



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**23 Settembre 2024**

**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



## Tumori rari, Policlinico Giaccone tra i Centri di riferimento in Europa

*Si occupa di sarcomi, per cui è stato accreditato nel dominio G1 di EURACAN e di neoplasie neuroendocrine. L'intervista a Giuseppe Badalamenti.*

23 Settembre 2024 - di **Caterina Ganci**



**Tumore raro** non significa tumore non curabile, ma certamente una gestione inadeguata dei pazienti comporta un aumento del rischio di recidiva e di morte. A Palermo esiste un centro europeo **EURACAN** nell'ambito delle ERN (**Reti Europee per le malattie rare**), presso il **Policlinico "Paolo Giaccone"**, che è stato accreditato dalla commissione europea per i sarcomi nel marzo 2022. «Il paziente affetto da tumore raro va sempre riferito in centro con elevato *expertise*- spiega **Giuseppe Badalamenti** (*nella foto*), coordinatore insieme al Prof. **Antonio Russo** del centro di riferimento- perché questo permette di fare una diagnosi corretta e di ricevere le giuste cure. Un altro aspetto molto importante è che nei centri dedicati sono attivi gli **studi clinici**, per cui il paziente può ricevere anche le cure sperimentali».

### **Al Policlinico di Palermo il centro di riferimento europeo di quali tumori si occupa?**

«Ci occupiamo di **sarcomi**, per cui siamo stati accreditati nel dominio G1 di EURACAN e di **neoplasie neuroendocrine**, per cui speriamo presto di accreditarci. In atto siamo uno dei 36 centri ufficiali per G1 Sarcomi in Europa e uno dei 9 in Italia e nell'ambito della Rete nazionale tumori rari siamo anche un Hub».

### **Il centro regionale del Policlinico fa parte di EURACAN. Questo cosa significa per il paziente?**

«Oltre ad una presa in carico multidisciplinare nel nostro centro, i casi più complessi vengono discussi ogni settimana nell'ambito di un *board* nazionale coordinato dall'Istituto Nazionale Tumori di Milano e una volta al mese con tutti i centri europei. Questa rappresenta una ulteriore garanzia per il paziente. Oltretutto EURACAN consente agli specialisti che ne fanno parte di spostarsi nei diversi centri per fare esperienza e perfezionarsi».

### Il fatto che un tumore sia raro non significa che sia incurabile...

«Il tumore raro incide per meno di sei persone su 100.000 per anno. La definizione di tumore raro è soltanto una definizione di incidenza ma non di prevalenza. Diciamo che i tumori rari rappresentano circa il 20% di tutte le neoplasie, per questo hanno un impatto importante nella popolazione generale».

### L'importanza di essere seguiti nei centri di riferimento...

«Mediamente in Europa un paziente con tumore raro vive di meno rispetto a ad un paziente con tumore frequente. Questo non significa che il tumore raro sia biologicamente più aggressivo della controparte frequente, ma significa semplicemente che la diagnosi è più tardiva e le cure spesso non adeguate fuori dai centri di riferimento. L'unica cosa che può aumentare l'**aspettativa di vita** dei pazienti affetti da neoplasie rare è il riferimento al centro con elevato expertise».

### Non sempre è facile riconoscere una patologia rara?

«In media in Europa il ritardo diagnostico del tumore raro si attesta intorno ai tre, quattro anni. Il percorso diagnostico non sempre è immediato, spesso richiede anche una *second opinion* e questo genera ulteriori ritardi».

### Quanti sono i pazienti che seguite e da quali province?

«Nel 2023 abbiamo visto come primi accessi 340 **sarcomi** e 70 **tumori endocrini rari**. Numeri molto elevati. I pazienti arrivano da tutta la Sicilia, ma abbiamo anche seguito pazienti pugliesi, calabresi e campani».

### Quali le professionalità impiegate nel centro?

«Tutti i centri EURACAN devono avere un team **multidisciplinare** che si deve riunire almeno 1 volta alla settimana. Il *core* del team è rappresentato da oncologi, chirurghi (addome, toracico e plastico), ortopedici, radiologi e radioterapisti. In relazione alle diverse necessità, poi, vengono coinvolti anche altri specialisti. L'anno scorso è stato infine aperto il reparto di **degenza ordinaria**, e per questo ringrazio i vertici aziendali, con sei posti letto e questo ci sta consentendo di seguire anche i casi più complessi dal punto di vista gestionale».

