



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

11 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

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Sicilia. Schifani: “Per la Sanità penso a Giovanna Volo”

Mercoledì il giuramento all'Ars. Il governatore: “Allo stato attuale sono fortemente concentrato su una figura che credo abbia le caratteristiche per potere rivestire questo ruolo, la dottoressa Volo, che è stata manager della sanità, competente, apprezzata da tutto il mondo della sanità pubblica e non ha mai fatto politica”.



11 NOV - “La giunta sarà presentata tra fine settimana e lunedì prossimo, mentre mercoledì ci sarà il giuramento degli assessori all'Ars. Occorreva partire e siamo partiti”. Lo ha detto il presidente della Regione Siciliana, **Renato Schifani**, ieri a margine della prima seduta della nuova Assemblea regionale siciliana, che ha eletto presidente **Gaetano Galvagno**. Il governatore è intervenuto anche su alcuni aspetti della composizione della futura giunta di governo, in particolare sull'identikit di chi potrebbe ricoprire l'incarico di assessore alla Salute. “Allo stato attuale - ha detto - sono fortemente concentrato su una figura che credo abbia le caratteristiche per potere rivestire questo ruolo, la dottoressa **Giovanna Volo**, che è



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

stata manager della sanità, competente, apprezzata da tutto il mondo della sanità pubblica e non ha mai fatto politica. Ritengo possa dare il proprio contributo al nostro governo e una forte spinta ai temi delicati della sanità pubblica, dalle liste d'attesa alle aree d'emergenza. Occorre dare attenzione a quegli aspetti privati della diagnostica strumentale che potrebbero, se finanziati, ridurre le liste d'attesa degli ospedali". "Ci siamo già confrontati e devo dire che ho trovato in lei grande competenza ma anche grande disponibilità a rivedere alcuni temi - ha spiegato in conclusione - Non voglio che nella sanità ci siano scontri tra pubblico e privato, che devono integrarsi tra di loro. Non ci devono mai essere steccati quando si parla della salute dei cittadini".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Policlinico di Messina, non c'è ancora una data per il nuovo pronto soccorso

Il sopralluogo nel cantiere affidato alla struttura commissariale regionale. In stato avanzato, invece, il reparto con i 16 posti letto di terapia intensiva

11 Novembre 2022 - di [Redazione](#)

MESSINA. Si è svolto ieri- all'interno dell'area di **cantiere** affidata alla struttura commissariale regionale per il potenziamento delle opere e del piano della rete ospedaliera- un sopralluogo tecnico a cui hanno partecipato il nuovo soggetto attuatore **Salvatore Lizzio**, il Rettore dell'Università di Messina e i vertici dell'AOU G. Martino. I **tecnici della struttura commissariale** hanno visionato nel complesso l'area di cantiere interessata dagli interventi. In stato avanzato il reparto con i 16 posti letto di **terapia intensiva**, mentre per quanto attiene il **pronto soccorso** la squadra del dott. Lizzio è già a lavoro per verificare tutta la documentazione amministrativa presente relativa agli atti e a quei passaggi propedeutici necessari per la realizzazione delle opere mancanti e il completamento dei lavori. Un'attività indispensabile per poter definire il nuovo **cronoprogramma**. Solo dopo questo step sarà possibile fornire una tempistica più certa. Tempi che, una volta accertati, saranno comunicati ufficialmente. «L'impegno è massimo da parte di tutti- sottolinea il Commissario Straordinario dell'AOU **Giampiero Bonaccorsi**- e vi è piena sinergia con la struttura tecnica regionale per superare le criticità e procedere in modo spedito per riconsegnare presto ai cittadini e al personale che opera ogni all'interno dell'azienda un pronto soccorso moderno e funzionale».

Il Rettore **Salvatore Cuzzocrea** afferma: «Auspico che la riunione serva ad appianare le **difficoltà** fin qui incontrate, in modo serio, competente ed efficace, sebbene tali difficoltà comporteranno un **ulteriore sacrificio** da parte del personale sanitario e dei cittadini che, ancora per parecchi mesi, come più volte evidenziato, dovranno attendere il completamento del Pronto Soccorso Generale».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA **.it**

Diabete 1, oggi con diagnosi precoce non toglie anni di vita

11 Novembre 2022



(ANSA) - ROMA, 11 NOV - Quando il diabete di tipo 1 insorge da bambini può ridurre l'aspettativa di vita e per molto tempo l'età di insorgenza della malattia è stata considerata uno dei fattori in grado di minacciare una vita lunga. In realtà, se la diagnosi è tempestiva e la malattia viene gestita al meglio le persone con diabete possono aspettarsi una durata della vita uguale a quella delle persone sane. È quanto rimarca la Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (Siedp) commentando i dati di uno studio pubblicato The Lancet Regional Health - Europe. Lo studio, coordinato da ricercatori dello Sahlgrenska University Hospital di Göteborg, ha analizzato i dati di 45mila persone con diabete di tipo 1 confrontati con quelli di oltre 200mila persone sane. I ricercatori hanno scoperto che la mortalità per le persone con diabete era fino a 3 volte più alta; le persone diabetiche avevano inoltre un rischio da 3,4 a 5 volte più alto di andare incontro a infarto, scompenso cardiaco e ictus rispetto a quelle sane. Tuttavia, quando i diabetici non erano affetti da complicanze renali o cardiovascolari avevano un mortalità uguale se non più bassa delle persone sane. "I dati mostrano che c'è tuttora una riduzione dell'aspettativa di vita in chi riceve la diagnosi nella prima infanzia, entro i 10 anni, ma questo accade soprattutto se non c'è un'adeguata gestione della malattia e quindi negli anni



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

compaiono problemi cronici come l'insufficienza renale o i danni vascolari, che aumentano la mortalità cardiovascolare per infarto, ictus, scompenso cardiaco", afferma Valentino Cherubini, direttore dell'Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica dell'Ospedale Salesi di Ancona e presidente eletto Siedp. "Questo può essere colmato se si evitano le complicanze connesse alla malattia con una maggiore attenzione allo stile di vita, fin da piccolissimi, e migliorando il controllo glicemico servendosi di tutte le strategie abbiamo oggi a disposizione, dai diversi tipi di insulina alle tecnologie per il monitoraggio glicemico, fino al pancreas artificiale", aggiunge Mariacarolina Salerno, professore associato di Pediatria all'Università Federico II di Napoli e presidente Siedp.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA **.it**

Iss, incidenza stabile a 307 da 283. Rt cala a 0,83 da 0,95

11 Novembre 2022



Resta sostanzialmente stabile l'incidenza settimanale a livello nazionale dei casi di Covid-19: 307 ogni 100.000 abitanti (04/10/2022 -10/11/2022) contro 283 ogni 100.000 abitanti della settimana scorsa (28/10/2022 -03/11/2022). Nel periodo 19 ottobre-01 novembre 2022, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a 0,83 (range 0,77-0,91), in diminuzione rispetto alla settimana precedente (quando è stato pari a 0,95) e al di sotto della soglia epidemica dell'unità. Lo evidenzia il monitoraggio settimanale Iss-ministero della Salute sul Covid-19.

