



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**03 Novembre 2022**

**A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA**

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Donazione degli organi, in Sicilia i no sono ancora troppi

**PALERMO (ITALPRESS) – La donazione degli organi è un presupposto essenziale per gli interventi di trapianto. In Sicilia, però, si registrano ancora tante opposizioni e questo è un problema “culturale” che va affrontato a partire dal “sì in Comune”, ovvero da quella scelta richiesta al momento del rinnovo del documento d’identità. Lo ha sottolineato in**



PALERMO (ITALPRESS) - La donazione degli organi è un presupposto essenziale per gli interventi di trapianto. In Sicilia, però, si registrano ancora tante opposizioni e questo è un problema "culturale" che va affrontato a partire dal "sì in Comune", ovvero da quella scelta richiesta al momento del rinnovo del documento d'identità. Lo ha sottolineato in un'intervista all'Italpress il responsabile del Centro regionale trapianti siciliano, Giorgio Battaglia. In tema di donazione di organi, alla data del 29 ottobre, le dichiarazioni di volontà registrate negli uffici anagrafe dei comuni siciliani erano 891.658, di cui il 58,4% di consenso e il 41,6% di opposizione. Per il responsabile del centro trapianti siciliano, quindi, "il problema è proprio culturale". Infatti, si tratta di "un dato quasi contrastante perchè - ha spiegato - c'è stato un premio per i comuni con il maggior numero di accettazioni di donazioni in vita e ha vinto un comune siciliano, Geraci Siculo. Era il comune con più dichiarazioni di volontà in senso positivo in



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Italia". "Il problema è proprio culturale: in quel paesino delle Madonie - ha ricordato Battaglia - una famiglia decise di donare gli organi per una bambina che era in morte cerebrale, anche se poi non li ha potuti dare a causa di una patologia. Fu comunque un modo per sensibilizzare la popolazione: la donazione era un fatto positivo e che non faceva morire la bambina ma la portava in vita attraverso le persone che ricevevano quel dono". Per Battaglia, "in Sicilia ci vorrebbero tanti di questi esempi in quanto abbiamo un tasso di opposizione - ha continuato - che è quasi il doppio rispetto alle regioni più virtuose. Infatti abbiamo quasi il 50% di 'nò in Comune rispetto alle regioni più virtuose che si attestano più o meno al 20%". Proprio per contrastare l'opposizione alla donazione di organi, il Commissario dello Stato per la Regione Siciliana, Ignazio Portelli, ha scritto a tutti i sindaci e ai prefetti delle nove province siciliane, secondo quanto concordato in un incontro tenuto proprio con Battaglia. "E' un esempio - ha spiegato il coordinatore del Centro regionale trapianti siciliano - di come le istituzioni sono sensibili a questo problema. Abbiamo pazienti che muoiono in lista d'attesa per il trapianto perchè non ci sono gli organi. Il sì in Comune, quando andiamo a rinnovare la nostra carta d'identità, è il sì che dà la vita. Non possiamo chiederlo alle famiglie dietro la porta di una rianimazione in un momento di grande dolore. E' più facile che decidiamo noi. Quello del Commissario dello Stato ai prefetti - ha continuato - è un modo per sensibilizzare tutti gli operatori di anagrafe perchè informino i cittadini del grande significato sociale che può essere quel 'sì' alla donazione. Il 'sì' in Comune è la prospettiva migliore per fare uscire la Sicilia da questa arretratezza culturale in cui si trova per una grande opposizione". E' fondamentale, quindi, che la scelta della donazione venga compiuta per tempo e dopo una serena riflessione. Per sensibilizzare efficacemente i cittadini occorre "promuovere la cultura della vita che è la cultura che sta dietro quel sì", ha affermato Battaglia. "Il Commissario dello Stato ha indirizzato la lettera ai prefetti - ha aggiunto - perchè questi operatori vengano formati in modo adeguato". Se i cittadini hanno "bisogno di un'informazione e di capire che cosa sta dietro", la possibilità c'è: con "dèpliant, comunicazione e informazione corretta - ha detto - possiamo interagire e fare comprendere che purtroppo quando la morte cerebrale avviene è sicura. Il legislatore è stato particolarmente sensibile - ha concluso - e ha fatto sì che non ci possano essere deroghe o qualcosa che possa essere dietro, una commercializzazione di organi o tutto ciò che possa essere non trasparente dietro il sì a donare".



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## Nuovo contratto della Sanità pubblica, la Fp Cgil Sicilia: «Un risultato importante»

*Il segretario generale Gaetano Aglio: «Ora subito di nuovo attorno al Tavolo per il rinnovo legato al triennio 2022-2024»*

3 Novembre 2022 - di [Redazione](#)

«Non possiamo che essere soddisfatti per la firma, che segna un importante passo in avanti per valorizzare il personale della sanità pubblica». È il commento di **Fp Cgil Sicilia** dopo la sottoscrizione del **nuovo contratto** collettivo nazionale di lavoro, definito dopo una lunga e complessa trattativa tra Aran e sindacati

«Finalmente ci siamo, **un risultato importante** sia in termini di riconoscimento salariale e di diritti per le lavoratrici e i lavoratori delle strutture pubbliche, che in chiave di rilancio dell'intero SSN- afferma il Segretario Generale della Funzione Pubblica, **Gaetano Aglio** (nella foto)- Fermo restando che, tenuto conto che quello appena sottoscritto riguarda il periodo 2019-2021, occorre subito tornare a sedersi attorno al Tavolo per discutere del prossimo contratto legato al **triennio 2022-2024**».

«L'azione di pressing e di rappresentanza di Fp Cgil continuerà ad essere costante ed incisiva nei confronti del Governo nazionale per salvaguardare la dignità del lavoro e il diritto alla salute dei cittadini- conclude Aglio- Due condizioni fondamentali che passano attraverso lo stanziamento di **maggiori risorse** finanziarie, necessarie per il riconoscimento e la gratificazione contrattuale della delicata attività professionale svolta dagli operatori del comparto e per l'attivazione di un piano straordinario di assunzioni».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## Infarto nei pazienti fragili, finanziamento ministeriale al Policlinico di Messina

*Sono stati assegnati 348.886 euro alle Unità operative di Cardiologia Interventistica e UTIC per studiare nuove opportunità terapeutiche.*

3 Novembre 2022 - di [Redazione](#)

MESSINA. Studiare nuove opportunità **terapeutiche** per **pazienti con infarto** a rischio di sanguinamento. Sarà possibile, presso l'AOU "Martino" di Messina, grazie a un **finanziamento** del Ministero della Salute che ha assegnato 348.886 € alle Unità Operative di **Cardiologia Interventistica** e **UTIC** ( Unità di Terapia Intensiva Cardiologica) dell'azienda ospedaliera universitaria. Un **finanziamento** che rientra nel prestigioso progetto ministeriale di **Ricerca Finalizzato**, riservato ai giovani ricercatori sotto i 40 anni di età, assegnato al prof. **Francesco Costa**, ricercatore universitario e dirigente medico dell'equipe di Cardiologia. Un risultato frutto di un lavoro di squadra sviluppato in collaborazione con il dott. **Giampiero Vizzari**, cardiologo dell'AOU, i professori **Gianluca di Bella** e **Antonio Micari** direttori delle Unità Operative di UTIC e Cardiologia Interventistica. **L'obiettivo** è quello di valutare l'impatto di nuove **strategie antitrombotiche** in soggetti affetti da infarto che hanno un elevato rischio emorragico migliorando la qualità della ricerca e dell'assistenza. I pazienti saranno identificati attraverso un punteggio di rischio- già sviluppato dal Prof. Costa e pubblicato sulla prestigiosa rivista The Lancet- per poi essere trattati attraverso tecniche di medicina di precisione. «**Una grande possibilità** per il nostro centro e per i nostri pazienti- sottolinea il prof. Costa- Potremo studiare in maniera rigorosa **nuove opportunità terapeutiche** per quei pazienti **molto fragili** che hanno un elevato rischio di sanguinamento. Il finanziamento ci permetterà di acquisire nuove tecnologie, attualmente non disponibili in Azienda, tra cui test per la **funzionalità piastrinica, test genetici** e dispositivi per l'aderenza terapeutica che ci permetteranno



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

di garantire una **medicina di precisione**. In più verrà sviluppata un'App per supportare e seguire questi pazienti in maniera più stringente». La ricerca finalizzata è un **bando competitivo** di ricerca sanitaria volto ad assicurare lo sviluppo e la qualità delle prestazioni del Servizio sanitario ai cittadini. Il progetto messinese, vincitore come progetto **“change-promoting”**, si è posizionato alla 27esima posizione a livello nazionale, quinto tra i progetti in cardiologia e l'unico selezionato in Sicilia in questa categoria, superando una selezione di 948 proposte. Inoltre rientra tra gli unici tre assegnati al sud Italia in una classifica dominata da prestigiosi ospedali ed IRCSS del nord. Ulteriori importanti finanziamenti sono stati ottenuti dalla **Farmacologia Clinica** in collaborazione con l'IRCSS San Matteo di Pavia. «Un riconoscimento- evidenza il prof. **Antonio Micari**– che valorizza il percorso avviato e sviluppato dalla nostra cardiologia per garantire sempre più percorsi di cura di eccellenza, altamente specialistici e di qualità, sia sul fronte della ricerca che dell'assistenza. Vorrei ringraziare il rettore **Salvatore Cuzzocrea** e il Commissario Straordinario **Giampiero Bonaccorsi** per l'impegno profuso nel garantire la crescita di questo gruppo che ha enormi potenzialità».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## «Infermieri demansionati»: Cannizzaro condannato a un maxi-risarcimento

*L'ospedale dovrà versare a 14 ricorrenti il 10% della retribuzione per ogni mese degli ultimi 10 anni, per un totale di circa 400 mila euro.*

Gli **infermieri** che svolgono le attività proprie degli **operatori sociosanitari**, gli Oss, subiscono un **demansionamento** e vanno risarciti. Il Giudice del lavoro del **Tribunale di Catania**, Giuseppe Giovanni Di Benedetto, ha emesso una sentenza di risarcimento danni per demansionamento nei confronti di 14 infermieri del reparto di Anestesia e rianimazione. L'azienda ospedaliera **Cannizzaro** di Catania dovrà versare il **10% della retribuzione** per ogni mese riferita agli ultimi 10 anni a titolo risarcitorio, per un totale stimato di circa **400 mila euro**. Il sindacato **Nursind** di Catania, guidato da **Salvo Vaccaro** (*nella foto di Insanitas*), ritiene molto importante questa ulteriore sentenza, «la prima in Italia che riguarda una **Terapia intensiva**, che vede soccombere nuovamente l'azienda Cannizzaro di Catania nei confronti di operatori sanitari penalizzati dalla mancata assunzione di Oss in maniera congrua». Per l'avvocato **Domenico De Angelis** si tratta di «un'altra vittoria pregnante per la **tutela** della professione infermieristica nel solco di una giurisprudenza ormai consolidata della Cassazione. Una professione troppo spesso svilita dalle condotte delle aziende sanitarie che distolgono gli infermieri dall'esercizio della loro **professione intellettuale**, per adibirli a mansioni ausiliarie e di supporto. Questa sentenza rappresenta infine una grande vittoria del Nursind che con abnegazione quotidiana e con la professionalità specifica dei suoi dirigenti ha reso possibile tale risultato». Anche Vaccaro, segretario territoriale del **Nursind Catania**, sostiene che «quanto disposto dal Giudice del lavoro del Tribunale di Catania rappresenta un ulteriore elemento di giustizia nei confronti di una pratica abusata e consolidata, che **svilisce le competenze** acquisite dagli infermieri quali professionisti della sanità. Purtroppo, ancora una volta, è la via giudiziaria quella che si è



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

costretti a perseguire per avere riconosciuto il diritto a svolgere la propria attività in aderenza al proprio profilo».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti  
Sicilia**

# GIORNALE DI SICILIA

## Vaccini: in 7 giorni crollo del 25% delle quarte dosi

03 Novembre 2022



Sono state quasi 4,3 milioni le quarte dosi di vaccino contro il Covid-19, ovvero l'hanno fatta circa due persone su dieci tra quelle a cui sono prioritariamente consigliate. Ma nella settimana dal 26 ottobre al 1 novembre, la media delle somministrazioni ha visto un forte calo del 25,3%: ne sono state fatte 27.680 al giorno, rispetto alle 37.031 della scorsa settimana. Lo rileva il monitoraggio della Fondazione Gimbe sull'andamento della campagna vaccinale, i cui dati risultano ancora aggiornati quotidianamente. Sono 6,8 milioni le persone di età superiore a 5 anni che non hanno ricevuto nemmeno una dose di vaccino contro il Covid. Secondo il monitoraggio della Fondazione Gimbe, in base alla platea di 19,1 milioni di persone tra over 60, fragili, immunocompromessi, operatori sanitari e ospiti delle Rsa, il tasso di copertura con le quarte dosi è del 22,5% ma con nette differenze regionali: si va dal 10,5% della Sicilia al 34,2% del Piemonte. Mentre sono 6,8 milioni le persone di età superiore a 5 anni che non hanno ricevuto nemmeno una dose di vaccino contro il Covid-19, nella settimana 26 ottobre-1 novembre calano anche i nuovi vaccinati: sono stati 1.339 rispetto ai 1.470 della settimana precedente (-8,9%). Quanto alla terza dose, ne sono state somministrate 40,2 milioni. Il tasso di copertura nazionale è dell'84,4% e va dal 78,5% della Sicilia all'88,3% della Lombardia.



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Mentre sono 7,43 milioni le persone che non hanno ancora ricevuto la dose booster, di cui: 5 milioni possono riceverla subito. Nella fascia 5-11 anni sono state somministrate 2,6 milioni di dosi: 1,4 milioni hanno ricevuto almeno 1 dose, con un tasso di copertura nazionale al 38,5% e, anche qui, nette differenze regionali: dal 21,1% della Provincia Autonoma di Bolzano al 53,9% della Puglia. Secondo il Gimbe, infine, lo stop alla pubblicazione dei dati giornalieri sul Covid-19 è "un passo indietro sulla trasparenza". Va "ripristinata immediatamente" a beneficio della comunità scientifica e della popolazione. In merito, la Fondazione ha inoltrato al Ministero della Salute, affinché i dati sull'andamento della pandemia restino "patrimonio comune".