**LA SANITÀ SPACCATA**

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

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

di **Michele Bocci**

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

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

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

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

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

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

Da pochi giorni la Conferenza delle Regioni ha calcolato il valore

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

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



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

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

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

## Le prime

### Lombardia

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

### Emilia-Romagna

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

### Veneto

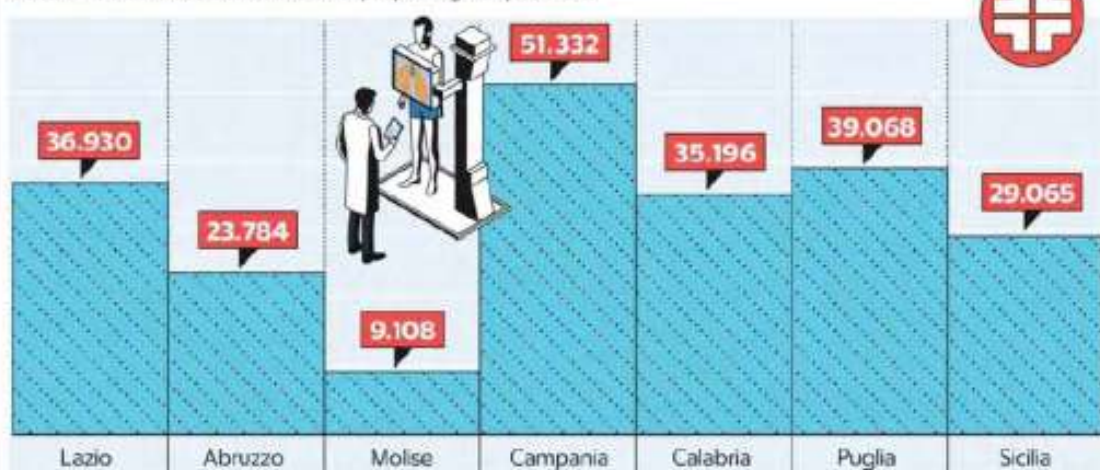
La Regione riceve 469 milioni per i cittadini arrivati da fuori e ne spende 280. Il saldo di 189 milioni nel 2023 cresce rispetto ai 176 dell'anno precedente



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

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

Cittadini che nel 2022 hanno lasciato la propria regione per curarsi



Fonte: Ansa

## Le ultime

### Campania

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

### Calabria

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

### Sicilia

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



## I NUMERI

CASE E OSPEDALI  
DI COMUNITÀ:  
AUMENTA IL DIVARIO

di Luciano Buglione

II

CASE E OSPEDALI DI COMUNITÀ  
CRESCIE IL DIVARIO

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

di Luciano Buglione

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

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

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

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

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



## L'ECONOMIA MEZZOGIORNO

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

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

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

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## UN PAESE IN CRISI DI CURA

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

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

di Maurizio Crippa

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

### Parametri poco vitali

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

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

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



# IL FOGLIO

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

## Eroi dello schermo

Eppure solo qualche anno fa gli infermieri, con i medici, erano gli "eroi" che ci hanno salvato dalla pandemia.

(segue a pagina due)

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

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

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



## Rischio boom contagi

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

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

Evangelisti e Valenza a pag. 15



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

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

#### IL CASO

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

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

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

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



mesi di vita».

## L'OSTACOLO

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

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

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

Spiega dal ministero della Salute la dottoressa Campitiello: «Ribadiamo i numeri: nel 2023-2024 la copertura negli anziani è diminuita di 3,4 punti percentuali rispetto alla stagione precedente. Si conferma quindi un trend in diminuzione nelle ultime stagioni ed avviene in quasi tutte le regioni italiane tranne nella Provincia Autonoma di Bolzano, nella Liguria, nelle Marche in cui si registra un lieve aumento e nel Molise in cui la copertura è rimasta invariata. Noi però vogliamo spingere per ripartire, perché per molte categorie è importante proteggersi dall'influenza, tenendo conto che gli sbalzi di temperatura divenuti sempre più comuni favoriscono la diffusione del virus. Per questo nella campagna vaccinale, ma anche in quella di comunicazione, coinvolgeremo certo i medici di famiglia, ma anche i pediatri, i ginecologi, le farmacie che hanno un ruolo chiave».

Ma a chi è suggerita la vaccinazione contro l'influenza e dunque offerta gratuitamente? La circolare del ministero della Salute pone a 60 anni l'età in cui cominciare a vaccinarsi regolarmente (ovviamente possono farlo a pagamento anche i più giovani, ma per gli ultra sessantenni è consigliato). Ci sono poi «le donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano in qualsiasi trimestre della gravidanza e nel periodo "post partum"». Persone dai 7 anni ai 60 anni di età affette da una serie di patologie «che aumentano il rischio di complicanze da influenza». Ancora: persone di qualunque età ricoverate presso strutture per lungodegenti, familiari e contatti (adulti e bambini) di persone ad alto rischio di complicanze. E i bambini? È raccomandato tra i 6 mesi e i 6 anni. A queste categorie si aggiungono i lavoratori in servizi pubblici essenziali, dalle forze dell'ordine al personale sanitario. «Faremo una campagna informativa e di promozione molto articolata - conclude la dottoressa Campitiello - perché dobbiamo invertire la tendenza. Per noi la strada maestra è quella indicata dalla scienza».

**Mauro Evangelisti  
Giampiero Valenza**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I SUGGERIMENTI

### I PUNTI

**1 Numeri più bassi**  
Nel 2020 il tasso di adesione alla campagna vaccinale contro l'influenza era vicino al 24 per cento sul totale della popolazione. L'anno scorso è però scesa sotto quota 19

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

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

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



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

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

IL CASO

ALESSANDRO MONDO

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

Parliamo di mobilità passiva, ovvero di pazienti che scelgono di farsi curare in ospedali e cliniche di altre regioni, e del costo che il Piemonte deve rimborsare per le cure erogate. Tra il 2012 e il 2021 il Piemonte era in rosso per 300 milioni. L'annus horribilis era stato il 2018, con - 88,5 milioni. Non a caso, quando la Regione era uscita dal Piano di rientro della Sanità (2010-2017) che impose taglio dei posti letto e del personale, chiusure e accorpa-

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

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

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

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

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

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

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



FEDERICO RIBOLDI  
ASSESSORE REGIONALE  
SANITÀ

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

**In Italia cresce la mobilità sanitaria, nel 223 il giro d'affari ha sfiorato i 4.6 miliardi**

**7**

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

**14**

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

**+596**

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