Diminuisce l'occupazione complessiva dei posti letto ospedalieri da parte di pazienti Covid. Il tasso di occupazione in terapia intensiva scende al 2,0% (rilevazione giornaliera Ministero della Salute al 10 novembre) contro il 2,4% (rilevazione al 3 novembre). Il tasso di occupazione in aree mediche a livello nazionale scende invece al 10,0% (rilevazione al 10 novembre) contro il 10,4% (rilevazione al 03 novembre).



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Reintegrati marchiati come untori Ma i vaccinati contagiano quanto loro

Studio su «Nature» mostra che la carica virale dei renitenti al siero è pressoché uguale rispetto agli inoculati. A registrare i livelli più bassi d'infettività sono i guariti, per ben 18 mesi. Eppure dopo tre tornavano sospesi

di **ALESSANDRO RICO**

■ Dice il «competente» un tanto al chilo - e la Regione Lombardia, come l'Emilia Romagna, lo seguono a ruota: i medici non vaccinati vanno tenuti lontani dai pazienti fragili, perché rischiano di infettarli. Sì, magari il vaccino non sarà formidabile nel bloccare la trasmissione del Covid. Però riduce la carica virale in chi si ammala, il che rende meno probabile che costui diffonda il Sars-Cov-2.

Gli esperti da talk show che usano questo argomento dovrebbero dare una letta a uno studio israeliano, appena uscito su *Nature Communications*. Gli autori hanno esaminato il valore Ct nei referti dei tamponi molecolari di soggetti mai inoculati, o vaccinati a vario titolo. Il valore Ct indica il numero di cicli necessari in un Pcr per individuare il materiale genetico del coronavirus. Più è alto il valore Ct, cioè più fatica si fa a trovare il genoma del patogeno nel campione, più è bassa la carica virale nell'individuo. Che avrà meno chance di contagiare gli altri.

I risultati dell'analisi parlano chiaro. Già in concomitanza con lo scenario Delta, si vedeva che il valore Ct dei vaccinati con due dosi calava repentinamente, diventando inferiore a quello dei non vaccinati entro poco più di due mesi dalla seconda puntura. Cosa significa? Che la tesi dei talebani dell'mRna rimaneva vera solo per un brevissimo lasso di

tempo. Il «privilegio» dei vaccinati durava poco, finché il confronto con i no vax volgeva a loro sfavore.

Soluzione? La terza dose. Sfortunatamente, pure il richiamo ha mostrato grossi limiti: a 70 giorni dallo *shot*, il valore Ct era solo poco più alto di quello riscontrato nei renitenti. Ed era molto minore di quello dei guariti, che a sua volta superava quello dei vaccinati con due dosi di recente.

Tutte osservazioni rafforzate dall'indagine sullo scenario Omicron. Nel quale, semmai, le differenze tra le varie categorie si sono assottigliate ulteriormente, come si vede dalla tabella che pubblichiamo in questa pagina. A dieci giorni dalla seconda dose, il valore Ct dei bidosati era quasi uguale a quello dei no vax. Il booster migliorava la situazione, ma il tappo era effimero: a 40 giorni, i livelli diventavano paragonabili a quelli dei refrattari all'iniezione - e financo inferiori ai loro, dopo il settantesimo giorno dal richiamo.

Pure in questo caso, i guariti sembravano i meglio attrezzati. E godrebbero di un jolly: gli scienziati che hanno vergato il paper notano che sia con la variante Delta, sia con la variante Omicron, in loro, «i livelli di carica virale rimangono bassi ben oltre i 18 mesi». E restano inferiori a quelli di chi sceglie di non porgere il braccio anche per periodi più lunghi.

In Italia, intanto, cos'è successo? L'obbligo vaccinale per i sanitari era stato introdotto ad aprile 2021. Meno di tre mesi dopo, era già dominante il ceppo indiano. A quel punto,

non solo lo schermo immunitario offerto dagli antidoti si era parecchio indebolito, ma la carica virale del vaccinato infetto, stando alle rilevazioni israeliane, doveva essere identica, se non maggiore, a quella del non vaccinato con il Covid. Tanto più che il personale degli ospedali era stato tra i primi a sottoporsi alle dosi. Dopodiché, a dicembre 2021, era diventata dominante la variante sudafricana. In quel periodo, dottori e infermieri avevano ricevuto o stavano ricevendo la terza dose, sufficiente appena per scavallare i picchi invernali. Ovviamente, solo in termini di carica virale degli infetti. La protezione dal contagio, infatti, era destinata quasi ad annullarsi, come è facile evincere dai report dell'Iss. L'efficacia dei farmaci di Pfizer & c. stava diventando negativa.

Quando, a fine marzo 2022, l'obbligo vaccinale è stato pro-

rogato fino al 31 dicembre, avevamo davanti la combinazione peggiore: la comparsa di sottovarianti ancora più capaci di eludere l'immunità dei vaccinati; e il totale annullamento delle differenze tra le cariche virali, cioè tra le capa-

cità infettanti, di inoculati e renitenti.

Nel mentre, una buona parte dei camici bianchi allonta-



VERITÀ

nati dalle corsie aveva contratto il Covid. I guariti venivano riammessi a lavoro, certo. Ma per tre mesi. Dopodiché, o si recavano all'hub, o venivano di nuovo privati di stipendio e dignità.