SCHILLACI E IL REINTEGRO DEI MEDICI

## «Decidano gli ospedali dove impiegare i no vax»

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**  
**G**li ospedali decideranno «dove impiegare i medici no vax. Per chi lavora

in Pronto soccorso stipendi più alti», dice Schillaci.  
a pagina 9



# «Alzerò lo stipendio ai medici che lavorano in Pronto soccorso»

Il ministro: decidano le direzioni i reparti per i sanitari no vax

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

**Ministro Orazio Schillaci, il reintegro con qualche settimana di anticipo dei no vax non risolve il problema dei medici che mancano negli ospedali perché la gran parte sono liberi professionisti. È stata una decisione sua o una richiesta politica?**

«È una decisione che ho preso perché le altre categorie professionali che non si erano immunizzate sono state riammesse il 15 giugno. Poi oggi lo scenario è completamente diverso e c'è una grave carenza di organico e saranno comunque le singole direzioni sanitarie a decidere dove potranno andare a lavorare i medici reintegrati».

**È un brutto segnale perché i medici che hanno rifiutato il vaccino hanno un approccio anti-scientifico.**

«Credo che sia un problema deontologico che dovrebbero e dovranno affrontare gli Ordini dei medici».

**Ma la sua posizione chiara**

**verso i medici no vax qual è?**

«La scelta di reintegrarli è stata presa anche un po' in segno di riappacificazione. Dopodiché la mia posizione è sempre stata a favore dei vaccini, lo strumento indispensabile per cambiare la storia della pandemia da Covid».

**Lei era nel comitato scientifico dell'Istituto superiore di Sanità, quindi a stretto contatto con tutte le decisioni prese. La premier Giorgia Meloni ha detto: «Quello che contestò della gestione precedente è che ci sono stati un'infinità di provvedimenti presi che non avevano alla base alcuna evidenza scientifica». Di quali provvedimenti parliamo?**

«Il mio coinvolgimento in questi anni di pandemia è stato solo a livello di ricerca e non nelle scelte che sono state prese dal Comitato tecnico scientifico per la gestione della pandemia».

**Però conosce bene tutte le**

**scelte che sono state fatte: allora quali sono quelle che non avevano alcuna evidenza scientifica e dove c'è stato un approccio ideologico?**

«Io credo che per andare a vedere quello che è stato fatto durante la gestione del Covid verrà fatta una commissione d'inchiesta su iniziativa parlamentare alla quale il governo non partecipa. Il messaggio chiaro che voglio dare è che adesso dobbiamo guardare alla Sanità del Terzo millennio, dove in Italia chi ha un titolo di studio più alto e una maggiore disponibilità economica ha una migliore



aspettativa di vita. Dal mio punto di vista questo è grave».

**I bollettini Covid non saranno più comunicati giornalmente, ma a settimana. I dati continueranno a essere registrati quotidianamente?**

«Certamente sì e resteranno a disposizione delle autorità competenti».

**Oggi negli ospedali mancano medici. I posti nelle Scuole di Specialità sono stati aumentati. Ma, per esempio, a Medicina d'urgenza, i posti restano scoperti perché li scelgono in pochi. Cosa intende fare?**

«Io credo che sarà utile avere un tavolo con il ministero dell'Università. Purtroppo, alcune specialità, e sono quelle di cui c'è più bisogno, hanno meno appeal di altre per i giovani medici anche perché danno meno possibilità di lavorare nel privato. Il problema è legato anche agli stipendi: io credo sia giusto, per esempio, per il Pronto soccorso andare

a identificare indennità per incentivare i giovani a scegliere Medicina d'urgenza. Aumentargli lo stipendio è l'impegno che mi assumo».

**Vale anche per gli altri medici però, che sono i peggio pagati d'Europa. È un problema di budget?**

«Sì, è così».

**Però poi bisogna arruolare i medici a gettone pagati 1.200-1.600 euro a turno. Non possiamo usare questi soldi per aumentare lo stipendio degli specialisti già assunti che sono anche più preparati?**

«Sono d'accordo. È allucinante pensare che medici esterni reclutati al bisogno vengano pagati da 2 a 5 volte in più dei colleghi assunti. È inaccettabile e il problema va risolto rapidamente».

**Intanto sullo stesso mercato abbiamo il servizio pubblico e i privati accreditati. Il pubblico deve seguire regole rigidissime mentre il privato**

**con i soldi del pubblico si fa le sue regole, si prende le attività più remunerative e il pubblico fa tutto il resto. Intende introdurre la parità di oneri?**

«Io credo che bisogna ribadire l'importanza del sistema pubblico. Serve una migliore organizzazione, i medici se ne vanno anche per questo, ed ogni azione deve essere sempre nell'interesse del paziente. È un impegno che sicuramente perseguirò».

**Durante la pandemia si è visto che la medicina del territorio non funziona. Per risolvere il problema sono stati indirizzati i fondi del Pnrr verso la costruzione delle Case di comunità. Ora come sottosegretario c'è Marcello Gemmato, colui che è stato più critico sull'uso dei fondi del Pnrr. Intendete proseguire o le smontate?**

«Ci metteremo a lavorare per trovare delle soluzioni. Dobbiamo offrire, se vogliamo essere forti sul territorio,

un'alternativa al fatto che tutti i pazienti vadano al Pronto soccorso. Il Pnrr è stato pensato due anni fa e oggi le condizioni sono cambiate: basti pensare all'aumento dei costi edilizi che riguardano la costruzione delle nuove strutture. Credo sia necessario fare una riflessione attenta».

Sarà opportuno riflettere perché se ogni volta che cambia un governo si ricomincia da capo, siamo sempre allo stesso punto. Le Case di comunità sono già state individuate e i presidenti di Regione hanno la delega a costruirle, e alcune gare d'appalto sono già partite. C'è in ballo qualche miliardo che potrebbe diventare debito pubblico se si decide di non farle.

Dataroom@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Chi è



● Orazio Schillaci, 56 anni, romano, medico e accademico, è ministro della salute nel governo Meloni

● Si è laureato nel 1990 all'università La Sapienza, dove nel 1994 si è specializzato in medicina nucleare

● Dal 2011 al 2019 è stato vicepresidente e poi preside della facoltà di Medicina a Tor Vergata, ateneo di cui è diventato rettore nel 2019. Nel 2020 è stato nominato membro del comitato scientifico dell'Istituto superiore di sanità

È inaccettabile che professionisti reclutati a gettone siano pagati da 2 a 5 volte in più dei colleghi assunti. Il problema va risolto in fretta



## Il governo contro la stretta della Puglia

### Schillaci: «Spetta alle Asl decidere dove far lavorare i sanitari No vax»

ROMA Non si può dire che il reintegro dei medici No vax nelle strutture ospedaliere stia procedendo in modo spedito. Molte Regioni frenano, addirittura la Puglia li limita con una legge. Così il governo, attraverso il sottosegretario Gem-

matto, annuncia che la impugnerà. Il ministro della Salute Schillaci chiarisce: «Decidano le Asl dove vanno collocati».

Melina a pag. 4



## Le scelte per la sanità

# Schillaci: decidano le Asl dove far lavorare i No vax E la Puglia sfida il governo

► Confusione nelle Regioni per il reintegro dei sanitari che non si sono immunizzati ► L'ordinanza di Emiliano vieta il rientro nei reparti a rischio. L'esecutivo la impugna

### LO SCENARIO

ROMA Non si può dire che il reintegro dei medici No vax nelle strutture ospedaliere stia procedendo in modo spedito. Dopo la decisione del Consiglio dei ministri, che ha anticipato la scadenza dell'obbligo vaccinale anti Covid per i professionisti sanitari al primo novembre, le Regioni si muovono in ordine sparso. I medici che potrebbero rientrare in servizio grazie al decreto legge del governo Meloni, stando ai dati della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo), sono appena 1.878. Sul totale dei 4mila sanitari sospesi per aver rifiutato la vac-

cinazione, oltre 400 sono infatti odontoiatri e tra i medici circa il 47% ha più di 68 anni, quindi è fuori dal servizio sanitario nazionale. «Del numero complessivo dei medici no vax - precisa il presidente della Fnomceo, Filippo Anelli - la percezione è che la maggior parte siano liberi professionisti,

ma non abbiamo, su questo, dati certi».

### IL MINISTRO

Eppure, nono-



stante si tratti di un numero esiguo di medici sospesi, si fa fatica a trovare la quadra. E così mentre il neo ministro della Salute Orazio Schillaci chiarisce che «sui medici no vax decideranno le direzioni sanitarie dove reintegrarli», la Federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso) dal canto suo dice che è solo una questione di burocrazia: «L'assenza di lungo periodo impone al datore di lavoro una verifica delle condizioni di salute del dipendente - spiega il presidente della

Fiaso Giovanni Migliore - per questo tutti gli operatori sanitari no vax sospesi e dipendenti delle strutture del servizio sanitario nazionale, una volta ottenuto dagli ordini professionali il reintegro per l'esercizio della professione, devono prima sottoporsi alla visita di sorveglianza sanitaria da parte del medico del lavoro competente».

Quindi, sulla base del giudizio espresso dal medico del lavoro, saranno poi le direzioni sanitarie a decidere a quale reparto assegnare il dipendente. «In quasi tutti gli ospedali - precisa Migliore - stanno partendo le procedure di convocazione per le visite di sorveglianza sanitaria per medici, infermieri e operatori sanitari no vax al rientro in servizio».

Intanto, alcune Regioni provano a fare muro. In Campania, è stata inviata ai direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere, una direttiva a firma del presidente Vincenzo De Luca, con la quale «si fa obbligo di definire l'impiego del personale sanitario non vaccinato contro il virus Sars-Covid19 - in concomitanza con la disposta reintegra in servizio - tutelando la salute dei pazienti e degli operatori vaccinati. Saranno quindi messe in campo le necessarie azioni dirette a contrastare ogni ipotesi di contagio, evitando il contatto diretto del personale non vaccinato con i pazienti».

## LA PUGLIA

La Puglia, invece, non intende mettere nel cassetto la legge regionale, in base alla quale «solo gli operatori che si sono vaccina-

ti possono accedere a determinati reparti ospedalieri». Pronta però la contromossa del sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato, che ha annunciato che la legge regionale «verrà impugnata», visto che «nella gerarchia delle leggi ciò che dice lo Stato centrale non può essere derubricato da una Regione». In Lombardia, invece, Letizia Moratti, che ieri ha annunciato le dimissioni da vicepresidente e assessore al Welfare della Regione, passa la palla al nuovo assessore Guido Bertolaso: «Auspicio sinceramente che, con la determinazione che tutti gli riconosciamo - ha detto - saprà da subito convincere il presidente Fontana, diversamente da quanto non sia riuscita a fare io, a non reintegrare nelle strutture sanitarie i medici no vax».

**Graziella Melina**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LA CAMPANIA VIETA I CONTATTI DEL PERSONALE NON VACCINATO CON I PAZIENTI FRAGILI



### I NUMERI INCERTI DEI REINTEGRATI

Ufficialmente sono 4 mila i sanitari No vax che erano stati sospesi. Ma in realtà, secondo gli ordini dei medici, la grande maggioranza sono liberi professionisti dunque non devono essere reintegrati negli ospedali



## LA PANDEMIA

### “Fuori i medici no vax” la rivolta delle Regioni

FRANCESCO MOSCATELLI  
PAOLO RUSSO

Regioni in rivolta contro il ritorno dei medici no vax. E Schillaci scarica su Asl e ospedali. - PAGINE 10-11

# Le Regioni in rivolta contro i medici No Vax “Fuori dagli ospedali”

Emilia-Romagna, Lazio, Puglia e Campania alzano un muro  
Il sottosegretario Gemmato: “Impugneremo le norme regionali”

PAOLO RUSSO  
ROMA

Mentre si apre il fronte delle Regioni in rivolta contro il ritorno di medici e infermieri no vax in corsia, il ministro della Salute, Orazio Schillaci, scarica la patata bollente su Asl e ospedali. «Ho letto di polemiche su quello che i 4 mila medici reintegrati andranno a fare, ma questo saranno le singole direzioni sanitarie a deciderlo», ha detto dai microfoni di Corriere Tv. A chiarire meglio chi dovrà questa settimana sbrogliare la matassa è Giovanni Migliore, il presidente della Fiaso che rappresenta i manager delle aziende sanitarie. «È il medico del lavoro che può esprimere l'idoneità o meno a lavorare in un determinato reparto dopo la valutazione del rischio legata a salute ed età». Insomma non è detto che chi prestava lavoro in oncologia o in una Rsa rientri negli stessi ranghi di prima mettendo a rischio i pa-

zienti più fragili.

Sicuramente non lo faranno i sanitari No vax di Emilia Romagna, Lazio, Campania e Puglia, che con leggi regionali, direttive o semplici dichiarazioni hanno già alzato il muro che terrà alla larga i non immunizzati dai pazienti, almeno quelli fragili. «È stata inviata ai direttori generali delle asl e delle aziende ospedaliere una direttiva a mia firma per mettere in campo tutte le azioni dirette a contrastare ogni ipotesi di contagio, evitando il contatto diretto del personale non vaccinato con i pazienti», ha annunciato il presidente campano Vincenzo De Luca, che considera il ritorno dei No vax «un'offesa a colleghi e pazienti». L'Emilia Romagna si è rimessa invece agli ordini professionali. Saranno loro a dover revocare la sospensione, altrimenti niente reintegro per i 480 renitenti al vaccino, che comunque non potranno lavorare nei re-

parti occupati dai pazienti a rischio. Che è poi quanto previsto dalla legge regionale pugliese del 2018, aggiornata in epoca pandemica, che tiene lontani dai reparti più delicati i sanitari non vaccinati contro il Covid, ma anche contro le altre malattie infettive, influenza compresa. Il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato, ha annunciato che il governo impugnerà la legge pugliese, ma dalla Regione replicano che i termini sono già scaduti. Anche il Lazio è intenzionato a muoversi sulla stessa linea, che potreb-



# LA STAMPA

be essere seguita da altre Regioni governate dalle forze di opposizione. Il Piemonte reintegra invece i suoi con il solo paletto di non spedirli proprio nei reparti Covid.

