualità dei servizi, allo scopo di aprire crepe all'interno delle quali il privato può crescere indisturbato, finché la sanità pubblica non esisterà più".

Paghamoli di più

Per evitare la carenza di sanitari basterebbe aumentare i salari. Ma si preferisce fare dumping sociale



Salute a rischio Il grafico dell'Arpa prevede almeno fino a domani le Pm10 tre volte superiori ai limiti di legge



L'Arpa Lazio prevede fino a domani livelli di polveri sottili (Pm10) di 126 microgrammi per metro cubo. Le raccomandazioni del Comune

Smog, è ancora allarme: oggi 3 volte oltre il limite

A Roma tira un po' di vento e c'è qualche accenno di pioggia, ma l'allarme polveri sottili non rientra. Anzi, è il tramonto giallo a dare alla città un'aura strana, quasi spettrale, comunque innaturale rispetto al tipico cielo romano rosso fuoco che, di solito, colora le serate di primavera. Colpa della cappa di sabbia sahariana che, impedendo il ricambio dell'aria, tiene la Capitale nella morsa dello smog. Tanto che in città, per le vie del Centro stracolme di turisti, a enfatizzare l'ansia che si respira nell'aria come il surplus di particolato, si rivede anche qualche mascherina, inconsapevole evocazione di ricordi nefasti legati alla pandemia.

Così il Campidoglio — a due giorni dall'allerta massima e a

quattro dall'ordinanza specifica diramata per fronteggiarla — rinnova dal sito le raccomandazioni ai cittadini affinché siano protette le categorie più fragili, come bambini, donne in gravidanza, anziani, cardiopatici e soggetti con patologie respiratorie. Anche perché le previsioni dell'Arpa segnalano un peggioramento in vista: il picco di smog, inizialmente previsto per ieri, slitta a domani, quando la concentrazione media giornaliera arriverà a toccare quota 126 microgrammi per metrocubo. Oggi siamo a 125, venerdì 118, e toccherà aspettare fino a sabato 6 per un miglioramento (103). Salvo ulteriori aggiustamenti connessi al fatto che, col tempo che migliora, con le probabilità di pioggia che si riducono e la temperatura in au-

mento fino a 26°, il «peso» delle Pm10 può aumentare.

Infatti per i fragili il Comune raccomanda di evitare esposizioni prolungate alle alte concentrazioni di inquinanti, e senza porre limiti temporali. Siamo al quarto giorno consecutivo di superamento dei limiti del Pm10, con valori mediamente del doppio, talvolta triplo, in tutte le centraline installate in città rispetto alla soglia di legge fissata a 50 microgrammi per metro cubo. I modelli grafici forniti quotidianamente da Arpa evidenziano «la



presenza di un contributo di materiale particolato di origine naturale, connesso a un intenso fenomeno di trasporto di polveri desertiche». Significa, in pratica, che al netto di emissioni teoricamente sotto controllo da parte di auto e riscaldamento, la sabbia del deserto funziona in questa fase come un tappo che impedisce all'aria di ripulirsi. Per questo anche durante il ciclo di monitoraggio della qualità dell'aria di ieri (ore 16,43) è stato rilevato il «superamento del valore limite giornaliero di Pm10 pre-

visto dalla normativa vigente», dice il report trasmesso dalle centraline. Che dà il senso di una nube che non se ne vuole andare, ma che è in movimento sulla città: 121 microgrammi per metrocubo in via Arenula, 108 in corso Francia, 118 a Cinecittà, 103 a Villa Ada, 113 a Castel di Guido, 97 a Cavaliere, 141 a Ciampino, 127 a Fermi, 112 a Bufalotta, 114 a Cipro, 101 a Tiburtina e 116 a Malagrotta.

Il Campidoglio, che non esclude un ulteriore giro di vite sui trasporti se i dati dovessero ancora peggiorare, ha comunque ribadito alcune azioni vo-

lontarie per prevenire l'aumento dello smog: «Optare per l'uso dei trasporti pubblici evitando il più possibile il veicolo privato a motore», scrive prima di fornire spunti sul come muoversi a emissioni controllate. Quindi *car pooling* e *car sharing* o veicoli elettrici, ibridi o a metano. Un cambio di abitudini, insomma. Finché non tirerà un'altra aria.

Andrea Arzilli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I dati

● Il picco di inquinamento, inizialmente previsto da Arpa per ieri, slitta a domani, quando la concentrazione media giornaliera di particolato (pm10) arriverà a quota 126 microgrammi per metrocubo. Oggi siamo a 125, venerdì 118, e toccherà aspettare fino a sabato per un miglioramento (103) ulteriore

L'ostacolo

La sabbia funziona in questa fase come un tappo che impedisce all'aria di ripulirsi

Il fatto

● L'Ama ha acquistato 10 ettari di terreni dove il Comune vorrebbe costruire il termovalorizzatore per 7 milioni e mezzo

● Secondo il Movimento 5 Stelle la vendita avrebbe dovuto aggirarsi sui 4,5 milioni. I magistrati contabili indagano per danno erariale