È l'esempio perfetto del mondo al contrario in cui vive **Roberto Speranza**, l'uomo che si vantava di «seguire la scienza». L'ex assessore di Potenza, con il contributo dell'ex premier, **Mario Draghi**, ha tenuto in piedi un obbligo fondato sulle fake news («i vaccini

proteggono dal contagio» e «i vaccinati hanno meno probabilità di infettare gli altri»). Inoltre, ha disposto la sospensione dei guariti, i quali rimangono meno infettanti per oltre un anno, preferendo loro i tridosati, che invece, dopo manco tre mesi dal booster, diventano tipo i no vax. Certo, sono meno esposti alle conseguenze gravi della malattia. Ma questo cosa c'entra, con il pericolo che rappresenterebbe, per i fragili, il sanitario che non ha porto il braccio? Ce lo spiegheranno i fenomeni del Consiglio regionale lombardo?

L'ennesima prova che chi rifiutò il farmaco non è più pericoloso degli altri per i fragili

A 70 giorni dalla terza dose, la contagiosità dei soggetti testati è più alta che nei no vax



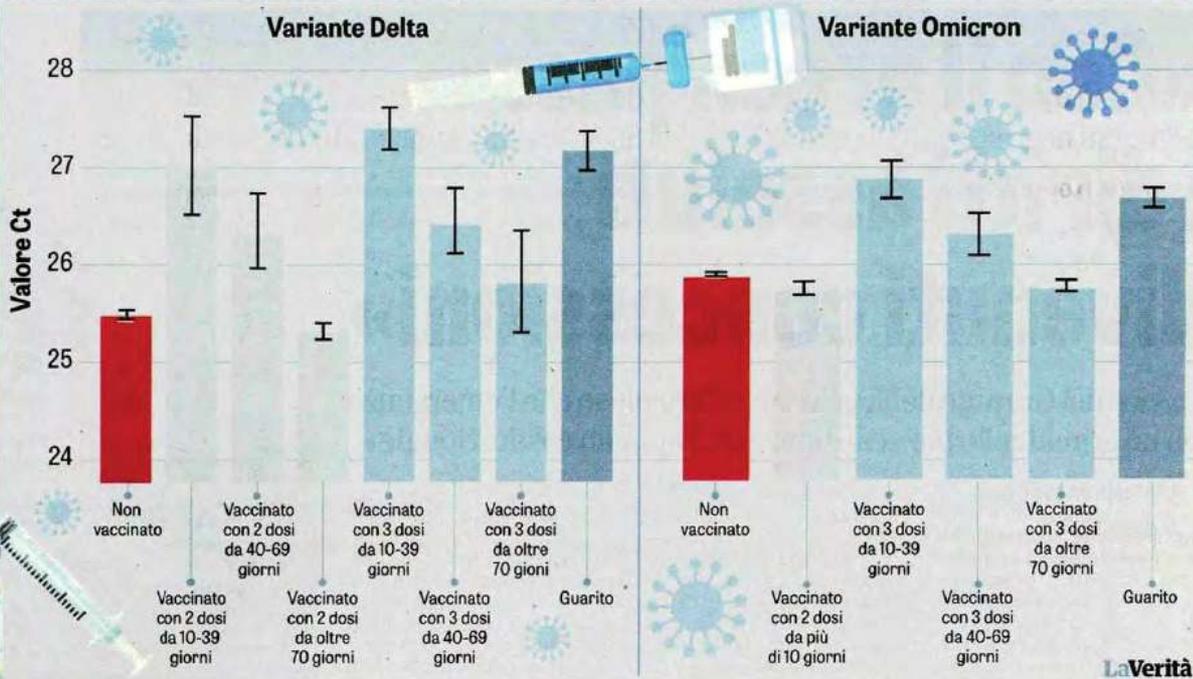
I RISULTATI DELL'INDAGINE

Valore Ct (Cycle threshold o ciclo-soglia): misura la concentrazione di materiale genetico virale

Il valore Ct è inversamente proporzionale alla carica virale

Infatti, **più il valore Ct è basso**, meno cicli di Pcr (Reazione a catena della polimerasi) sono necessari per individuare il virus, e **più la carica virale del soggetto testato è alta**.

Più il valore Ct è alto, più è bassa la carica virale del soggetto



LaVerità



Sanità Meloni torna al governo Monti con i tagli lineari

IVAN CAVICCHI

stazione di fondo. E già questo è un bel problema.

— segue a pagina 15 —

Sulla sanità il governo di centro destra comincia a scoprire le sue carte. Il ministro Schillaci rivedrebbe il Pnrr per le Case di Comunità. Ma nessuna intenzione politica di ridiscuterne l'impo-

Meloni torna a Monti, tagli lineari alla sanità

IVAN CAVICCHI

— segue dalla prima —

■ ■ ■ Perché significa che dobbiamo tenerci questo che nulla risolve rispetto alle più importanti criticità del sistema sanitario pubblico, di fronte alle quali il precedente governo, duole dirlo, ha scelto di dare *forfait*, sottraendosi alle necessarie sfide riformatrici. Anzi, al contrario confermando in tutto e per tutto le scelte neoliberali fin qui fatte dal Pd. Non è stato messo alcun freno alla crescente privatizzazione della sanità pubblica, bensì è stato rafforzato il privato.

Per mettere un freno alla privatizzazione, per rispondere alle criticità del sistema pubblico, quindi per togliere di mezzo le sue magagne più vistose (liste di attesa, medicina generale, ospedali, pronto soccorso, personale, prevenzione primaria ecc) oggi ci vogliono quattro cose: un nuovo Pnrr, un progetto di sanità pubblica (la quarta riforma), risorse ben

ponderate per finanziarlo, e una grande capacità politica. Temo che queste condizioni preliminari non esistano.

Intanto non c'è un progetto per rimettere in piedi la sanità pubblica. Il governo Meloni alle prese con il caro tariffe, con l'inflazione, non lo farà. Considerando le complessità in gioco, non basta essere medico nucleare o un rettore universitario per diventare il politico che la situazione richiederebbe. Colpisce la passività, del ministro Schillaci nei confronti delle decisioni finanziarie adottate dal suo governo. Non ha aperto bocca. Muto.

Non lo so se Schillaci si sia reso conto della fregatura, per il suo ministero e per la sanità tutta, della revisione decisa circa le stime della precedente NadeF licenziata da Draghi il 28 settembre scorso.