Che intorno al reintegro sia in atto più uno scontro ideologico che una questione di sostanza lo confermano comunque i numeri diffusi ieri dalla Fnom, l'Ordine dei camici bianchi, per cui dai 4mila sospesi tolto il 47% dei pensionati e 400 odontoiatri di medici ne restano 1.878, a mala pena mille se si considera che un buona fetta fa solo libera pro-

fessione in studio.

A fare da sponda al governo è però proprio il presidente della Fnom, Filippo Anelli, secondo il quale «far tornare i medici non vaccinati al lavoro in questo momento non è rischioso». «La norma nazionale sull'obbligo durante l'emergenza ha funzionato bene, ma ora la situazione epidemiologica consente il ritorno alla normalità. Resteranno le mascherine e la prudenza», è la sua conclusione che non dispiacerà alla premier e al ministro Schillaci. Il quale tende la mano ai medici di famiglia,

grandi elettori dell'ordine, quando dice: «Stiamo valutando se le case di comunità siano la risposta giusta per il territorio». E, guarda caso, in quei maxi ambulatori territoriali, aperti sette giorni su sette, dovrebbero lavorare molto più di quanto oggi non facciano nei loro studi proprio i medici di base. —

**Il ministro della Salute ora mette in dubbio le case di comunità sul territorio**

**L'Ordine dei medici favorevole al ritorno  
E Schillaci scarica la decisione sulle Asl**



## NO AL RIENTRO • Campania e Puglia

# Covid, già 2 Regioni contro il governo sui No Vax in corsia

» Marco Franchi

**S**ul reintegro del personale medico e infermieristico non vaccinato si consuma il primo scontro tra il nuovo governo Meloni e (alcune) Regioni, ma anche il primo cortocircuito dell'esecutivo di destra che annuncia con un suo esponente di voler impugnare una legge regionale nell'impossibilità di farlo perché sono passati ben più di 60 giorni dall'entrata in vigore della stessa. A dare fuoco alle polveri, ieri, ha cominciato la Regione **Puglia** col governatore Michele Emiliano: "Per noi non cambia niente, i medici no vax non rientreranno". Poi Rocco Palese, dirigente sanitario, ex dc già deputato con Popolo della libertà e Forza Italia prima di approdare nella giunta Emiliano, ha spiegato: "La situazione di medici e operatori sanitari è regolata dalla legge regionale, che consente solo a chi si è vaccinato di poter accedere a determinati reparti ospedalieri. Questo a tutela dei pazienti e degli stessi operatori. La legge regionale è e rimane in vigore". Insomma, in Puglia in corsia non tornano.

**IL RIFERIMENTO** era alle parole rilasciate ai microfoni di *Sky Tg24* dal neo sottosegretario alla Salute Marcel-

lo Gemmato, farmacista di Fratelli d'Italia: "La legge regionale della Puglia che impedisce l'impiego dei medici non vaccinati contro il Covid-19 nei reparti più a rischio verrà impugnata". Passano pochi minuti e le affermazioni del sottosegretario vengono, però, in qualche modo corrette dal suo principale, il ministro Orazio Schilacci in persona, in una video intervista sul sito del *Corriere della sera*: "È una decisione che ho preso basandomi essenzialmente sul fatto che oggi lo scenario è completamente diverso (dalla fase più acuta della pandemia, ndr) e c'è una grave carenza di organico. È vero che i medici reintegrati saranno circa quattromila, ma intanto cominciamo a metterli a disposizione delle direzioni sanitarie. Ho letto anche qualche polemica su quello che questi medici andranno a fare. Saranno le singole direzioni sanitarie a deciderlo, valutando il posto migliore dove i medici reintegrati potranno andare a lavorare". Insomma *se ubi maior minor cessat*, la posizione ufficiale del governo non sarà quella andare allo scontro con la Puglia, avendo affermato il ministro che saranno le singole direzioni sanitarie a decidere dove ricollocare i medici non vaccinati contro il Covid, esattamente come prescritto dalla legge pugliese. Una bolla di sapone, quindi? Potrebbe essere, intanto anche la **Campania** si prepara eventualmente



a disobbedire (qualora nel governo ci fosse un'altra svolta): "È stata inviata ai direttori generali delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere – si legge in una nota ufficiale della Regione Campania –, una direttiva a firma del presidente Vincenzo De Luca, con la quale si fa obbligo di definire l'impiego del personale sanitario non vaccinato contro il virus SarsCov2, in concomitanza con la disposta reintegra in servizio, tutelando la salute dei pazienti e degli operatori vaccinati (...) evitando il contatto diretto del personale non vaccinato con i pazienti". La linea della Regione **Emilia-Romagna** è, invece, quella di attendere che siano gli Ordini professionali a revocare le sospensioni dei non vaccinati

prima di reintegrarli e deciderne la destinazione. Mentre in una Regione "amica" del governo, la **Lombardia**, si è consumato ieri lo strappo di Letizia Moratti che ha rassegnato le dimissioni in polemica col governatore Attilio Fontana:

"Ho una diversa visione sui vaccini e preoccupano i condono ai no-vax". Fontana ne approfitta per accusare Moratti di guardare a sinistra e preparare così una candidatura per le prossime regionali. Per ora Moratti si limita a fornire un consiglio al suo successore, il redivivo Guido Bertolaso: "Auspico-

scrive Moratti in una nota – che saprà da subito convincere il presidente Fontana, diversamente da quanto non sia riuscita a fare io, a non reintegrare nelle strutture sanitarie i medici no vax. Posizione già presa in queste ore da altri governatori regionali".

Tornando alla Puglia il governatore Emiliano, registrato il testa-coda del governo, chiede subito la testa di Gemmato: "Uno così dovrebbe immediatamente dimettersi per la sua inadeguatezza".

---

**CONFLITTO  
GEMMATO:  
IMPUGNARE  
LA NORMA  
(NON SI PUÒ)**



CONTRATTO 2019/21

## Sanità, firma definitiva per 550mila dipendenti

Il contratto 2019/21 dei 550mila dipendenti del servizio sanitario nazionale è arrivato ieri al traguardo della firma finale. Entra in vigore tutto il complesso delle novità, che si fondano sui 175 euro di effetti economici mensili lordi per la media pro capite e su arretrati fino a 2.700 euro una tantum e fino a 4.500 euro nel caso dei 277mila infermieri. Per loro arriva infatti anche l'indennità di specificità infermieristica, nome ufficiale del bonus Covid (fra 62,81 e 72,79 euro lordi al mese) introdotto dalla legge di bilancio per il 2021. A cambiare però è anche l'ordinamento professionale, con l'introduzione della nuova area

dell'«elevata qualificazione» e il nuovo ruolo societario, e il sistema degli incarichi. «Sono molto soddisfatto per una firma che giunge al termine di una procedura molto lunga», sottolinea Antonio Nadeo, presidente dell'Aran. Ora toccherebbe al contratto 2022/24; ma prima occorre che i fondi si facciano largo in legge di bilancio.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## LA FIRMA

# Sanità, il contratto c'è: 175 euro in più e spazio alla conciliazione vita-lavoro

È stato firmato ieri a Roma il rinnovo del contratto collettivo nazionale per la Sanità 2019-21: in busta paga l'aumento medio lordo sarà di 175 euro e gli arretrati dovuti per il periodo di vacanza contrattuale ammontano a circa 3mila euro. Tra le principali novità, l'indennità per gli infermieri, la nuova classificazione professionale e le regole dello *smart working* per gli amministrativi. Sul piano del trattamento economico, l'accordo riconosce - a partire dal 1° gennaio 2021 - un incremento medio a regime degli stipendi tabellari di 91 euro per 13 mesi. Per l'ap-

plicazione del nuovo sistema di classificazione professionale è stato inoltre previsto un ulteriore impegno finanziario delle aziende e degli enti del comparto di 13 euro mese per 13 mensilità. Il contratto istituisce l'indennità di specificità infermieristica per i profili di infermiere, l'indennità di tutela del malato e promozione della salute per altri profili del ruolo sanitario e socio-sanitario e una specifica indennità destinata al personale operante nei servizi di Pronto soccorso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



*Siglato all'Aran il Ccnl 2019-2021 del comparto che interessa 545 mila lavoratori*

# Sanità, firmato il Contratto

## Infermieri, aumenti fino a 171 euro. Arretrati fino a 4 mila

**DI FRANCESCO CERISANO**

**F**irmato il Contratto della sanità 2019-2021. Dopo il via libera del Consiglio dei ministri e la certificazione della Corte dei conti (si veda ItaliaOggi del 6 ottobre) è arrivata ieri nella sede dell'Aran l'attesa firma sull'accordo che interessa 545 mila lavoratori (di cui 277 mila infermieri) e consentirà di riconoscere incrementi medi, calcolati su tutto il personale del comparto, di circa 175 euro al mese, corrispondenti a una percentuale di rivalutazione del 7,22%.

Per il personale laureato, il nuovo Contratto prevede aumenti mensili oscillanti da 73,30 a 98,10 euro. Importi a cui per gli infermieri va aggiunta l'indennità di specificità infermieristica pari a 72,79 euro mensili per 12 mensilità. Oltre all'indennità infermieristica, il nuovo contratto istituisce, in attuazione di quanto previsto dalle ultime due leggi di bilancio, anche l'indennità di tutela del malato e promozione della salute, a beneficio degli altri profili del ruolo sanitario e socio-sanitario, e una specifica indennità destinata al personale operante nei servizi di pronto soccorso. Per gli infermieri gli aumenti medi mensili saranno quindi pari a 158 euro (tra incremento contrattuale e nuova indennità infermieristica) a cui si aggiungono ulteriori 100 euro in caso di assegnazione dei servizi di pronto soccorso. Per il restante personale sanitario gli aumenti medi mensili arriveranno a 126 euro, comprensivi di aumento e indennità di tutela del malato, a cui potranno aggiungersi ulteriori 100 euro per i servizi di pronto soccorso. Per gli operatori sanitari gli aumenti medi (comprensivi dell'indennità) sa-

ranno di 101,50 euro con la possibilità di aggiungere ulteriori 100 euro per il pronto soccorso. Gli Oss fino al 30 giugno 2025 potranno accedere all'area degli assistenti anche senza il titolo di studio previsto per l'accesso all'esterno. Infine per il personale amministrativo, tecnico e professionale l'incremento medio tabellare mensile sarà pari a 85 euro con possibilità, anche in questo caso, di un accesso facilitato all'area superiore fino al 30 giugno 2025.

Per quanto riguarda gli arretrati, le spettanze per gli infermieri andranno da un minimo di 3.417,50 euro per il livello iniziale della categoria D fino a 4.007,57 euro per i Ds6. Per il restante personale sanitario e socio sanitario gli arretrati oscilleranno da 2.688,63 a 3.278,70 euro. Per gli amministrativi gli arretrati andranno da un minimo di 1.743,33 euro per la categoria D a un massimo di 2.333,40 euro per i Ds6.

Come già accaduto con il contratto delle funzioni centrali, anche il nuovo Ccnl della sanità opera una radicale revisione del sistema di classificazione del personale prevedendo cinque aree di inquadramento (nelle funzioni centrali sono 4). Nella sanità debutterà la nuova area apicale del personale di elevata qualificazione che, come nel Ccnl delle funzioni centrali, nascerà per il momento vuota. Il nuovo contratto prevede inoltre ulteriori chance di carriera grazie al meccanismo dei differenziali stipendiali (ossia gli incrementi stabili del trattamento economico per remunerare gli avanzamenti di carriera e il maggior grado di competenza professionale) di importo e numero variabili a seconda delle aree. Si partirà dai 700 euro annui per 13 mensilità (massimo 6 scatti) nell'area del personale di supporto fino a salire a 1200 euro (massimo 7 scatti) nell'area

dei professionisti della salute e dei funzionari.

"Sono molto soddisfatto della firma definitiva del contratto", ha dichiarato il presidente dell'Aran **Antonio Naddeo**. "Ora l'accordo entra immediatamente in vigore, e dunque, nel più breve tempo possibile, saranno pagati anche gli arretrati che, essendo riferiti ai tre anni precedenti, saranno cospicui". L'auspicio dei lavoratori è di vedere aumenti e arretrati già nella busta paga di novembre.

Per **Andrea Bottega**, segretario nazionale del Nursind, il principale sindacato degli infermieri, la firma del Ccnl è "un passaggio storico importante". "Siamo però soltanto all'inizio di un cammino tutto da costruire per una piena valorizzazione degli infermieri", ha rimarcato. "E' stato gettato un seme, ma bisognerà aspettare il raccolto. E' un bene infatti che siano stati rivisti, ad esempio, l'ordinamento professionale e il sistema degli incarichi, oltre all'istituzione dell'area dell'elevata qualificazione. Ma perché si apra nei fatti un concreto percorso di carriera professionale per la categoria occorrono risorse che noi ci aspettiamo vengano stanziare nel prossimo Ccnl 2022-2024". Una partita che si giocherà con la prossima legge di bilancio. Guardando alle risorse, Bottega non si dice totalmente soddisfatto. "Il fatto che proprio l'indennità di specificità, parliamo di 870 euro lordi l'anno, rappresenti la metà degli incrementi



del rinnovo significa che non c'è stata quella valorizzazione che il sindacato e i professionisti si aspettavano". Altro tasto dolente riguarda infine la firma stessa del Ccnl che arriva a contratto scaduto da circa un anno. "Gli aumenti ottenuti sono lontanissimi dal compensare un'inflazione che viaggia intorno al 10%, senza contare il gap persistente rispetto agli stipendi europei", ha concluso Bottega.

Sulla stessa lunghezza d'onda il segretario generale della Cisl Fp, **Maurizio Petriccioli**. "Il nuovo contratto è un accordo

fortemente innovativo ma la sottoscrizione non rappresenta un punto di arrivo: il caro-vita e l'aumento dell'inflazione impongono un impegno inderogabile: avvicinare i salari ai livelli europei".