IL CASO Campania La denuncia alla Procura

Caos elisoccorso: “A Salerno medici non specializzati”

Anestesisti e infermieri

Liste regionali ignorate,
presi esterni e partite Iva
L'Asl: “Manca personale”

» Vincenzo Bisbiglia

Medici ancora specializzandi, personale a partita Iva, rianimatori provenienti da altre regioni e pure infermieri “prestati” da cliniche private. Il risultato è quello di avere turni dove c'è chi lavora a ritmi vertiginosi - i non dipendenti - e chi viene relegato al minimo di ore sindacali. È il quadro della (presunta) disorganizzazione presente all'interno del servizio di elisoccorso nelle Asl campane di Napoli Centro e Salerno, almeno stando a una dettagliata denuncia depositata in procura a Napoli nel gennaio scorso. La querela, a cura di un dipendente, in realtà è stata presentata per *mobbing*. “Abusi” che, stando al documento finito sulla scrivania dei pm, sarebbero stati perpetrati proprio a seguito delle questioni organizzative poste a ripetizione da parte di alcuni lavoratori e, probabilmente, mal digerite dai responsabili del servizio.

IL RECLUTAMENTO del personale prende il via il 1° aprile 2022 con una delibera della Regione Campania in cui si richiede alle Asl “personale medico e infermieristico in servizio da dedicare e abilitare al servizio emergenza con elicottero”. L'Asl Napoli 1 sostanzia l'indicazione della Regione con un'ulteriore delibera del 5 luglio 2017 in cui si stabilisce di “adottare e stipulare

convenzione attiva tra Asl Napoli 1 Centro e Alidaunia Srl (una società di elitransporto di Foggia, ndr) per l'erogazione di prestazioni di anestesista rianimatore e di infermiere area critica in elisoccorso” e che “l'Aulidania (...) ha formalmente chiesto la disponibilità a instaurare un rapporto convenzionale per lo svolgimento di detta attività con medici anestesisti rianimatori e/o infermieri di area critica, abilitati a tale specifica attività, per almeno 6 turni mensili”. A tale delibera, veniva allegato un elenco di 15 medici anestesisti rianimatori e 36 infermieri di area critica. Peccato che alla fine, tra i dottori e gli infermieri indicati in quella lista, verranno chiamate solo due persone.

Il 12 aprile successivo ecco la delibera dell'Asl Salerno, che non tiene praticamente conto dell'elenco prodotto dalla Asl Napoli 1 e indica, si legge nell'esposto, “una lista di medici e infermieri ove alcuni erano professionisti a partita iva e non dipendenti della Asl (senza avere mai avuto alcun rapporto lavorativo con l'Asl)”. Il motivo? Una delibera di poco precedente a firma del direttore generale della Asl di Salerno, datata 29 luglio 2022, affermata l'esistenza di una “insufficiente adesione



dei dipendenti a fornire la propria disponibilità all'espletamento del servizio". Lo sostiene tutt'oggi la Asl cilentana, che contattata dal *Fatto*, spiega: "Personale medico e infermieristico a partita Iva è stato ingaggiato in funzione della scarsità di partecipazione alle procedure indette dalle varie Asl, come è successo anche per i pronto soccorso ospedalieri, laddove i concorsi sono quasi deserti (30% di partecipanti rispetto ai posti messi a disposizione)".

Ma allora come si spiega la lista fornita dalla Asl Napoli 1 e quasi totalmente ignorata sia dalla stessa azienda partenopea sia da quella salernitana? "Ci sono stati criteri di scelta molto personali", sostiene l'esposto, spiegando che tra le persone selezionate vi erano: medici specializzandi "di cui uno in medicina d'urgenza proveniente da

un'altra regione"; medici anestesisti rianimatori "provenienti da altre regioni (...) senza alcuna convenzione"; medici anestesisti "in extramoenia" con aziende private; infermieri "a partita Iva" e un infermiere "che presta servizio in una clinica privata.

IL PROBLEMA, stando all'esposto, sarebbe anche nella turnazione di questo personale. "La maggior parte dei turni infermieristici - riporta la testimonianza del querelante - venivano svolti" da un infermiere a partita Iva, promosso (si apprende dalla denuncia) a co-responsabile del servizio. Stessa cosa per quanto riguarda "gli altri infermieri a partita Iva", mentre "solo alcuni dei dipendenti Asl venivano incaricati per i 6 turni mensili previsti dalle convenzioni. Allegati alla denuncia ci sono anche i turni di novembre 2023 e quelli di gennaio 2024. "La selezione del personale è a opera delle Asl - spiegano al *Fatto* da Alidaunia - Non tutti i profes-

nisti però sono in grado di affrontare un servizio duro come l'elisoccorso, sia dal punto di vista fisico che psicologico".

A quanto *Il Fatto* ha potuto verificare, la gestione del personale dell'elisoccorso non ha impattato sul servizio. Ma il dubbio che viene sollevato ai pm napoletani riguarda i criteri di selezione del personale e il loro utilizzo. Ora bisogna capire se la Procura approfondirà quanto denunciato dal dipendente.