Però è un fatto che il governo Meloni mentre accresce il disavanzo di bilancio per risolvere il problema tariffe, non cambia le previsioni in valori assoluti della spesa sanitaria per il periodo dal 2022 al 2025 fissando gli stessi valori pari a: 133,998 miliardi di euro per il 2022; 131,724 miliardi per il 2023;

128,708 miliardi per il 2024 e 129,428 miliardi per il 2025.

Ma siccome nello stesso tempo il governo prevede un diverso andamento del Pil (stime riviste al rialzo per il 2022, dal 3,3 per cento a 3,7 per cento, mentre quella per il 2023 è stata ridotta dallo 0,6 per cento allo 0,3 per cento) e siccome le previsioni per i due anni successivi restano negativamente invariate, all'1,8 per cento e all'1,5 per cento, è come se la spesa sanitaria si riducesse in valori assoluti in rapporto al Pil con un decremento nel 2025 dello 0,1%, (dal 7,1% della "vecchia" NadeF al 7%)

Oggi il ministro Schillaci resta muto mentre 1) le regioni chiedono a gran voce 5 mld in più ma solo per coprire le maggiori spese dovute al rincaro delle tariffe energetiche del Ssn 2) la previsione finanziaria del governo è di dare alla sanità, a regime, 5mld in meno.

Il ministro resta muto men-



il manifesto

tre è come se con il governo Meloni si tornasse i tagli lineari di Monti, gli stessi che hanno ridotto la sanità allo stremo lasciandola sfracellare contro la catastrofe della pandemia. Ma il mutismo del ministro rivela che il suo ministero in realtà è totalmente dipendente dal Mef che decide le politiche sanitarie nel nostro paese. Di fatto è come avere un mini-

stro finto.

D'accordo, esiste una crisi economica che ereditiamo dalla pandemia, dal rincaro delle materie prime, crisi che la guerra ha acuito. Ma un'altra strada ci sarebbe, a condizione di avere una strategia per ripensare il Pnrr, quindi un progetto in grado di dare in cambio del diritto alla salute, delle contropartite economiche e so-

ciali, quindi offrire cambiamenti, per evitare tagli alle risorse che servono. Certo, ci vorrebbe un ministro della salute all'altezza delle sfide in campo.

Mentre il governo accresce il disavanzo di bilancio per il problema tariffe, non cambia le previsioni in valori assoluti della spesa sanitaria per il periodo dal 2022 al 2025



foto LaPresse



L'inferno al Pronto soccorso e il privato che avanza

TIZIANA SAMPIETRO*

■ Ho visto le rovine della sanità pubblica con gli occhi di una giovane medico, specializzando al Pronto Soccorso, che è un inferno. Turni massacranti, pochi maestri; vogliono andarsene, cambiare mestiere. Un vissuto simile al resto della medicina ospedaliera e a quella di base. I medici scappano dalla Sanità pubblica.

Quale che sia la motivazione principale-soldi, carriera, potere- i neolaureati in medicina, sono accomunati dall'entusiasmo -e il tremore- di iniziare un lavoro speciale e, in fondo, dalla consapevolezza di essere sulla frontiera più intrigante e impegnativa, la frontiera tra scienza e umanesimo. Impossibile sottrarsi alla chiamata. Questa può essere fortissima o no, tradita persino, ma è la molla presente in ogni medico.

Al netto della retorica, questo è un dato di realtà, che spiega la tenuta, sin qui, del nostro Sistema sanitario, che ha retto grazie all'abnegazione e al patto etico della maggioranza dei sanitari. Sin qui. D'ora in poi, i sogni e le illusioni dei giovani medici rovineranno col meraviglioso edificio, il Ssn, costru-

to con la riforma del '78; troveranno certo posto nel Privato, ma il patto che lì si sottoscrive è molto diverso.

Per evitare la fine della Sanità pubblica, non basterà un Pnrr più ricco. Servono più idee-forza, più scienza e meno liberismo. Il Pnrr della Sanità, non ha prodotto nessun effetto di "salvezza del sistema". E non poteva. Poca sostanza dietro slogan accattivanti: "medicina del territorio, "case di comunità"; si prevedono 1288 case di comunità e 380 Ospedali di Comunità cioè un piano di edilizia sanitaria. Risorse per il personale? un misero aumento di borse di studio per le specializzazioni? La lodevole gestione della pandemia, ha oscurato le non scelte strutturali, incluso il piano pandemico per il futuro.

Serve uno sforzo titanico, per salvare il Ssn, a partire dall'analisi delle ragioni dello sfascio attuale, un'analisi coraggiosa, non in politicose. Che attraverso i nodi più scomodi: il conflitto di interessi, l'aziendalizzazione, l'accreditamento crescente alla sanità privata, la regionalizzazione sregolata dei servizi sanitari.

E' pervasiva l'influenza dell'industria farmaceutica. Da ricercatrice, so pesare il valore sociale, imprescindibile, dell'industria farmaceutica, ma la sua influenza nella

pratica medica e nelle istanze, le più alte, scientifiche e accademiche sono, oggi, all'allarme rosso. L'indipendenza scientifica è minacciata seriamente e lo Stato vieppiù marginale. Si consideri che ogni convegno scientifico è interamente pagato dall'industria farmaceutica.

Tutto, certo, regolato da un codice etico. Ogni relatore o estensore di linee guida deve denunciare i propri conflitti di interesse elencando le aziende sponsor; funziona come la foglia di fico. Il danno maggiore è all'autonomia del pensiero medico non più improntato a "scienza e coscienza" ma a "linee guida" da altri e altrove diseguate.

L'agire medico, è "banalizzato" ad applicatore di algoritmi, *flow chart* e linee guida, consolidato in un quadro di medicina difensiva. Una visita medica, "prezzata" (secondo il sistema Drg, importato dagli Usa), circa 30 euro, è imparagonabile con prestazioni ad alta tecnologia, risonanza magnetica, tac ...nell'Azienda sanità. Dove si muore di superlavoro, come in fabbrica, - plasticamente evidenziato dalla cronaca recente: nello stesso giorno un primario moriva "di superlavoro" e un operaio di caldo, per condizioni di lavoro disumane.