## LA MAPPA DEGLI AUMENTI E DEGLI ARRETRATI

EX CATEGORIA	INCREMENTO TABELLARE	ARRETRATI			
		Contrattuali	Indennità infermieristica	Indennità tutela del malato	Acconto di circa il 40% dell'Indennità di Pronto Soccorso
		(1)	(2)	(3)	(4)
a regime dal 01/01/2021	dal 01/01/2019 al 30/06/2022	dal 01/01/2021 al 30/06/2022	dal 01/01/2021 al 30/06/2022	dal 01/01/2022 al 30/06/2022	
DS6	98,10€	1.932,90€	1.310,22€	739,80€	240,00€
DS5	94,20€	1.856,58€	1.310,22€	739,80€	240,00€
DS4	91,40€	1.801,19€	1.310,22€	739,80€	240,00€
DS3	88,60€	1.746,29€	1.310,22€	739,80€	240,00€
DS2	85,40€	1.682,67€	1.310,22€	739,80€	240,00€
DS1	82,20€	1.619,54€	1.310,22€	739,80€	240,00€
DS	79,10€	1.557,89€	1.310,22€	739,80€	240,00€
D6	88,90€	1.750,83€	1.310,22€	739,80€	240,00€
D5	85,80€	1.690,51€	1.310,22€	739,80€	240,00€
D4	83,30€	1.642,26€	1.310,22€	739,80€	240,00€
D3	80,90€	1.594,22€	1.310,22€	739,80€	240,00€
D2	78,50€	1.547,48€	1.310,22€	739,80€	240,00€
D1	76,00€	1.497,54€	1.310,22€	739,80€	240,00€
D	73,30€	1.444,12€	1.310,22€	739,80€	240,00€
C5	81,90€	1.613,67€	1.205,46€	680,58€	240,00€
C4	78,10€	1.538,44€	1.205,46€	680,58€	240,00€
C3	74,50€	1.468,35€	1.205,46€	680,58€	240,00€
C2	72,10€	1.421,61€	1.205,46€	680,58€	240,00€
C1	69,60€	1.371,67€	1.205,46€	680,58€	240,00€
C	67,50€	1.329,08€	1.205,46€	680,58€	240,00€
BS5	70,60€	1.391,12€	1.130,58€	638,28€	240,00€
BS4	68,30€	1.346,35€	1.130,58€	638,28€	240,00€
BS3	66,10€	1.302,70€	1.130,58€	638,28€	240,00€
BS2	64,80€	1.277,38€	1.130,58€	638,28€	240,00€
BS1	63,00€	1.241,47€	1.130,58€	638,28€	240,00€
BS	61,00€	1.202,15€	1.130,58€	638,28€	240,00€
B5	66,20€	1.304,57€	-	-	240,00€
B4	64,80€	1.277,38€	-	-	240,00€
B3	63,50€	1.251,18€	-	-	240,00€
B2	62,40€	1.229,34€	-	-	240,00€
B1	60,60€	1.193,89€	-	-	240,00€
B	58,90€	1.161,25€	-	-	240,00€
A5	60,40€	1.190,44€	-	-	240,00€
A4	59,40€	1.171,38€	-	-	240,00€
A3	58,40€	1.150,63€	-	-	240,00€
A2	57,50€	1.133,57€	-	-	240,00€
A1	56,00€	1.103,08€	-	-	240,00€
A	54,50€	1.074,31€	-	-	240,00€

Fonte Cisl



# Sanità integrativa pilastro del welfare a cavallo della crisi



**MARIO  
BARONI**

**L**

a crisi è cattiva consigliera, oltre che pessima compagna di viaggio. Induce in comportamenti contrari al bisogno. Lo ricordava la presidente di Ania, Maria Bianca Farina, nel corso dell'ultimo Insurance Summit svoltosi



a Roma a ottobre: «Il rallentamento della crescita porta in genere a una minore domanda di coperture». Sanità, previdenza, assistenza (soprattutto rivolta alla non autosufficienza) costituiscono i tre pilastri di una sempre più necessaria protezione sociale. Forme di welfare che devono sussidiare l'offerta pubblica (di primo pilastro) con il contributo privato complementare e integrativo. Il ruolo e il contributo dell'assicurazione è proprio quello di ampliare la rete di protezione sociale. «Per proteggere gli italiani – ha ribadito la presidente Farina – è innanzitutto necessario garantire uno sviluppo sostenibile della nostra economia. Malgrado la situazione attuale, la transizione ecologica non potrà essere rallentata. Il nostro settore è determinato a garantire un fattivo contributo, integrando i principi Esg nell'intera operatività e nella governance delle nostre imprese. In tema di welfare intendiamo investire in complementarità con il Pnrr».

## LE VOCI DI COSTO

Una tra le più significative voci di costo nel bilancio dello Stato italiano deriva dalla spesa sanitaria che nel 2020 ha raggiunto 122 miliardi (7,4% del Pil) e il cui onere è destinato ad aggravarsi (era circa il 5% del Pil poco più di venti anni fa), soprattutto per effetto dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle patologie cronico-degenerative. In tale contesto, cresce costantemente la componente della spesa sanitaria che gli individui e le famiglie sostengono privatamente e che ora ammonta a circa 38 miliardi. La mancanza di protezione assicurativa a copertura delle cure mediche risulta evidente se si pensa che appena poco più dell'8% di questi costi privati sono riconducibili alle assicurazioni e il 2,6% a fondi e casse sanitarie. La restante parte, 34 miliardi (quasi il 90%), è pagata ogni anno di tasca propria dalle famiglie italiane e ciò le rende più fragili ed esposte a esborsi imprevedibili che, in alcuni casi, diventano insostenibili.

In un confronto europeo l'Italia risulta essere il Paese con la più alta incidenza da parte delle famiglie di utilizzo dei propri risparmi (circa il 90% rispetto a una media del 74%) per far fronte a cure e spese mediche. Questo aspetto è socialmente iniquo, perché mette le persone di fronte alla scelta tra pagare (quando sono in condizione di farlo) o, aspetto ancor più grave, rinunciare alle cure nel momento in cui si è più fragili. Sarebbe proficuo riflettere seriamente su un nuovo modello di welfare che combini al meglio le risorse pubbliche e private, con un ruolo più ampio assegnato alla sanità integrativa che, basandosi su un principio di mutualità, tipico delle assicurazioni, garantirebbe maggiore uguaglianza

ai cittadini e più elevati livelli di protezione per i malati. «Per quanto riguarda le necessarie integrazioni al nostro prezioso sistema pubblico, in particolare quello previdenziale, vogliamo favorire la diffusione delle coperture integrative (che in Italia rappresentano solo il 6% del finanziamento complessivo delle pensioni, contro il 50% nel Regno Unito e il 52% nei Paesi Bassi). A tal fine, svilupperemo iniziative mirate e innovazione di prodotto» ha dichiarato la presidente Farina all'ultima assemblea Ania.

Alla fine di giugno 2022 le posizioni in essere presso le forme pensionistiche complementari sono passate da 9,7 a 10 milioni, in crescita di 280.000 unità (+2,9%) rispetto alla fine del 2021. Considerando coloro che aderiscono contemporaneamente a più forme, il totale degli iscritti è passato da 8,8 a 9 milioni. Nel 2021 resta rilevante, essendo pari a oltre 2,4 milioni di soggetti, la quota di iscritti che non hanno versato contributi, fenomeno che ha interessato i fondi pensione aperti in misura maggiore rispetto alle altre forme.

Infine il capitolo – trascuratissimo – della non autosufficienza. L'Ania propone «l'istituzione di un sistema integrativo all'interno del quale le assicurazioni potranno concorrere, in partnership con il pubblico, al finanziamento e alla copertura dei bisogni di cura e assistenza nelle età avanzate. È perciò evidente che, per ampliare significativamente la protezione delle persone lungo tutto l'arco della vita, è indispensabile che il sistema pubblico disegni un efficace e bilanciato pacchetto di contributi e incentivi fiscali, in grado di favorire l'assunzione di responsabilità dei cittadini. Nel caso della non autosufficienza, è necessaria una riforma sostanziale, sviluppata secondo logiche di cooperazione pubblico-privato».

## DI TASCA PROPRIA

Infatti, a fronte di un bisogno crescente, soddisfatto solo in parte con le prestazioni già previste dal sistema pubblico, per l'assistenza dei cari non più autonomi le famiglie sostengono direttamente, "di tasca propria", esborsi rilevanti, la cui stima è resa difficile dal fatto che non tutte le forme di spesa, come quelle per collaboratori e collaboratrici familiari, sono registrate, ma che più fonti riferiscono essere superiori a 20 miliardi.

In prospettiva, con la maggiore domanda di servizi sanitari e assistenziali dovuti all'invecchiamento della popolazione, e tenuto conto dei vincoli di finanza pubblica, è plausibile che gran parte dell'onere economico aggiuntivo resterà direttamente a carico delle famiglie. Solo una mutualizzazione dell'onere può assicurare una copertura adeguata e un'assistenza dignitosa.



## Studio del virologo Palù: sta mutando e si adatta con forme più benigne «Il virus circola ma è meno letale»

••• Buone notizie dal fronte Covid. Sars-Cov-2 muta e, per non scomparire, ora uccide meno. Più circola, insomma, e più la carica virale del Covid «scarica» la propria letalità. Questo cambiamento è dimostrato dalle conclusioni di uno studio del team dell'Università di Padova, guidato dal virologo Giorgio Palù, che è anche presidente dell'Aifa.

Sbraga a pagina 7

### LOTTA AL COVID

Il presidente dell'Aifa spiega la mutazione: «Per sopravvivere è costretto ad aumentare la carica virale a scapito della mortalità»

# «Se il virus circola è meno letale»

*L'ultimo studio del team del virologo Palù: «Si sta adattando con forme più benigne»*

#### ANTONIO SBRAGA

••• Come si cambia per non morire», canta Fiorella Mannoia: anche il Sars-Cov-2 muta e, per non scomparire, ora uccide meno. Più circola, insomma, e più la carica virale del Covid «scarica» la propria letalità. Questa relazione inversamente proporzionale tra contagiosità e mortalità è stata dimostrata dalle conclusioni di

uno studio, appena pubblicato sulla rivista scientifica «Computational and structural biotechnology Journal», e redatto dal team di Microbiologia dell'Università di Padova, guidato dal virologo Giorgio Palù, che è anche presidente dell'Aifa (l'Agenzia italiana del farmaco).

«La contagiosità è diventata inversamente proporzionale alla letalità: l'evoluzione del Sars-Cov-2 si sta trasformando in forme più "benigne" rispetto al Covid che abbiamo conosciuto», spiega il professor Palù, che ha più di 40 anni di esperienza nello studio dei virus. E, analizzando proprio i dati matematici della parabola del Covid, «c'è ormai una tendenza di questo virus pandemico a diventare endemico. Fino a diventare persistente come l'influenza, presentandosi con una diffusione a carattere stagionale». Ma già ora, aggiunge il ricercatore, «la va-

riante principale, Omicron, è diventata stabile in Sudafrica, dov'è presente dall'ottobre dello scorso anno. E infatti non si registrano più polmoniti, ma raffreddori, tosse, febbre e mal di gola». Una sorta di sospiro di sollievo rispetto ai duri effetti provocati in questi due anni e mezzo di terapie intensive piene e reparti affollati. Nelle conclusioni dello studio, curato insieme a Francesco Roggero e Arianna Calistri, si legge infatti che «l'evoluzione della pandemia di Covid-19 prevede una relazione inversa tra infettività e letalità». Due parametri che «sono guidati da un continuo processo di mutazione, il quale garantisce al virus un vantaggio di sopravvivenza rispetto alla sua stessa virulenza». Anche perché, mentre la letalità di Delta era 1,1 con un tasso di contagiosità pari a 7, ora con Omicron, la contagiosità è raddoppiata (pari a 14) ma a fronte di una virulenza quasi dimezzata (si ferma a 0,6). Questa relazione inversamente proporzionale è stata denominata «Costante K» dai ricercatori dell'ateneo padovano. Il Team di Microbiologia ha ravvisato lo stesso effetto in ogni virus scatenante di epidemie o pandemia: dal morbillo all'influenza fino all'ebola. La «Costante K» di Delta è 5,39, mentre quella di Omicron è 5,04. Per il morbillo del 2014 è

di 12, invece per l'Ebola registrata in Sierra Leone di 120 e il ceppo influenzale attuale (H3n2) si ferma a 0,21.

«Sì, è una costante tipica per ogni virus, ed è la prima volta di un'equazione sull'infezione acuta, non cronica, che colpisce l'uomo - spiega il professor Palù - Più è alta la costante, più il virus che stiamo trattando è pericoloso. Tra l'altro è un paradigma che si riflette nel principio dell'evoluzione di Darwin». Dopo la massiccia campagna di vaccinazione e lo sviluppo delle cure e dei protocolli antivirali e monoclonali anche il virus è cambiato: «Sì, e nella maniera che gli permette di sopravvivere, che è poi la stessa che lo rende più conta-

gioso, ma a spese della sua stessa letalità - sottolinea il professor Palù - Perché, essendo un parassita obbligato a dipendere dalla nostra cellula-ospite, è obbligato all'adattamento per resistere, considerato che



# IL TEMPO

non ha una vita propria. E quindi, per rispondere a questa esigenza di autoconservazione, si adatta, anche se ciò implica un venir meno della sua virulenza, ossia dell'espressione attuale della sua patogenicità».

Ma questo non vuol dire che il problema è risolto: «Assolutamente, bisogna anzi continuare con le giuste misure di prevenzione come l'uso delle mascherine negli ospedali e nelle residenze sanitarie assistenziali - conclude il professor Palù - la proroga dell'obbligo d'indossare i dispositivi di pro-

tezione individuale è stata una giusta misura di buon senso. E anche la campagna di vaccinazione deve andare avanti, soprattutto per la fascia d'età degli over-60, che è stata la più colpita dalla letalità del virus». Perché la «Costante K» del Covid è molto meno alta di quella dell'ebola, però non è ancora così ridotta come quella dell'influenza. Quindi, mentre il virus cambia per non morire, bisognerà continuare a fare attenzione a «come si cambia per non soffrire», proprio co-

me canta Fiorella Mannoia e, ovviamente, anche a «come si cambia per ricominciare».