Conflitto di interesse e aziendalizzazione agiscono

per marginalizzare il ruolo del medico come attore pensante e formare una domanda sanitaria consumistica, (anche mediante le sezioni per *patient advocacy* di Big Pharma). Spesso i pazienti chiedono non una *diagnosi* ma *quell'esame*, non una *strategia terapeutica* ma *quella terapia*. Da qui dovremmo saper intravedere la responsabilità di una scienza che autoproponendosi in termini scienziati favorisce i tanto vituperati atteggiamenti antiscientifici, laddove occulta che la scienza è dubbio, confronto e avanzamento per risultati provvisori.

Un Sistema sanitario pubblico e universalistico è collante fondamentale di una società. Nella sua difesa si verifica l'autenticità delle forze che si definiscono progressiste.

*Medico e ricercatrice, Fondazione G. Monasterio Pisa

1288 case di comunità e 380 ospedali di comunità cioè un piano di edilizia. Misere risorse per il personale. Nessuna scelta strutturale dal ministero dei precedenti governi



foto LaPresse



Silenzio vaccinale

Campagna contro il Covid indietro rispetto all'Europa, ma il nuovo governo tace

Roma. Che fine ha fatto la campagna vaccinale contro il Covid? Con l'arrivo del nuovo governo l'interesse per la somministrazione di questi vaccini sembra sia stato riposto definitivamente nel dimenticatoio. Né la presidente del Consiglio Giorgia Meloni, né il ministro della Salute Orazio Schillaci si sono ancora espressi su questo. E' stata anche bloccata una circolare ministeriale con la quale si fornivano finalmente indicazioni alle regioni su come affrontare la pandemia in vista dell'autunno-inverno 2022-2023 e si provava a ridare slancio alla campagna di vaccinazione. Fatto sta che, giunti ormai a novembre, tutto tace, mentre il nostro paese scivola sempre più giù nella classifica europea dei richiami vaccinali effettuati. Stando agli ultimi dati Ecdc risalenti allo scorso 27 ottobre, infatti, l'Italia si piazza al ventesimo posto per numero di quarte dosi somministrate alla popolazione generale. Ormai dallo scorso 23 settembre nel nostro paese la campagna vaccinale per le quarte dosi di vaccino contro il Covid è stata estesa a tutti gli over 12. I nuovi vaccini bivalenti possono essere utilizzati anche per offrire una quinta dose agli immunodepressi (per cui il ciclo primario era di tre dosi e hanno già ricevuto la

quarta). Eppure, dopo il successo del 2021 che ha fatto sì che con il governo Draghi l'Italia arrivasse a registrare una delle migliori campagne vaccinali dell'intero occidente in termini di adesioni, anche grazie alle misure intraprese su obbligo vaccinale e green pass, oggi il dato dei secondi richiami si ferma appena al 2,4 per cento, ossia circa un terzo rispetto alla media europea del 7,7 per cento. La distanza è abissale rispetto alle prime tre nazioni ossia Belgio (26,5 per cento), Svezia (22,7 per cento) e Finlandia (17,4 per cento). Siamo molto distanti anche da altri big europei come Portogallo (13,9 per cento), Germania (10,8 per cento) e Francia (9,9 per cento). L'Italia segna il passo anche in confronto a molti paesi dell'est Europa come Polonia (6,1 per cento), Estonia (5,3 per cento), Repubblica Ceca (4,2 per cento) e Ungheria (3,6 per cento). Tra le altre grandi nazioni europee fa peggio di noi solo la Spagna ferma allo 0,6 per cento. Una misera consolazione. Come si spiega questo crollo? In parte a pesare sarà stata quella che l'Ema ha definito "stanchezza vaccinale", ma anche una "percezione a basso rischio della malattia tra molte persone". Proprio per questo l'Agenzia europea del farmaco sottolineava come "le

campagne di vaccinazione dovrebbero tenere conto dell'impatto delle dosi ripetute di richiamo sull'accettazione e sull'assorbimento del vaccino nella popolazione generale". Da qui il consiglio a prepararsi a fare più promozione e informazione sul ruolo di una futura quarta dose e sull'impatto della malattia. Tutti consigli al momento non recepiti dal governo Meloni che, sul tema Covid, si è impegnato esclusivamente nel reintegro anticipato degli operatori sanitari no vax sul luogo di lavoro e sul tentativo, per il momento senza riscontri concreti, di bloccare le multe per quegli over 50 che non hanno adempiuto all'obbligo vaccinale. Iniziative che lasciano bene intendere l'atteggiamento del nuovo esecutivo su questo tema e nulla che lasci sperare in un repentino cambio di rotta.

Giovanni Rodriguez



IL PRECEDENTE

COVID I RENZIANI SOSPETTAVANO CI FOSSE 007 RUSSI DIETRO GLI ACCORDI SUL VACCINO Iv perdona l'assessore "Sputnik"

» Lorenzo Giarelli

• **ALESSIO D'AMATO** è l'uomo nuovo di Azione-Iv nel Lazio. Ex assessore alla Sanità della giunta giallorosa di Nicola Zingaretti, è il grimaldello con cui Carlo Calenda e Matteo Renzi hanno disarcionato l'alleanza tra i dem e i 5 Stelle in Regione, portando il Pd a convergere sulla candidatura proprio di D'Amato.

Eppure fino a qualche mese fa erano proprio i renziani a sollevare dubbi e sospetti su D'Amato, al punto da presentare in Senato un'interrogazione all'ex ministro della Salute, Roberto Speranza, in cui si chiedevano chiarimenti anche sull'operato dell'assessore laziale riguardo al vaccino russo Sputnik. Più di una volta, infatti, D'Amato aveva aperto all'utilizzo di Sputnik in Italia o perlomeno a un approfondimento rispetto alla sua validità scientifica, in un contesto in cui invece altre forze politiche - vedi i renziani - guardava-

no con perplessità al vaccino di Mosca, perché temevano la strumentalizzazione geopolitica che avrebbe potuto farne Vladimir Putin.

Con un testo firmato da Annamaria Parente e da tutti gli altri senatori Iv (compreso quindi Renzi) lo scorso 31 marzo Italia Viva chiedeva lumi a Speranza sulla missione russa in Italia del marzo 2020 (arrivarono medici e militari per aiutarci con l'emergenza Covid), visto il sospetto - per la verità già smentito dal Copasir - che Mosca "avesse usato la missione con lo scopo di inviare un'intelligence sanitaria in grado di sviluppare il vaccino Sputnik partendo da un campione di virus prelevato in Italia".

E tra le circostanze più sospette, Parente e soci citavano l'accordo siglato nell'aprile 2021 tra l'Istituto Spallanzani di Roma e l'Istituto Gamaleya di Mosca. Accordo di cui all'epoca diede notizia anche l'ambasciata russa in Italia attraverso un comunicato stampa, confermando che oltre ai due istituti scientifici l'intesa era stata firmata dall'assessore alla Sanità laziale D'Amato. Per Italia Viva, allora c'erano "dubbi inquietanti"

sui quali però devono aver nel frattempo assolto del tutto l'assessore di Zingaretti.

Ma su D'Amato erano state espresse anche altre critiche. Per esempio rispetto alle sua proposta, in piena crisi pandemica, di far pagare un rincarato ai pazienti no-vax finiti in terapia intensiva a causa del Covid. "Proporre il pagamento delle spese mediche a chi decide di non vaccinarsi, penso debba rimanere nell'ambito della provocazione - disse allora Ettore Rosato, presidente di Italia Viva - La sanità dev'essere un diritto garantito sempre e a prescindere a tutti". Prima di redigere il programma elettorale, i renziani faranno bene a verificare se D'Amato ha cambiato idea.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità L'assessore regionale D'Amato



01 **Farindustria, 'Fondo sanitario tornerà sotto 6% Pil, serve cabina di regia'**

“La nostra industria è un riferimento a livello internazionale, prima in Ue con Germania e Francia. Dobbiamo però agire su diversi fronti e definire una cabina di regia con una strategia del Paese sulla salute con la presidenza del Consiglio dei ministri, Mef, Mimit, Salute, Miur e Regioni”. Lo ha detto Marcello Cattani, presidente Farindustria, a margine della 17esima edizione Meridiano Sanità, in corso a Roma. Farindustria lancia un allarme sui fondi per il Ssn. “C’è il rischio di un sottofinanziamento del Fondo sanitario, torneremo sotto il 6% del Pil e saremo fanalino di coda in Ue - rimarca Cattani - Mentre le risorse per il Ssn vanno adeguate al bisogno reale di salute che oggi va verso l’innovazione”.

Non solo risorse. “Servono anche regole nuove soprattutto nell’accesso ai farmaci a livello nazionale e regionale. Oggi a cosa serve un prontuario regionale dopo l’ok di Ema e dell’Aifa sulla rimborsabilità?”, conclude Cattani.



SALUTE

Psilocibina e depressione

New England Journal of Medicine, Stati Uniti



Un nuovo studio conferma che la psilocibina, una sostanza psicoattiva che in natura si trova in alcuni funghi, potrebbe essere utile nel trattamento della depressione. La ricerca, promossa da un'azienda che produce psilocibina sintetica, ha sperimentato la sostanza su più di duecento adulti che avevano provato

inutilmente altri trattamenti. I partecipanti sono stati divisi in tre gruppi: il primo ha ricevuto sotto supervisione medica una dose da 25 milligrammi, il secondo una da dieci e il terzo una dose da un milligrammo. I volontari hanno ricevuto anche un supporto psicologico nei giorni successivi al trattamento. Dopo tre settimane nel gruppo con la dose più alta è stato osservato un netto miglioramento dei sintomi, che però non era stabile nel tempo, contrariamente a quanto emerso in altri studi. Alcuni medici hanno inoltre sollevato dubbi sull'uso della

psilocibina di sintesi, mettendo in discussione l'opportunità di brevettare una sostanza presente in natura. Inoltre, alcuni pazienti hanno manifestato propositi autolesivi o suicidari durante l'assunzione della sostanza, ma potrebbero essere legati alla depressione e non al trattamento. ♦



04

Tumore polmone, ok Aifa a rimborsabilità nuovo farmaco immunoterapico

Il tumore del polmone a piccole cellule (microcitoma) colpisce ogni anno in Italia oltre 6mila persone, pari a circa il 15% del totale delle nuove diagnosi di carcinoma polmonare. Si tratta di una delle forme più aggressive di questa neoplasia, che per trent'anni ha visto come unico standard di cura la chemioterapia. Da oggi è disponibile per i pazienti del nostro Paese una nuova arma, che consente di migliorare in modo significativo la sopravvivenza a lungo termine fino a triplicarla. L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha approvato la rimborsabilità di durvalumab, farmaco immunoterapico sviluppato da AstraZeneca, per il trattamento di prima linea del carcinoma polmonare a piccole cellule (Sclc) in stadio esteso, in combinazione con la chemioterapia (etoposide associato a cisplatino o carboplatino, a scelta del clinico). Le nuove prospettive e i risvolti nella pratica clinica nella terapia del microcitoma polmonare sono stati approfonditi ieri in conferenza stampa a Milano.

"Il carcinoma del polmone a piccole cellule è una forma tumorale molto aggressiva, che tende inizialmente a rispondere positivamente alla chemioterapia per poi andare incontro a un inevitabile e rapido peggioramento - afferma Andrea Ardizzoni, professore ordinario di oncologia medica all'Università di Bologna e direttore dell'Oncologia medica dell'Irccs Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna Policlinico Sant'Orsola Malpighi - A differenza di quanto avviene nel tumore del polmone non a piccole cellule, che include anche una percentuale di non fumatori, in quello a piccole cellule la quasi totalità dei pazienti è tabagista".



A settembre 2020 - ricorda una nota - la combinazione di durvalumab con chemioterapia è stata approvata dall'Agenzia europea del farmaco (Ema) in base ai risultati dello studio internazionale di fase 3 Caspian, che ha coinvolto circa 800 pazienti con microcitoma del polmone in stadio esteso, arruolati in oltre 200 centri di 23 Paesi.