---

## *Il confronto*

*La letalità di Delta era 1,1 con un tasso di contagiosità pari a 7, con Omicron questa è raddoppiata ma la virulenza è dimezzata*

---

## *La Costante K*

*È la relazione inversamente proporzionale tra la capacità di un'infezione di uccidere e la sua trasmissibilità*

---

## 23,5

**Milioni**

Sono i casi totali di Covid che si sono registrati in Italia



## RIECCO BIG PHARMA Pfizer quadruplica il prezzo dei vaccini



■ Pfizer presenta le proiezioni finanziarie per il 2022: 100 miliardi di fatturato, più 30%, solito primo posto mondiale. E il 2023 sarà simile, perché quadruplicherà il prezzo dei vaccini Covid. Appannata come emergenza, la pandemia resta un egregio affare. Grazie a molti governi. **CAPOCCI A PAGINA 6**

# Vaccini fermi ma le aziende macinano affari

Forti della proprietà dei brevetti, le big del settore Pfizer/BioNTech e Moderna alzano il prezzo a fiala puntando ai mercati più ricchi

**Ferma la proposta  
per permettere  
ai paesi poveri  
di produrre  
dosi di generico**

ANDREA CAPOCCI

■ Il primo novembre la casa farmaceutica Pfizer, che produce i vaccini e i farmaci anti-Covid più usati al mondo, ha presentato i risultati finanziari dei primi nove mesi dell'anno e le proiezioni per la fine del 2022. I conti sono ancora più floridi dell'anno precedente: il fatturato aumenterà del 30% rispetto agli 82 miliardi di dollari del 2021 e toccherà i 100 miliardi a fine anno. Anche nel 2022 i maggiori introiti sono legati alla pandemia, ha detto l'ad Albert Bourla incontrando gli azionisti in videoconferenza. Il vaccino porterà in cassa 34 miliardi di dollari e altri 22 verranno dal farmaco antivirale Paxlovid. Se si esclude il giro di affari legato al Covid, la crescita annuale dell'azienda è pari solo al 2%. Anche quest'anno, e per distacco, la Pfizer risulterà la prima società farmaceutica al mondo per fatturato.

**CHE UNA FIALA** o una pillola valgano come una legge finanziaria può sorprendere, visto il clima di fine pandemia che si respira. Le vaccinazioni

effettuate nel 2022 sono state la metà di quelle del 2021. Attualmente nel mondo si effettuano solo 1,5 milioni di immunizzazioni al giorno, trenta volte meno che un anno fa. Eppure, il business pandemico è fiorente. «Riteniamo - ha detto Bourla - che i nostri prodotti legati al Covid-19 continueranno a generare introiti multimiliardari anche nel futuro». I manager Pfizer hanno già spiegato come: secondo la dirigente Angela Lukin, nel 2023 Pfizer quadruplicherà il prezzo dei vaccini portandolo dai 20, 30 dollari a dose di oggi a 110, 130 dollari, mentre il costo di produzione è stimato a 1, 2 dollari a dose. Ciò permetterà di compensare il prevedibile calo delle somministrazioni, portando l'azienda a concentrarsi su una fascia di mercato più abbiente. Anche la rivale Moderna si appresta a seguire la stessa strategia.

**È UN EVIDENTE PARADOSSO** che il prezzo dei vaccini salga quando la domanda scende e i governi devono smaltire i vaccini in scadenza. Ma il mercato farmaceutico è tutto tranne che libero e non rispet-

ta la legge della domanda e dell'offerta. Troppe le distorsioni, a partire dal duopolio globale: Pfizer/BioNTech e Moderna, grazie ai brevetti, sono libere di imporre il prezzo dei vaccini. Altri fattori contribuiscono poi a tenere elevato il prezzo dei vaccini. I governi devono mantenere le scorte a disposizione per non trovarsi sprovvisti nell'evenienza di future ondate e prenotare in anticipo eventuali aggiornamenti. L'instabilità dell'mRna contenuto nei vaccini obbliga inoltre a rimpinguarle periodicamente.

**UN SIMILE AUMENTO** del prezzo dei vaccini non è stato accolto bene da chi si batte per l'accesso ai farmaci. «È una rapina alla luce del sole» ha detto al sito *Health Policy Watch* Julia Kogei, portavoce della rete di Ong People's Vaccine Alliance di cui fanno parte Emergency e Oxfam. «I governi non possono stare a guardare mentre società come Pfizer



## il manifesto

tengono sotto ricatto il mondo durante una pandemia globale». Il problema, spiega Kogei, non riguarda solo i vaccini. «Nei paesi in via di sviluppo si muore senza accesso al Paxlovid, un farmaco antivirale della Pfizer che costa centinaia di dollari a trattamento. All'Organizzazione Mondiale del commercio (Omc) giace una proposta per permettere ai paesi più poveri di produrre dosi di generico. È ora che i governi si oppongano a chi fa profitti sulla pandemia e la sostengano».

**L'OMC PER STATUTO** dovrebbe garantire la libera concorrenza. Ma sulla pandemia ha aiutato i monopolisti, consentendo solo minime deroghe alla produzione dei vaccini senza licenza. La proposta a cui Ko-

sgei fa riferimento è al centro di un nuovo round negoziale che si è aperto a Ginevra. Anche in questo caso, un blocco di Paesi a basso e medio reddito guidato da India e Sudafrica preme affinché si sospendano i brevetti per consentire la produzione di antivirali e tamponi.

**LA POSTA IN GIOCO** stavolta è persino più alta. Per i vaccini, infatti, sospendere la proprietà intellettuale non basta di per sé a espandere la produzione, in quanto la tecnologia a mRNA richiede competenze e autorizzazioni difficili da reperire anche nei Paesi avanzati. Produrre farmaci antivirali generici invece è molto più facile: il Paxlovid esce anche dallo stabilimento Pfizer di Ascoli Piceno, che certamente non

è la Nasa. Dunque, in questo caso il brevetto è decisivo. Nel 2000, dopo un simile negoziato, gli antivirali generici contro l'Hiv abbassarono il prezzo della terapia da 10, 15 mila a soli 300 dollari l'anno, salvando la vita a milioni di persone sieropositive in Asia e Africa.

**LA PFIZER NE È CONSAPEVOLE** e ha accettato di vendere il farmaco a prezzo calmierato in 95 paesi a basso e medio reddito. Secondo la Ong Medici senza frontiere, tuttavia, l'impegno arriva tardi e copre solo il 53% della popolazione mondiale, mentre una moratoria generalizzata decisa all'Omc sarebbe la soluzione più efficace.

La sede centrale della Pfizer a New York foto Ap



# Assegnati 260 milioni per la ricerca sanitaria Ma la riforma degli Irccs è ancora lontana

## Pnrr e salute

Finanziati 226 progetti

Il riordino dei super ospedali

va approvato entro fine anno

### Marzio Bartoloni

Assegnati i primi fondi per la ricerca sanitaria targati Pnrr con un bando da 260 milioni per 226 progetti presentati dai team di ricerca del Servizio sanitario nazionale. Grazie ai fondi europei del Recovery plan i ricercatori potranno condurre ricerche per assicurare lo sviluppo e la qualità delle prestazioni e dell'assistenza ai pazienti in tema di malattie rare, malattie croniche non trasmissibili ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali e per i progetti cosiddetti «Proof of Concept», cioè quelli che mirano a colmare il gap tra ricerca e industria che si crea nell'intervallo tra la fase della scoperta e quella della messa a punto.

Fin qui il bicchiere mezzo pieno perché quello vuoto sullo stesso fronte della ricerca sanitaria riguarda la riforma degli Irccs (Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico), i 52 ospedali che oltre a curare i pazienti portano le innovazioni terapeutiche al letto dei pazienti. La riforma è uno dei *milestone* del Pnrr da raggiungere entro fine anno, ma per raggiungere entro meno di due mesi il target i tempi stringono sempre di più. Dopo l'approvazione della legge delega di riforma degli Irccs la scorsa estate il Governo guidato dall'ex premier Draghi in tutta fretta ha approvato a fine settembre il decreto attuativo che disegna nel concreto il riordino di questi Istituti. Solo che il provvedimento deve ancora fare due passaggi istituzio-

nali: uno in Parlamento dove sono attesi i pareri delle commissioni competenti di Camera e Senato e l'altro in Conferenza Stato Regioni prima del via libera definitivo di Palazzo Chigi. La riforma che riguarda grandi centri - dall'Istituto tumori di Milano al Gemelli e allo Spallanzani di Roma - ma anche strutture più piccole, prova ad alzare l'asticella dei criteri per poter rientrare in questo "dream team" degli ospedali italiani che accanto alla cure fanno anche ricerca di frontiera: oltre all'efficienza dell'organizzazione (è richiesto l'equilibrio economico finanziario e patrimoniale) e alla qualità delle strutture è necessario ad esempio rispettare il requisito organizzativo del 35% dei ricercatori con contratto di lavoro subordinato.

Tornando al bando di ricerca come detto sono 226 i progetti di ricerca biomedica - sui 300 complessivi presentati - che accederanno ai 262 milioni euro di finanziamenti per la ricerca sanitaria messi a disposizione con il primo avviso pubblico del Piano nazionale di ripresa e resilienza, pubblicato il 20 aprile scorso.

Il Comitato tecnico sanitario presso il ministero della Salute nella seduta del 28 ottobre ha approvato dunque la graduatoria finale e l'attribuzione del finanziamento ministeriale sui seguenti temi: malattie rare (50 milioni); malattie croniche non trasmissibili ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali (162 milioni); Pro-

of of Concept (50 milioni). I destinatari istituzionali del bando vedono come capofila dei progetti le Regioni, l'Inail, l'Agenas, gli Irccs e gli Izs. E poi come altri possibili partner istituzionali si contano anche aziende ospedaliere; Asl; altri enti del Servizio sanitario nazionale (con l'esclusione di strutture private accreditate con il Ssn); università; enti di ricerca pubblici e soggetti privati no profit.

Il bando è relativo all'investimento «Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del Ssn» nell'ambito della missione 6 Salute del Pnrr. Entro il 2023 verrà emanato un secondo bando per lo stesso importo, in modo da impegnare lo stanziamento complessivo di oltre 524 milioni di euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il decreto deve ancora incassare i pareri delle commissioni parlamentari e della Stato Regioni**



## *Tubercolosi, più casi e morti in tempo di Covid*

DI SIMONETTA SCARANE

Una recrudescenza di tubercolosi (Tbc), malattia infettiva polmonare contagiosa, tra le 10 principali cause di morte nel mondo, si è manifestata durante la pandemia di Covid-19, nel 2021. Per la prima volta dopo anni sono aumentati sia il numero dei malati (+4,5%), arrivati a quota 10,6 milioni, che quello dei decessi: 1,6 milioni (187 mila tra i sieropositivi), secondo il Rapporto globale sulla tubercolosi 2022 dell'Organizzazione mondiale della sanità pubblicato il 27 ottobre 2022. Cresciuti anche i nuovi casi di tubercolosi in forme resistenti ai farmaci: 450 mila (+3%) in un anno (2020-2021). La maggior parte dei casi di Tbc, infezione polmonare provocata dal batterio *Mycobacterium tuberculosis* (bacillo di Koch, dal nome del medico tedesco che lo ha scoperto), sono stati registrati soprattutto nel Sud Est Asiatico (in particolare India e Cina), nel Pacifico Occidentale e in Africa, in luoghi con scarse condizioni igieniche dove ha colpito persone malnutrite e cattive condizioni di salute. Se non trattata la malattia, che è curabile (26,3 milioni di persone lo sono state tra il 2018 e il 2021) e prevenibile, porta al decesso: durante la pandemia in molti Paesi i servizi di prevenzione e trattamento Tbc sono stati interrotti. Inoltre, ad aggravare la situazione tra le popolazioni vulnerabili sono stati i conflitti in corso in Europa orientale, Africa e Medio Oriente. Tedros Adhanom Ghebreyesus, d.g. dell'Oms, ha reso noto che la spesa globale per i servizi Tbc è scesa nel 2021 a 5,4 miliardi di dollari (6 mld nel 2019) e ha invitato a investire nella ricerca di nuovi vaccini (vertice in programma nel 2023) con lo scopo di eliminare la Tbc entro il 2030.



Ghebreyesus, d.g. dell'Oms

— © Riproduzione riservata — ■





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

**RICERCHE** I cardiologi

## «Colesterolo alto? Percorsi di cura, non basta la dieta»

ANNA SARTEA

**L**e malattie cardiovascolari in Italia costituiscono una causa di mortalità molto alta. Più di una persona su tre muore per una patologia che colpisce il cuore, come è stato illustrato di recente nel corso dell'annuale appuntamento che rilancia l'attenzione su questo tipo di malattie e sul loro impatto sulla nostra società, a Milano in occasione della Giornata mondiale del Cuore 2022. «Si tratta della prima causa di decesso sia per gli uomini che per le donne - spiega Emanuela Folco di Fondazione Italiana per il cuore -. Chi sopravvive a un attacco cardiaco diventa malato cronico. La malattia modifica la qualità della vita e comporta notevoli costi economici per la società». Secondo l'indagine Swg per Sanofi, condotta su un

campione di 1.202 cittadini italiani tra i 45 e i 74 anni, oltre il 40% degli intervistati sottovaluta i rischi legati ad alti livelli di colesterolo. «Evidenze scientifiche dimostrano che il colesterolo Ldl è causa delle patologie cardiovascolari - ricorda Ciro Indolfi della Società italiana di Cardiologia -, quindi la sua riduzione, per esempio attraverso l'accesso ai nuovi farmaci anti-colesterolo Pcsk9 - rappresenta uno degli obiettivi principali per evitare l'infarto miocardico e contrastare la mortalità».

Il 92% delle persone intervistate riconosce che è importante la prevenzione per evitare problemi cardiovascolari, ma a tale evidenza non corrispondono azioni mirate: solo il 17% del campione ritiene opportuno eseguire periodiche visite di controllo. È necessario stimolare il cittadino a prendere sul serio la propria salute cardiovascolare, tramite corretti stili di vita e una sana alimentazione. «E come nella prevenzione primaria - continua Giuseppe Di Tano, dell'Associazione nazionale Medici cardiologi ospedalieri - anche in

quella secondaria si deve promuovere il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura, così da favorire una maggiore proattività nella gestione della propria salute, in relazione con il Sistema sanitario». L'indagine ha messo in luce anche la scarsa percezione della pericolosità dell'ipercolesterolemia: il 20% degli intervistati nemmeno conosce i rischi che derivano da alti livelli di colesterolo. «Occorre superare il preconcetto che il colesterolo si combatta solo con la dieta - conclude Giuseppe Ciancamerla, presidente di Conacuore, che riunisce le associazioni di volontariato dei cardiopatici -. È chiaro che aiuta, ma l'ipercolesterolemia è una patologia che si chiama arteriosclerosi e va trattata con l'aiuto di uno specialista». L'80% delle persone con colesterolo alto ha dichiarato di aver dovuto cambiare le proprie abitudini, con maggior riguardo alla vita familiare e anche a quella lavorativa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## **RICERCA** AriSla con i ricercatori **Smascherare la Sla per dare risposte alle persone malate**

**DANILO POGGIO**

**U**na ricerca concreta, con lo sguardo rivolto alla persona nella sua interezza e impegnata a identificare biomarcatori e strumenti terapeutici efficaci per contrastare la Sla. Iniziano questa mattina e si concludono domani i lavori del convegno scientifico su «Ricerca, sviluppo e innovazione nella Sla», organizzato dalla fondazione AriSla per approfondire le strade che gli studiosi a oggi stanno percorrendo e quelle più promettenti per il futuro.

Solo in Italia sono circa seimila le persone che soffrono di Sclerosi laterale amiotrofica. Per loro AriSla, a oggi, ha investito oltre 14 milioni in ricerca, supportando 139 ricercatori e 92 progetti. «Ricordiamo costantemente ai nostri ricercatori - spiega il presidente Mario Melazzini - che la loro attività non deve

essere finalizzata a raggiungere un mero obiettivo scientifico ma a dare risposte alle persone. Grazie ai progetti finanziati nel corso degli anni sono state aperte nuove strade di indagine, bersagli nuovi per terapie nuove. È stata verificata, ad esempio, la presenza di uno specifico danno nel Dna delle cellule dei pazienti che comporta l'accumulo di sostanze tossiche oppure la disfunzione del processo di sequestro e smaltimento di proteine che predispone a una vulnerabilità di danno nei confronti del neurone». Altri studi hanno portato a comprendere che la sovraespressione di una determinata proteina potrebbe contrastare gli effetti patologici della proteina Tdp-43 che comporta una manifestazione molto aggressiva della malattia, mentre altri farmaci sarebbero in grado di mitigare l'ipermetabolismo tipico della Sla. Vista la complessità del tema, il programma della due giorni milanese prevede molti interventi e anche una duplice *lectio magistralis*, per esplorare ogni ambito della ricerca. E domani, a conclusione del convegno, ver-

ranno annunciati i nuovi progetti finanziati con il Bando AriSla 2022, rivolto a progetti nelle aree di ricerca di base, preclinica o clinica osservazionale, a cui seguirà la consegna del Premio Poster "Giovani per la Ricerca". «Per noi - conclude Melazzini - è molto importante poter tornare in presenza a fare il punto sullo stato di avanzamento della ricerca, confrontando ci con grandi esperti internazionali. Vogliamo chiedere loro suggerimenti e indicazioni per capire su quali linee di sviluppo investire e per arrivare a risultati concreti, passando presto dal laboratorio alla clinica».

139 scienziati e 92  
progetti sostenuti con  
14 milioni di euro. Nel  
nome di 6mila malati





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

**SUL CAMPO** Al Policlinico di Milano entra in servizio Stryker, sofisticato strumento per intervenire in utero su gravi malformazioni congenite

## Chirurgia prenatale, arriva la macchina che salva i nascituri

LAURA BADARACCHI

La colonna laparoscopica Stryker è un nuovo strumento chirurgico per operare direttamente nell'utero materno i nascituri affetti da gravi malformazioni congenite, come spina bifida e patologie polmonari. La Fondazione De Marchi l'ha donato alle strutture di Chirurgia pediatrica e di Diagnosi prenatale e Chirurgia fetale del Policlinico di Milano, uno dei centri che accoglie partorienti da tutta Italia: questi interventi delicati vengono eseguiti qui da otto anni grazie all'alta specializzazione del team di chirurghi fetali, guidati da Nicola Persico. Il sofisticato macchinario consente «di aumentare ulteriormente le possibilità di sopravvivenza dei nascituri», evidenzia Ernesto Leva, direttore della Struttura complessa di Chirurgia pediatrica del polo ospedaliero: «Negli ultimi anni - aggiunge - abbiamo registrato una richiesta crescente per la chirurgia neonatale: solo nel 2021 al Policlinico di Milano sono stati operati 130 neonati, un dato che ci rende il centro con la maggiore casistica di chirurgia neonatale in Italia nella fascia 0-30 giorni». Nello stesso centro, uno dei più grandi d'Europa, vengono assistiti circa una settantina di prematuri che non superano il chilo e mezzo; celebre il caso di Lorenzo, nato a 370 grammi dopo cinque mesi di gravidanza. Leva lo ha operato due volte, il piccolo ha raggiunto i tre chili.

Come sta cambiando l'approccio alle patologie prenatali? «Fino a un decennio fa c'erano patologie che riuscivamo a rison-

trare in epoca fetale, ma su cui non potevamo intervenire prima della nascita. Invece lo sviluppo della chirurgia fetale ci permette di operare i piccoli in utero, con interventi sia curativi sia migliorativi che portano un beneficio immediato al feto e poi al neonato». In caso di sindrome da trasfusione feto-fetale tra gemelli monozigoti, per esempio, con la coagulazione laser endoscopica vengono bruciati selettivamente alcuni vasi sanguigni della placenta per ristabilire la giusta distribuzione del sangue per entrambi i piccoli.

Analizzando invece le tre tipologie di ernia diaframmatica, patologia rara che comprime i polmoni impedendone lo sviluppo, «se sono lievi la sopravvivenza è del 90%, se moderate del 70% ma con rischi alti per il feto e la mamma in caso di intervento. Così si posiziona un palloncino nella trachea del feto intorno alle 28 settimane di gravidanza per facilitare lo sviluppo polmonare. La procedura, in caso di tipologia severa, migliora la sopravvivenza dal 15 al 54%: riusciamo a salvarne almeno la metà con il supporto della tecnologia e di strumenti sempre più raffinati come la colonna laparoscopica, con cui interveniamo nuovamente intorno alla 34a settimana per togliere il palloncino», annuncia Leva, precisando che la media della nascita è poi alla 35-36esima settimana, con «una prematurità accettabile». Per la spina bifida «prospettiamo un intervento tra la 22 e la 25esima settimana che migliora la motilità degli arti. L'innovazione maggiore sta nella testa dei medici: si ragiona come équipe in grado di confrontarsi per una pianificazione accurata durante e dopo la gravidanza.



La colonna laparoscopica Stryker in azione a Milano



## Medicina

Perché oggi  
spesso si anticipa  
l'intervento  
alla cataratta

di **Antonella Sparvoli**

**10**

Il cristallino opaco  
oggi viene  
sostituito prima

# Cataratta anticipata

**Q**uello di cataratta è l'intervento oculistico più frequente. Di norma viene eseguito quando la cataratta, ovvero l'opacizzazione del cristallino, è tale da causare una visione offuscata e altri fastidi. Rispetto al passato, negli ultimi anni si sta tuttavolta assistendo a un progressivo anticipo dell'operazione di sostituzione del cristallino.

### **Perché oggi si tende ad anticipare l'intervento di cataratta?**

«I motivi sono diversi — riferisce il professor Paolo Vinciguerra, responsabile del Centro oculistico dell'Istituto clinico Humanitas di Milano —. Innanzitutto si vedono spesso segni di opacizzazione del cristallino in pazienti più giovani. Si ipotizza che questo fenomeno possa essere legato alla maggiore esposizione alle radiazioni di energia, dai raggi ultravioletti alle radiazioni elettromagnetiche, anche se non c'è una chiara dimostrazione in tal senso.

«Inoltre i progressi nelle tecniche diagnostiche e microchirurgiche hanno reso l'intervento più sicuro, rendendoci più confidenti nel proporlo anche a chi non ha un visus così compromesso. Oggi, in alcuni centri, si può addi-

rittura contare su strumenti che consentono di mantenere la pressione costante all'interno dell'occhio durante l'intervento, cosa che offre diversi vantaggi, tra cui una maggiore precisione e sicurezza per il paziente (si veda il box).

«Infine, rispetto al passato, la richiesta visiva è maggiore: i sessantenni di oggi hanno una vita molto più dinamica rispetto ai loro predecessori e questo li porta a richiedere una prestazione anticipata.

«Va comunque precisato che l'intervento di sostituzione del cristallino deve rimanere una chirurgia funzionale e non estetica, mirata, per esempio, solo a liberarsi dalla presbiopia e quindi dagli occhiali per vedere da vicino».

### **Quali sintomi comporta la cataratta?**

«Nella maggior parte dei casi la cataratta è il risultato del normale processo di invecchiamento che comporta l'indurimento di questa lente contenuta nel bulbo oculare e la sua opa-



cizzazione. I tipici sintomi spia sono la riduzione dell'acuità visiva, con una minore percezione dei colori e un offuscamento della visione. Altri disturbi possibili sono visione doppia, ipersensibilità alla luce e abbagliamento. Quando la cataratta è ormai in fase avanzata la pupilla, che di norma appare nera, può assumere un colore grigiastro».

## Come funziona l'intervento?

«Durante l'intervento per la cataratta, il cristallino opaco viene fluidificato mediante una sonda a ultrasuoni (facoemulsificatore) oppure, in alcuni centri, con il laser a femtosecondi. Il materiale così frammentato viene aspirato con microsonde e al suo posto si inserisce una lente artificiale. Oggi anche questi cristallini artificiali si sono molto evoluti. Esistono, infatti, lenti che frenano i raggi ultravioletti, correggono le alterazioni cromatiche, possono cor-

reggere l'astigmatismo (lenti toriche) oppure che presentano una forma particolare (asferiche), permettendo di compensare eventuali imperfezioni della cornea.

«Inoltre, accanto alle tradizionali lenti monofocali, che permettono di risolvere, oltre al problema della cataratta, anche un'eventuale miopia o ipermetropia, esistono lenti monofocali a estensione di fuoco, che danno la possibilità di vedere a fuoco dall'infinito fino a 50-70 centimetri, nonché lenti multifocali. Quando l'intervento viene eseguito con il Servizio sanitario nazionale si utilizzano le lenti monofocali, ma in chi ha un astigmatismo che supera le quattro diottrie si può mettere una lente torica che, alla correzione della presbiopia, abbina quella dell'astigmatismo corneale».

**Antonella Sparvoli**

---

affermando la tendenza a occuparsi del problema precocemente per risolverne contemporaneamente anche altri

---



L'esperto risponde alle domande dei lettori sui problemi della vista all'indirizzo **forumcorriere.corriere.it/occhi**



**Paolo Vinciguerra**  
Responsabile Centro oculistico, Istituto clinico Humanitas; Milano



## Diagnosi

Screening con la Tac  
per scoprire  
precocemente  
il tumore al polmone

di **Vera Martinella**

16

# Guerra aperta al tumore al polmone

---

Ha preso avvio il programma «RISP»  
rivolto a chi è a rischio per questo tipo  
di cancro, come i fumatori. Prevede Tac a basso  
dosaggio per fare diagnosi precoce e aiuto  
per rinunciare alle sigarette. Ed è gratuito

---

di **Vera Martinella**

**F**umi o hai smesso da meno di 15 anni? Sei o eri un fumatore con un consumo medio di 20 sigarette al giorno per 30 anni? Hai più di 55 e meno di 75 anni? Il tuo rischio di ammalarti di cancro ai polmoni è alto, ma se partecipi al programma RISP puoi avere due vantaggi che potrebbero salvarti la vita: primo, diagnosticare l'eventuale tumore in stadio iniziale; secondo, in caso tu sia ancora un tabagista, ricevere gratuitamente aiuto per smettere.

RISP sta per Rete Italiana Screening Polmonare ed è un programma ministeriale che ha da poco iniziato il reclutamento, con l'obiettivo di coinvolgere oltre 7.300 persone monitorandole periodicamente con la tomografia computerizzata del torace a basso dosaggio. «Il tumore del polmone è responsabile del maggior numero di decessi oncologici in Italia: 34mila nel 2021, circa il 60 per cento dei quali (ovvero 20.400 morti) riguarda i forti fumatori — sottolinea Saverio Cinieri, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) —. La Tac a basso dosaggio costituisce una promettente strategia salvavita, ma a oggi non rientra ancora nella pratica clinica e nei programmi di screening rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale, ma RISP può rappresentare un cambiamento culturale».

A fine settembre, l'Unione europea ha aggiunto questo esame fra quelli raccomandati per la diagnosi precoce dei tumori «Poiché l'85% dei casi di cancro al polmone è dovuto al tabacco, le raccomandazioni europee suggeriscono l'esecuzione del test ai forti tabagisti proprio come è stato fatto per RISP — sottolinea Silvia Novello, ordinario di Oncologia Medica all'Università degli Studi di Torino e responsabile Oncologia Polmonare all'Ospedale San Luigi Gonzaga di Orbassano —. A livello europeo sono state già avviate esperienze simili, l'unicità di RISP è di essere realizzata grazie allo stanziamento di fondi ministeriali. Con il Decreto Legge Sostegni-bis infatti sono stati erogati 2 milioni di euro per il biennio 2021-2022 per sostenere il programma».