"Pochissimi pazienti con microcitoma polmonare sono candidati al trattamento chirurgico, perché questa neoplasia progredisce molto rapidamente e, nella maggior parte dei casi, è già in stadio metastatico al momento della diagnosi - sottolinea Ardizzoni - La durata del beneficio offerto dalla chemioterapia standard di solito è breve. Da qui il forte bisogno clinico di nuove terapie farmacologiche efficaci. Negli ultimi trent'anni sono stati moltissimi i farmaci studiati per migliorare la sopravvivenza, ma solo l'aggiunta dell'immunoterapia alla chemioterapia si è dimostrata in grado di ottenere questo importante risultato. Lo studio Caspian ha evidenziato che durvalumab in combinazione con la chemioterapia tradizionale non solo riduce del 29% il rischio di morte, ma è in grado di triplicare la probabilità di sopravvivenza a 3 anni rispetto alla sola chemioterapia. Si tratta di un dato significativo, perché quasi una persona su 5 può ottenere un controllo della malattia a lungo termine, mantenendo inalterata la qualità di vita". In particolare, il 17,6% dei pazienti trattati con durvalumab più chemioterapia era vivo a tre anni, rispetto al 5,8% con la sola chemioterapia".

"L'approvazione della rimborsabilità da parte di Aifa - spiega Lorenza Landi, responsabile Uosd Sperimentazioni cliniche: Fase 1 e Medicina di precisione, Istituto tumori Regina Elena, Irccs Roma - rende possibile la somministrazione di durvalumab in combinazione con diversi schemi di chemioterapia, etoposide con cisplatino o carboplatino, e rappresenta un'ottima notizia per i pazienti e i clinici, che hanno a disposizione una nuova arma per migliorare la sopravvivenza a lungo termine. Il beneficio della chemio-immunoterapia



evidenziato nello studio Caspian è ancora più rilevante, perché il braccio di controllo è costituito dallo standard di trattamento utilizzato finora nella pratica clinica, cioè dalla chemioterapia fino a 6 cicli".

"Cambia anche la strategia generale di gestione della malattia - aggiunge Landi - perché in base allo schema tradizionale, dopo i 6 cicli di chemioterapia il paziente restava in follow-up per poi riprendere il trattamento chemioterapico in caso di recidiva. Il nuovo protocollo invece non prevede più sospensioni: terminata la chemio-immunoterapia, si prosegue con la terapia di mantenimento con l'immunoterapia. La continuazione delle cure rassicura il paziente anche dal punto di vista psicologico. La programmazione terapeutica nel microcitoma polmonare deve essere estremamente precisa. La scelta migliore è rappresentata dalla combinazione dell'immunoterapia con la chemioterapia in prima linea. Solo così possiamo prolungare la sopravvivenza".

A circa due terzi dei pazienti con microcitoma polmonare viene diagnosticata una malattia in stadio esteso, in cui il tumore si è diffuso al di fuori del polmone, sviluppando metastasi in altri organi. "La capacità di riconoscere segni e sintomi e poter così diagnosticare e iniziare una terapia adeguata sono fondamentali per un avvio rapido delle cure, per ottenere una riduzione delle dimensioni del tumore, controllarne la crescita e, di conseguenza, aumentare l'aspettativa di vita - rimarca Silvia Novello, presidente Walce (Women Against Lung Cancer in Europe), ordinario di oncologia medica all'Università degli Studi di Torino e responsabile Oncologia polmonare all'Ospedale San Luigi Gonzaga di Orbassano.



"La difficoltà nel riconoscere i segnali del microcitoma può allungare i tempi tra la comparsa dei primi sintomi, il contatto con il medico di famiglia e lo specialista e quindi la diagnosi - prosegue Novello - Questa neoplasia finora ha ricevuto meno attenzione rispetto ad altre, anche a causa dello stigma sociale, riconducibile alla storia di tabagismo nella maggioranza dei pazienti, per cui sono sicuramente sollevata nel sapere che oggi possano beneficiare di una ulteriore opzione terapeutica. E' quindi ora importante da un lato sensibilizzare gli specialisti sull'importanza della diagnosi tempestiva, continuando a promuovere corretti stili di vita, dall'altro informare i pazienti sui fattori e comportamenti che possono influenzare l'andamento delle terapie, compresa l'abitudine tabagica che continua ad avere un impatto anche sulle cure e la loro tollerabilità e va pertanto contrastata anche a diagnosi avvenuta".

"Siamo orgogliosi di poter portare una nuova opzione terapeutica a questi pazienti e di poter finalmente parlare di sopravvivenza in un setting di malattia molto aggressiva - dichiara Mirko Merletti, vice president Oncology AstraZeneca - Oggi grazie al nostro impegno nella Lung Ambition Alliance, una partnership tra organizzazioni che includono l'International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC), Guardant Health e la Global Lung Cancer Coalition (GLCC), siamo al fianco del paziente non solo nel trattamento, ma anche nella prevenzione: in questa neoplasia è importante continuare a fare informazione circa i rischi collegati al fumo e l'importanza della diagnosi precoce attraverso gli screening".



VERSO IL VOTO NEL LAZIO

Secondo i magistrati negli ultimi 5 anni debito residuo aumentato di 868 milioni

La Corte dei Conti demolisce il dossier Sanità

Meglio della precedente Giunta ma la voragine resta

ANTONIO SBRAGA

••• La Regione Lazio è stata promossa, ma con riserve, nel giudizio di parifica sul rendiconto generale emesso ieri dalla Corte dei Conti. Il giudizio è stato pronunciato dal presidente della sezione regionale di controllo, Roberto Benedetti. Nel corso della requisitoria del procuratore regionale, Pio Silvestri, è emerso che «il progetto di rendiconto 2021 espone un risultato di amministrazione contabile di 1.627.315.841 euro, in miglioramento rispetto al corrispondente saldo della precedente gestione, pari ad euro 1.014.399.629 di euro».

Però, «nell'ultimo quinquennio, lo stock di debito finanziario residuo è aumentato di circa 868 milioni di euro, passando da 21,928 miliardi di euro nel 2017 ai menzionati 22,796 miliardi di euro a fine 2021 in violazione del principio della tendenziale riduzione del debito».

SANITÀ DA RIPENSARE

Dopo un commissariamento di 12 anni «i risultati ottenuti sono lusinghieri anche se rimane un tratto di strada da compiere per garantire servizi efficienti e costi sostenibili - ha aggiunto il procuratore Silvestri - Appare necessario alzare ancora il livello di efficienza della macchina

amministrativa regionale e di quella delle aziende sanitarie chiamate a un ripensamento dell'intero sistema sanitario». Si auspica «un nuovo cambio di passo per recuperare il gap di diagnosi e cure ritardate a causa della pandemia e per l'ulteriore riduzione dei tempi di attesa per le visite specialistiche rafforzando la sanità di prossimità territoriale».