### Terapie mirate

Quello ai polmoni resta un temibile big killer perché quasi l'80 per cento dei pazienti arriva alla diagnosi tardi, quando la malattia è già in stadio avanzato e le possibilità di guarire purtroppo sono ridotte (dei 41mila nuovi casi registrati ogni anno in Italia ben 32.800 già in



stadio avanzato). La neoplasia, infatti, non dà segni evidenti della sua presenza agli esordi e quando lo fa è generalmente già in fase metastatica.

«Lo screening può favorire l'identificazione precoce del cancro, aumentando la platea di pazienti candidabili a resezione chirurgica radicale» spiega Ugo Pastorino, direttore della Chirurgia Toracica all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e coordinatore del progetto. L'obiettivo è migliorare la sopravvivenza che, per chi si ammala di questa neoplasia, a cinque anni dalla diagnosi, si aggira attorno

al 18%. Le terapie mirate e l'immunoncologia, che hanno già contribuito a migliorare la sopravvivenza della malattia in fase avanzata e metastatica, stanno acquisendo un ruolo anche negli stadi precoci. «La Tac al torace a basso dosaggio, portando alla luce noduli piccoli e localizzati consente d'intervenire in modo mininvasivo, con una riduzione della mortalità che può arrivare fino al 50% rispetto a chi è a rischio, ma non si sottopone allo screening — aggiunge Pastorino —. Le nuove Tac garantiscono un'altissima sensibilità anche per tumori di pochissimi millimetri, con bassissime dosi di radiazioni. L'altro obiettivo di RISP è ridurre sensibilmente il consumo di sigarette in chi partecipa al programma».

Nel nostro Paese si contano circa 12 milioni di fumatori, il 20 per cento consuma più di 20 sigarette al giorno. Aiutare i tabagisti a smettere è parte strategica del progetto: prima lo si fa, più si guadagna in salute. E, col passare del tempo, cala anche il rischio di ammalarsi di cancro. I fumatori vengono quindi inviati al Centro Antifumo collegato al RISP: in base all'«identikit» di ognuno (quanto e quando fuma, perché, da quanto tempo e il suo atteggiamento, anche psicologico, nei confronti del fumo) lo specialista può suggerire la strategia migliore per aiutarlo ad affrontare i sintomi legati all'astensione. Si deve insomma valutare la dipendenza dalla sigaretta sia co-

me bisogno di quantità quotidiana di nicotina (ad esempio il desiderio intenso di fumare), sia come valore simbolico (se il fumo è un rimedio per l'ansia, una fonte di piacere, eccetera). Quando i medici lo ritengono necessario possono anche prescrivere dei farmaci che agiscono a livello cerebrale diminuendo sia il desiderio di fumare sia i sintomi dell'astinenza. Fra i quali la citisina, che verrà data gratuitamente ai partecipanti al programma RISP, mentre normalmente si tratta di medicinali che chi vuole smettere paga di tasca propria.

«Con la Tac spirale, che dura pochi secondi, possiamo fotografare anche il rischio globale per altre patologie collegate al fumo, quantificando ad esempio il danno coronarico o la presenza di un enfisema — chiarisce Novello —. Tutti i partecipanti a RISP fanno una prima Tac di screening e la seconda dopo uno o due anni, in base a vari criteri. Nei soggetti in cui venisse individuato un nodulo sospetto, a seconda delle dimensioni e caratteristiche vengono direttamente programmati controlli ravvicinati (in genere a tre mesi, ma sulla base delle caratteristiche del nodulo). È il centro stesso che programma il controllo e sempre nell'ambito RISP».

## Come candidarsi

La partecipazione è completamente gratuita e chi presenta le caratteristiche richieste può candidarsi dal web (iscrivendosi nel portale [www.programmarisp.it](http://www.programmarisp.it) e indicando il centro più vicino al luogo di residenza) oppure chiedere alle Oncologie, Pneumologie e Cardiologie coinvolte nella fase di reclutamento. Sono 18 i centri, distribuiti su tutto il territorio nazionale, che rientrano nella rete di screening polmonare appena partita e il reclutamento dei 7.324 partecipanti è aperto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'esperto risponde alle domande dei lettori su questo tema all'indirizzo [forumcorriere.it/sportello\\_cancro\\_il\\_polmone](http://forumcorriere.it/sportello_cancro_il_polmone)

### I requisiti per partecipare al programma «Risp»

Un'età compresa tra 55 e 75 anni

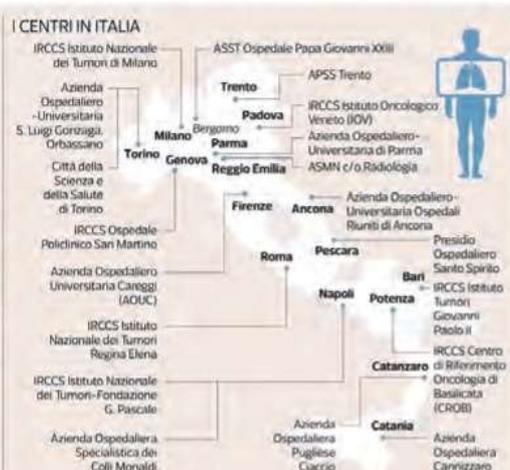
Non avere tumori da almeno 5 anni

**FORTE FUMATORE**

- 20 sigarette al giorno per 30 anni
- 40 sigarette al giorno per 15 anni

**EX FORTE FUMATORE** (da 15 anni o meno)

- 20 sigarette al giorno per 30 anni
- 40 sigarette al giorno per 15 anni



# Moratti sbatte la porta «Scelte preoccupanti sul Covid» Fontana: eri in giunta anche tu

L'ex sindaca si è dimessa da vicepresidente e assessore alla Sanità della Lombardia  
È l'epilogo di mesi di gelo. A primavera potrebbe candidarsi a governatrice

di **Giambattista Anastasio**  
MILANO

**Letizia Moratti** si è dimessa da vicepresidente della Regione Lombardia e da assessore al Welfare. È stata lei stessa ad annunciarlo con una nota diramata ieri mattina. Una decisione che rende sempre più concreto lo scenario di una sua candidatura a governatrice alle elezioni che si terranno nel 2023, con ogni probabilità già a metà febbraio, contro il leghista Attilio Fontana, il presidente uscente, sostenuto dal centrodestra. E il dato politico è proprio questo: con la nota di ieri, Moratti non ha rotto solo con l'esecutivo regionale, ma con tutta la coalizione perché in essa non mancano attacchi diretti alle scelte del governo di Giorgia Meloni, soprattutto in fatto di medici no vax.

**A quale approdo** punta, ora, la vicepresidente dimissionaria? Al momento la sua candidatura alla presidenza della Regione sarebbe sostenuta dalla sua Rete Civica, composta da esponenti dell'imprenditoria e del terzo settore, e dal movimento Lombardia Migliore, già presente in Consiglio regionale (con un solo consigliere). Quanto al Terzo Polo lo scenario è meno scontato: Italia Viva punta a sostenerla e a correre in autonomia, Azione invece continua a guardare a un'alleanza con un Pd che, al netto di qualche suggestione individuale, non può permettersi di convergere su un profilo come quello della Moratti. Di certo la nota da lei diramata ieri rappresenta già una dura presa di posizione nei confronti dell'esecutivo lombardo e del centrodestra, reo di non averne appog-

giato le ambizioni da governatrice. Ha giocato d'anticipo, Moratti: tutti a chiedersi quando il governatore l'avrebbe estromessa dalla Giunta e invece è stata lei a salutare.

Moratti spiega innanzitutto i tempi della decisione: «Per rispetto dei cittadini, con senso

di responsabilità ed in considerazione del delicato momento socio-economico del Paese, ho atteso l'esito delle elezioni politiche e la formazione del nuovo governo per rendere nota la mia posizione». Quindi riparte da dove la si era lasciata: l'intervista del 29 settembre alla trasmissione di Rai 3, "Il cavallo e la torre", nella quale ribadì di volersi candidare nonostante fosse già in campo la candidatura del "suo" presidente. Da qui il faccia a faccia del 30 settembre col governatore, che le comunica «in maniera chiara e inequivocabile» che «il rapporto di fiducia si è incrinato» e fa sapere di attendere un confronto coi leader del centrodestra per procedere con la decisione che, date le premesse, sembra ovvia.

**Invece** ecco la nota della Moratti: «Di fronte al venir meno del rapporto di fiducia con il presidente Fontana annuncio la decisione di rimettere le deleghe di vicepresidente e di assessore al Welfare di Regione Lombardia». Subito dopo le prime parole da avversaria politica. La porta della pace, quella che avrebbe potuto condurre la Moratti a un incarico terzo consentendone così la permanenza entro il perimetro del centrodestra, sembra irrimediabilmente chiudersi. Sì,

perché la vicepresidente dimissionaria attacca frontalmente la Giunta ma anche il nuovo governo. Invita a considerare le sue dimissioni come «un forte segnale rispetto alle lentezze e alle difficoltà nell'azione di questa amministrazione, che non risponde più all'interesse dei cittadini lombardi». Parole come pietre.

**«Una scelta** di chiarezza di cui mi faccio pienamente carico, anche in considerazione dei provvedimenti contraddittori assunti in materia di lotta alla pandemia – rimarca poi –. Da una parte prendo positivamente atto della linea, da me stabilita, di seguire il parere degli esperti sull'obbligo delle mascherine in ospedali e Rsa. Dall'altra registro con preoccupazione la scelta di anticipare il reintegro dei medici e degli altri professionisti della sanità non vaccinati, il condono sulle multe ai no vax e la diversa sensibilità sull'importanza dei vaccini. Esempi emblematici di una diversa impostazione politica». Dura la replica di Fontana: «I dubbi che avevo espresso sul posizionamento politico di Letizia Moratti erano fondati. È chiaro che guarda verso sinistra e non da oggi. È sorprendente che l'assessore al Welfare dichiari oggi che l'azione della Giunta non sia sufficiente. Ne fa parte da un anno e mezzo e non mi pare che abbia sollevato mai problemi». Al posto della Moratti è stato nominato Guido Bertolaso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LE MOTIVAZIONI

**«Lascio per dare un segnale rispetto alle lentezze e alle difficoltà»**



**La sostituirà al Welfare**

# La nuova missione di Bertolaso: a lui l'assessorato

**MILANO** Prima — in piena pandemia, nel marzo 2020 — è stato consulente del presidente Attilio Fontana per la costruzione dell'ospedale alla Fiera di Milano. Poi — a febbraio 2021 — è stato nominato coordinatore della campagna vaccinale in Lombardia, sempre a strettissimo contatto con Fontana e la sua vice, Letizia Moratti. Ora Guido Bertolaso, che a più riprese in questi oltre 30 mesi ha annunciato di voler «andare in pensione», è diventato il nuovo assessore al Welfare di Regione Lombardia, prendendo il posto di Moratti, che ieri si è dimessa da tutti i ruoli. «Dopo aver informato i leader del centrodestra — ha annunciato ieri Fontana — ho deciso di affidare la delega del Welfare

al dottor Guido Bertolaso, protagonista della campagna vaccinale in Lombardia e profondo conoscitore della macchina operativa della sanità lombarda».

Lui ringrazia, accetta l'incarico e annuncia che cercherà «di onorare con il massimo impegno questo incarico, fino alla formazione della nuova giunta che nascerà dopo le elezioni, cercando di valorizzare al massimo l'autonomia in materia di sanità e welfare che viene concessa alle Regioni. Ora — ha sottolineato — è il tempo di mettersi subito all'opera per continuare il lavoro cominciato dal mio predecessore, Letizia Moratti, su Pnrr, sanità territoriale e vaccinazioni, così da garantire l'efficacia della campagna

contro il Covid-19 e preparare la Lombardia a tutti gli scenari possibili. Lo dobbiamo non solo alla memoria delle migliaia di vittime, ma anche a tutto il personale sanitario che, in questi due anni, si è speso con abnegazione a tutela della salute collettiva».

Malgrado l'apparente cordialità nel passaggio di consegne tra lui e la sua predecessora, è proprio Moratti a fargli la prima richiesta, che ha il sapore della sfida, «di non reintegrare nelle strutture sanitarie i medici no vax». Soddisfatto della nomina è Silvio Berlusconi che parla di «un generoso e competente servitore dello Stato, è stato un eccellente capo della Protezione civile nei miei governi e poi un efficientissimo commissa-

rio per i vaccini per la Lombardia, ma, prima di tutto, è un medico: sono contento che abbia accettato di diventare assessore alla Sanità».

**Chiara Baldi****Chi è**

● Guido Bertolaso, 72 anni, medico, assessore al Welfare in Lombardia, è stato capo della Protezione civile e sottosegretario alla presidenza del Consiglio

**Il plauso di Berlusconi**

L'ex premier:  
«È un generoso  
e competente  
servitore dello Stato»



## «L'intervista Alessio D'Amato

# «Tumori, screening gratis ma le persone li ignorano»

► L'assessore alla sanità: «Chiamati 2 milioni, solo un quarto ha risposto» ► «Il Lazio è indietro con la prevenzione anche perché i cittadini non collaborano»

**S**olo nell'ultimo anno poco meno di un milione e cinquecentomila cittadini del Lazio non ha risposto alle più di 1,8 milioni di chiamate allo screening anti-tumore della Regione Lazio. La situazione peggiore è quella del cancro della cervice uterina: su 525 mila inviti a partecipare, solo 101.500 ha detto sì (il 19%). Poi c'è il cancro della mammella: su 420.000 inviti, in 150.000 hanno aderito (il 33%). Più alti i risultati per la prevenzione del tumore del colon-retto: la Regione, su 933.000 inviti per un controllo, si è vista ricevere una risposta 200 mila volte (il 45%). Tutte le chiamate alla partecipazione vengono oggi fatte con lettere tradizionali inviate direttamente a casa.

**Assessore alla Sanità Alessio D'Amato, questi dati del 2021 della Regione fanno riflettere. Eppure si tratta di un'attività a cui partecipare è facile, giusto?**

«Lo screening è gratuito e non c'è alcuna prescrizione medica. Garantiamo la massima qualità e, quando c'è qualcosa che merita un approfondimento, il paziente viene inserito in un percorso di messa in carico».

**Non crede che la modalità dell'invio dell'appuntamento via posta sia un po' passata?**

«Abbiamo attivato un nuovo canale di prenotazione: si può andare direttamente sul sito [salutelazio.it](http://salutelazio.it) e prenotarsi con le stesse dinamiche del vaccino anti-Covid. L'obiettivo è far partecipare sempre più persone».

**Nel corso di questi anni è cambiata anche la modalità**

**di partecipazione agli screening.**

«Quest'anno per lo screening del colon-retto abbiamo anche coinvolto la rete delle farmacie (sono circa 1.500 solo nell'area di Roma), dove è possibile riportare il campione per la ricerca del sangue occulto nelle feci».

**Quale situazione sta vivendo la sanità regionale negli ultimi anni?**

«Nel ranking dei Lea, il nuovo sistema di garanzia del ministero della Salute, il Lazio nell'ultima rilevazione ha un punteggio superiore alla sufficienza di 160 in tutte e tre le aree legate alla prevenzione, al territorio e all'area ospedaliera. Arriviamo a un punteggio di 225, con un progressivo aumento».

**E sul fronte della mobilità?**

«Per la prima volta il saldo della mobilità dei ricoveri ospedaliera segna una differenza positiva confrontando i dati dal 2017 al 2021. Prima stavamo nella parte negativa, ora ci troviamo con Piemonte, Veneto, Toscana, Emilia-Romagna e Lombardia».

**Per quanto riguarda i ricoveri per gli interventi chirurgici Agenas ha posto in allarme per quanto riguarda il numero delle operazioni entro trenta giorni. Ma quanti sono gli interventi effettuati nel Lazio?**

«Per quanto riguarda il tumore alla mammella nel 2021 sono stati effettuati 6345 operazioni: sono stati 5772 nel 2020 e 6188 nel 2019, recuperando di fatto i numeri che avevamo pre-pandemia. Altrettanto è accaduto

con il tumore al pancreas: nel 2021 ne sono stati fatti 278. Erano stati 261 nel 2020 e 242 nel 2019. Dati interessanti vengono anche dagli interventi per tumore del polmone: sono stati 1809 nel 2021, erano stati 1807 nel 2020. Abbiamo pressoché raggiunto il livello di 1817 del 2019. La macchina si è rimessa in moto».

**Quanto il Covid ha dovuto rallentato le politiche sanitarie regionali che avevate già programmato?**

«Credo almeno di un terzo, abbiamo dovuto dedicare più di 20 mesi alla gestione del contrasto della pandemia. Ricordo che Roma è stata la prima Capitale europea ad avere a che fare con il virus».

**Il nuovo piano ospedaliero della Regione Lazio si sta già mettendo in pratica?**

«Sì. Il primo esempio, già aperto, è il nuovo ospedale dei Castelli Romani. Ma in programma ci sono anche gli ampliamenti del Sant'Andrea (ora in corso), di Belcolle a Viterbo (che finirà tra un paio di mesi). Abbiamo finanziato l'ampliamento del pronto soccorso del San Camillo e stanno per partire i lavori di ammodernamento



dell'Umberto I. Nel piano delle nuove realtà, l'ospedale del Golfo tra Formia e Gaeta, i nuovi ospedali di Latina, Rieti, Acquapendente e Amatrice. E poi c'è l'ospedale della Tiburtina che sorgerà a Bagni di Tivoli, tra la ferrovia e l'autostrada. Sarà uno tra i più grandi investimenti dell'area Est di Roma. Da qui a sei mesi credo che si potrà andare in gara. E poi c'è il nostro

progetto di destinare l'area dell'ex Forlanini all'ospedale Bambino Gesù. Diventerebbe quella la più grande cittadella della salute d'Europa, una punta di diamante dell'intero continente».

**Giampiero Valenza**

*giampiero.valenza@ilmessaggero.it*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SUL FRONTE  
DELLE STRUTTURE  
GIÀ FINANZIATO  
L'AMMODERNAMENTO  
DI UMBERTO I  
E SAN CAMILLO**

**SONO COMINCIATI  
GLI INTERVENTI  
PER L'AMPLIAMENTO  
DEL SANT'ANDREA  
E DI BELCOLLE  
A VITERBO**



**PREOCCUPA  
IL DATO  
SUI CONTROLLI**

A sinistra, l'assessore alla Sanità Alessio D'Amato. Preoccupa il dato dei cittadini a rischio tumore che non ha risposto alla chiamata della Regione per gli screening gratuiti



## Sanitari no vax Puglia contro il governo: no al reintegro

ADRIANA POLLICE  
PAGINA 6

### MEDICI NO VAX

## La regione Puglia contro il governo: «Niente reintegro»

■ Comincia il reintegro dei medici No vax, come da decreto numero uno del governo Meloni, e subito scoppia il caso Puglia: la regione ieri ha annunciato che manterrà la legge locale che prevede l'obbligo vaccinale anche contro il Covid per i sanitari. Il sottosegretario pugliese alla Salute, Marcello Gemmato, targato FdI, è passato al contrattacco: «La norma sarà impugnata». Immediata la replica del presidente della regione Emiliano: «I termini per l'impugnativa sono ampiamente scaduti, essendo la legge del 2021. Gemmato, farmacista, si cimenta in arditi ragionamenti giuridici facendo fare al governo una pessima figura. Uno così dovrebbe dimettersi per la sua inadeguatezza».

La legge pugliese stabilisce

che gli operatori sanitari non vaccinati non possono essere a contatto con i pazienti a rischio negli ospedali. Anche la Campania ha fatto una scelta simile. Ieri è stata inviata ai Direttori generali della Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere una direttiva a firma del presidente De Luca: «Saranno messe in campo le necessarie azioni per contrastare ogni ipotesi di contagio, evitando il contatto diretto del personale non vaccinato con i pazienti». Sui reintegri è intervenuto il ministro della Salute Orazio Schillaci con una precisazione che è una mezza marcia indietro (in linea con il richiamo del Quirinale alla prudenza): «Si tratta di poche unità per ogni ospedale perché la maggior parte dei medici non vaccinati sono liberi

professionisti. Quello che andranno a fare saranno le singole direzioni sanitarie a deciderlo, valutando il posto migliore». Secondo il presidente degli Ordini dei medici, Filippo Anelli, sono 1.878 i medici che potrebbero rientrare ma molti sono medici di base. **a. po.**



L'INTERVISTA

## Michele Emiliano

# “L'esecutivo non può fermarci noi tuteliamo i malati”

Il presidente della Puglia: “La legge è del 2021, tardi per contestarla C'è chi è inadeguato, non sa quanto continuo le Regioni sulla Sanità”

**I**l Governatore pugliese Michele Emiliano al governo Meloni che reintegra i sanitari No vax risponde con la “sua” legge regionale che li tiene lontani da corsie e ambulatori.

**Come farete a tenerli alla larga dai malati?**

«Dal 2018 abbiamo una legge regionale che consente solo agli operatori vaccinati di poter accedere a determinati reparti e strutture sanitarie. La norma è stata estesa nel 2021 anche alle vaccinazioni anticovid. L'obiettivo è solo uno: tutelare i pazienti e gli stessi operatori».

**Il divieto di entrare in contatto con i pazienti vale anche per chi non è in regola con gli altri vaccini?**

«Esatto, un medico o un infermiere che entra in una rianimazione, in oncologia, in ematologia con trapianti, in una sala operatoria - per fare alcuni esempi - deve essere vac-

cinato, non solo contro il Covid, ma anche con tutte quelle vaccinazioni raccomandate a livello nazionale, tra le quali l'antinfluenzale. Così assicuriamo tra l'altro anche una maggiore presenza di personale nei reparti».

**Il sottosegretario alla Salute Gemmato ha detto però che impugnerà la vostra legge regionale...**

«Gemmato dovrebbe dimettersi per manifesta inadeguatezza, visto che non sa che tra leggi nazionali e leggi regionali nelle materie concorrenti come la sanità non c'è un rapporto di gerarchia che fa prevalere le prime sulle seconde, salvo che ci sia una lesione delle attribuzioni del Parlamento. Ma queste ultime devono essere impugnate tempestivamente dal governo. E così non è nel nostro caso, essendo la legge in questione del 2021».

**Ma quanti sono da voi i sanitari No vax?**

«I medici sono solo dieci, mentre gli infermieri e operatori 103, su un totale di 45 mila dipendenti».

**Molto rumore per nulla allora?**

«Certamente non sarà questo provvedimento del governo a risolvere il problema della carenza di personale sanitario». **Però se il personale sanitario scarseggia ovunque le cose al Sud vanno peggio o sbaglio?**

«Il divario tra Regioni del Nord e del Sud in sanità è un problema ancora attualissimo. Le regioni settentrionali ricevono dal Fondo sanitario nazionale centinaia di milioni di euro in più rispetto a noi perché la ripartizione delle risorse si basa sul criterio della spesa storica e non invece sulla popolazione. Stessa cosa per il personale: abbiamo decine di migliaia di medici e infermieri in meno e il governo non ci autorizza a fare assunzioni per colmare questo gap».

**Con la Lega al governo si**

**spingerà ancora più sull'autonomia regionale. La pandemia non suggerirebbe invece di centralizzare un po' più la sanità?**

«La centralizzazione della sanità è un'opzione politica che contraddice la straordinaria capacità delle Regioni di remediare alla mancata programmazione di piani pandemici nazionali da parte dei vari governi succedutisi negli ultimi 20 anni. La sanità centralizzata peraltro non aveva scorte di mascherine e non avrebbe avuto nessuna possibilità di somministrare capillarmente e velocemente i vaccini. Se questo governo vuole dare ancora più poteri alle Regioni ed ai comuni può farlo e questo non trova la nostra opposizione. Ma non si possono dare più poteri solo alle Regioni ricche e condannare al sottosviluppo quelle meno sviluppate». PA. RU. —

Non solo Covid pure l'antinfluenzale è necessario per salvare i pazienti

Resta il divario tra Nord e Sud i fondi si basano sulla spesa storica

**MICHELE EMILIANO**  
PRESIDENTE DELLA PUGLIA



Covid Direttiva a firma del presidente della Regione, inviata ai manager, per definire l'impiego di medici e infermieri

# Ospedali, limitazioni per i no vax

De Luca: «Bisogna evitare il contatto diretto del personale non vaccinato con i pazienti»

Una direttiva del presidente della Regione Vincenzo De Luca è stata inviata ai direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere per evitare di fare entrare in contatto i medici non vaccinati, appena reintegrati, con gli ammalati, «tutelando la salute dei pazienti e degli operatori vaccinati». De Luca interviene per

evitare che i medici non vaccinati (circa 400 in Campania) possano diffondere i contagi.  
a pagina 4

## De Luca proibisce ai medici no vax di entrare in contatto con i pazienti

Direttiva del presidente della Regione ai direttori generali: «Così contrastiamo i contagi»

di **Angelo Agrippa**

«È stata inviata ai direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere — comunicano dagli uffici della Regione Campania — una direttiva a firma del presidente Vincenzo De Luca, con la quale si fa obbligo di definire l'impiego del personale sanitario non vaccinato contro il virus Sars-Covid 19 — in concomitanza con la disposta reintegra in servizio — tutelando la salute dei pazienti e degli operatori vaccinati. Saranno quindi messe in campo le necessarie azioni dirette a contrastare ogni ipotesi di contagio, evitando il contatto diretto del personale non vaccinato con i pazienti».

Il dilemma più nodoso — come insegna Alessandro Magno — si taglia con un colpo di spada. Così Vincenzo De Luca interviene risoluto per evitare che i medici non vaccinati — che secondo una stima interna agli Ordini della Campania sarebbero circa 400 in

regione — possano entrare in contatto con gli ammalati, con il loro anticipato reinserimento nelle strutture ospedaliere disposto dal Governo di centrodestra. Dunque, i medici — ovviamente parliamo di quelli ospedaliere — che rientrano in servizio, non saranno impegnati nei reparti, ma probabilmente in uffici retrostanti o comunque isolati. Una disposizione che neutralizzerebbe la stessa ragione che ha spinto il Governo Meloni ad anticipare la reintegra degli operatori sanitari sospesi: vale a dire la necessità di coprire, almeno in parte, i vuoti in organico.

### La protesta dello Smi

Intanto, quello della sanità campana resta un campo minato. «Sono passati sei mesi dalla firma dell'Accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale e in Campania non è stata ancora avviata la discussione per l'Accordo integrativo regionale — denuncia Luigi De Lucia, segretario regionale del Sindacato medici italiani (SMI) —. Abbiamo inviato al presidente Vincenzo De Luca e al diret-

tore generale per la Tutela della salute, Antonio Postiglione, la richiesta ufficiale di prendere visione dell'atto programmatico, che rappresenta la base del futuro accordo, e che dovrà essere inviato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Nella nostra regione la sanità segna il passo, come documenta la nuova relazione sullo stato sanitario a cura del ministero della Salute. La Campania risulta essere ai primi posti per la mortalità evitabile. Occorre riqualificare il livello delle prestazioni e dell'assistenza per mettere i cittadini in una situazione di sicurezza sanitaria».

### La Cisl e i precari

Allo stesso modo, la Cisl rivendica attenzione per la sanità e torna a chiedere la stabilizzazione dei precari. «Finita la settimana della parata in piazza per chiedere la pace che vogliono tutti — afferma



Lorenzo Medici, leader regionale della Cisl Funzione Pubblica — è tempo di affrontare le questioni che rientrano a pieno titolo nelle competenze della Regione. Il ministero della Salute ha diffuso la relazione sullo stato del settore relativo al quadriennio 2017-2021 su dati Istat da cui si evince che la Campania ha il triste record per mortalità

prevenibile, per mortalità trattabile e per mortalità evitabile. Sempre più ultimi in tutto, come anche Agenas non manca di far rilevare. Di fronte a questi primati negativi, riteniamo sia il caso che il governatore De Luca pensi a preoccuparsi delle cose che sono in capo alla sua respon-

sabilità, a partire dalla stabilizzazione dei precari ferma al palo nonostante gli accordi firmati con la giunta».

### La prescrizione

«Si fa obbligo di definire l'impiego del personale sanitario non vaccinato»



In corsia Vietato ai medici no vax il contatto con i pazienti