TROPPI CONTENZIOSI

Anche perché «la sanità resta la materia più presente nelle controversie, in particolare quelle relativi alla remuneratività di prestazioni e servizi forniti da strutture private accreditate». Tant'è che «ancora una volta questa Procura segnala la necessità di ridurre l'esternalizzazione dei patrocini», chiedendo di avvalersi del «ricorso al patrocinio gratuito dell'Avvocatura erariale».

PERDITE ECCESSIVE

Le perdite delle Aziende Ospedaliere sono una delle poste che lo stesso tavolo ministeriale ha indicato come problematiche e chiesto di ripianare. La Regione illustra che per gli ospedali i costi eccedono i ricavi (con punte del 143% per il San Camillo-Forlanini). Il disavanzo registrato nei bilanci delle 7 aziende ammonta, infatti, a 468 mi-

lioni e 755 mila euro (oltre 3 milioni in più rispetto allo scorso anno).

OPERAZIONI ILLEGITTIME

La Corte bacchetta la «illegittima operazione» della Regione, con «erogazioni effettuate alla fine dell'esercizio, ma prima della chiusura, che consentono alla Asl di mostrare un risultato in pareggio» nei bilanci. E per la pronuncia d'accertamento l'udienza è stata fissata per il 14 dicembre.

PENDOLARI DELLA SALUTE

«La Regione registra ancora mobilità passiva, sia interregionale sia internazionale, molto più alta della mobilità attiva. Perciò, nel complesso, le uscite per mobilità superano le entrate, incidendo negativamente sul totale della spesa sanitaria regionale». Le spese per le cure rese ai residenti nelle strutture fuori dai confini laziali sono di 523 milioni, mentre le entrate relative ai pazienti delle altre Regioni curati nel Lazio sono di 303 milioni. Con una differenza negativa pari a -220 milioni.

12

Anni: durata commissariamento della Sanità
Secondo il procuratore Silvestri tanto è stato fatto «ma resta un tratto di strada da compiere per garantire servizi efficienti e costi sostenibili. Appare necessario alzare ancora il livello di efficienza della macchina amministrativa regionale e di quella delle aziende sanitarie chiamate a un ripensamento dell'intero sistema».

468

Milioni: il disavanzo dei 7 grandi ospedali
La Regione stessa aveva ammesso - e la magistratura contabile lo ha sottolineato - che per gli ospedali i costi eccedono i ricavi. Addirittura, nel caso del San Camillo-Forlanini, si tocca una punta del 143%. Il disavanzo registrato nei bilanci delle 7 aziende è di oltre 468 milioni (3 milioni in più del 2020)



CAOS COVID NEL LAZIO

Ora l'Asl chiede lo sconto ai medici vaccinatori

*Dottori di base sul piede di guerra**La Regione non solo paga in ritardo il booster ma abbassa pure di un euro i rimborsi stabiliti**Le aziende sanitarie vogliono rivedere le tariffe perfino sulle dosi già effettuate e i camici bianchi sono pronti a portare la vicenda in tribunale***ANTONIO SBRAGA**

●●● Campagna vaccinale pagata in ritardo dalla Regione Lazio, che ora chiede pure lo «sconto» ai medici di famiglia.

Una «proposta irricevibile» secondo il sindacato dei medici italiani (Smi), che minaccia anche azioni legali contro l'accordo regionale che conta di ridurre le tariffe stabilite lo scorso anno per l'inoculazione delle dosi di richiamo (le «booster»).

Quelle già somministrate ai pazienti nei mesi scorsi negli studi dei medici di famiglia, che però ancora devono essere liquidate dalle Asl ai camici bianchi. Per i quali, oltre al danno dei ritardi, si rischia d'aggiungere anche la beffa delle tariffe ridotte rispetto a quelle previste dall'accordo siglato un anno e mezzo fa.

«Dovrebbe essere oltre un euro in meno per ogni dose somministrata - quantifica la segretaria di Smi Lazio, Cristina Patrizi - Bisogna considerare che già lo scorso anno solo per noi le tariffe erano le più basse di tutte le categorie coinvolte nella campagna vaccinale».

Ossia 6,16 euro a iniezione per i medici di famiglia e 12 euro per i farmacisti (ma anche gettoni con «compenso orario omnicomprendente» di 40 euro per neolaureati e specializzandi negli hub vaccinali, o i 60 euro per le prestazioni aggiuntive rese dai medici ospedalieri o delle Asl in regime libero-professionale fuori dall'orario di lavoro, fino agli 80 euro per i camici bianchi in pensione riarruolati).

Per questi motivi lo Smi ritiene «non ricevibile la proposta di valorizzazione ag-

giuntiva della vaccinazione anticovid, in quanto peggiorativa rispetto a quanto previsto dall'accordo siglato il 15 febbraio 2021 - si legge nella lettera inviata alla Regione - Non è altresì ricevibile la retroattività della differente valorizzazione aggiuntiva per dosi booster già effettuate e non ancora remunerate per ritardi non ascrivibili ai medici di medicina generale, i quali hanno operato volontariamente e sulla base di un accordo con ben altra valorizzazione economica».

Il sindacato ha inoltrato «ben due richieste di convocazione urgente del Comitato Regionale, ad oggi prive di riscontro», conclude Patrizi, che avverte la Regione: se andrà avanti con la sua proposta «ci vedremo costretti a procedere nelle opportune sedi giuridiche».

Anche perché i medici di famiglia sono sempre di meno: già 200 mila laziali sono senza. Ne mancano 142, ma ne occorrerebbero 492.

Dal giugno scorso si stanno gradualmente ricoprendo i «142 incarichi vacanti nelle attività di continuità assistenziale rilevati dalle Asl», però gli «ambiti territoriali carenti di assistenza primaria rilevati» dalla stessa Regione sono di più, con ben «492 medici occorrenti per il rispetto del rapporto ottimale».

Però, nei prossimi «tre anni, in tutto il Lazio si preannuncia un buco da 1.200 medici di famiglia e sappiamo, fin d'ora, che sarà difficilissimo rimpiazzarli», avverte da mesi l'Ordine dei medici di Roma.

6,16

Euro
Pagati ai medici
di famiglia
lo scorso anno
per ogni iniezione

