



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

30 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

quotidiano**sanità**.it

Agrigento. Ucciso un cardiologo nel proprio studio. Arrestato un suo paziente 47enne

Il professionista è stato ucciso a Favara nella sala d'attesa dello studio davanti agli occhi dei pazienti in turno e dei segretari della struttura. I carabinieri hanno rintracciato il presunto assassino che era scappato subito dopo aver premuto il grilletto.



Si chiamava **Gaetano Alaimo**, un cardiologo molto noto a Favara in provincia di Agrigento ucciso oggi con colpi di arma da fuoco nella sala d'attesa del Poliambulatorio di via Bassanesi, davanti agli occhi dei pazienti in turno e dei segretari della struttura adibita anche a sede di riabilitazione cardiologica. Il presunto assassino sarebbe un paziente del medico con cui avrebbe avuto in passato delle discussioni, ed è stato arrestato dai Carabinieri che lo hanno rintracciato poco dopo il delitto. Si tratterebbe di un quarantasettenne di Favara. L'assassino oggi non aveva nessun appuntamento oggi al Poliambulatorio di via Bassanesi a Favara, riporta l'Ansa. Era però, e a quanto pare da anni, un paziente dello specialista. Questo pomeriggio non c'è stata nessuna discussione ma pare che ve ne fossero state in passato. Il favarese è arrivato al Poliambulatorio quando la struttura non aveva ancora aperto le porte ai pazienti e, davanti agli impiegati del punto sanitario, ha sparato a brucia pelo un colpo di pistola contro il medico che è stato raggiunto all'altezza del torace. Poi è scappato, ma è stato poco dopo rintracciato dai carabinieri che, giunti in via Bassanesi, hanno subito avuto notizia di chi era stato l'autore del delitto. Adesso, il presunto assassino è alla caserma dei carabinieri di Favara e viene interrogato dal procuratore aggiunto di Agrigento **Salvatore Vella** e dai Carabinieri che sono coordinati dal maggiore **Marco La Rovere**.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidiano**sanità**.it

Diabete. La Sicilia amplia l'accesso gratuito ai sistemi di monitoraggio del glucosio con sensori

Grazie ad una delibera i sensori saranno disponibili anche per i pazienti con diabete di tipo 2 in trattamento con insulina. È la prima Regione in Italia.



Con la Delibera dell'Assessorato della Salute n. 36715 "Dispositivi di monitoraggio del glucosio con sistema Flash Glucose Monitoring (FGM). Estensione delle indicazioni", la Regione Siciliana ha deciso di ampliare l'accesso gratuito ai sistemi innovativi di automonitoraggio della glicemia. Per la prima volta in Italia anche i pazienti con diabete Tipo 2 in trattamento insulinico non intensivo, da solo o in associazione con farmaci non insulinici orali o iniettivi, pazienti con storia di ipoglicemia severa, donne con diabete in gravidanza, soggetti con patologie che determinano ipoglicemie clinicamente significative, potranno accedere gratuitamente alla nuova tecnologia Flash di monitoraggio del glucosio. Nel resto d'Italia il sistema è prescrivibile e rimborsabile solo a pazienti diabetici di tipo 1 e diabetici di tipo 2 in trattamento con terapia insulinica multi iniettiva secondo quanto previsto dai criteri adottati dai Sistemi sanitari regionali. La scelta della Regione, apripista a livello nazionale, si basa sulla considerazione che i dispositivi di monitoraggio del glucosio con sensori hanno un rapporto costo-beneficio favorevole in quanto aiutano in modo molto più affidabile il medico e le persone con diabete ad interpretare meglio l'andamento delle glicemie con un impatto positivo sugli esiti clinici, gli eventi acuti e le ospedalizzazioni che comportano costi elevati, diretti e indiretti. Grande soddisfazione per questo primato regionale è stata espressa da **Carla Giordano**, Consigliere regionale della Società Italiana di Endocrinologia. Alla luce dei dati che ci dicono che "entro il 2030 supereremo i 750 milioni di persone con diabete nel mondo, serve il monitoraggio glicemico perché è la misura più importante per il paziente sia che si tratti di diabete tipo 1 che di tipo 2", ha sottolineato l'esperta. Il valore di questa nuova tecnologia si può misurare facilmente pensando a due fattori fondamentali: la praticità di utilizzo e il rapporto costo-beneficio. "Prima facevamo determinare al paziente il valore glicemico pungendo il dito", ha ricordato infatti Giordano. Oggi, "questi accessori impiantabili nel paziente permettono di controllare i valori glicemici in più momenti della giornata", in modo



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

del tutto automatico e indolore. L'aver adottato "questo sistema a basso costo ci ha permesso davvero di poterlo offrire al paziente", ha concluso Giordano ricordando anche come con questa delibera la regione Sicilia si pone tra le "poche regioni non solo a livello italiano ma anche a livello europeo ad aver fatto questo".

Il diabete in Italia e in Sicilia

Secondo l'ultimo Report dell'Italian Diabetes Barometer 2022, in Italia si stimano circa 3,5 milioni di persone con diabete (il 5,9% della popolazione, mentre in Sicilia l'incidenza è del 20% superiore alla media nazionale). Circa 1-1,5 milioni di persone non sa di avere il diabete e 4 milioni sono ad alto rischio di sviluppare la malattia diabetica. In Sicilia si stimano circa "338mila persone affette da diabete", ha fatto il punto **Felicia Maria Pantò**, Presidente della Società Italiana di Diabetologia Sicilia. Stiamo parlando quindi del 7 per cento della popolazione. "Questa prevalenza cresce fondamentalmente nell'età tra i 50 e i 65 anni e oltre, raddoppiando addirittura oltre i 75 anni". Non solo: "La Sicilia è una delle regioni dove si registra il più alto tasso di obesità infantile e nello stesso tempo abbiamo dei tassi di diabete superiori alla media nazionale", ha proseguito l'esperta che ha precisato anche come questa aumentata incidenza vada necessariamente ad influire sulle complicanze da diabete sia da un punto di vista economico che da un punto di vista di qualità della vita e di mortalità. "Il diabete – ha detto Pantò - aumenta di quattro volte il rischio di ictus, del 100% il rischio di infarto, di due volte il rischio di cecità, di quattro volte il rischio di malattia cardiovascolare e di malattia renale e, essendo anche la causa principale di amputazione non traumatica degli arti inferiori, è sicuramente una patologia che va attenzionata precocemente proprio per evitare questi numeri, che poi ricadono anche sulla mortalità". La Sicilia ha anche un alto tasso di mortalità rispetto alla media nazionale: "Abbiamo un 4,6 per cento di mortalità contro il 3 per cento della media nazionale". Dai dati infatti, "nel 2019 si sono calcolati circa 2.667 decessi per quanto riguarda le patologie diabetiche", ha proseguito Pantò. Una vera e propria epidemia silenziosa e in costante crescita, con costi assistenziali da non sottovalutare e che sono arrivati al 10% dell'intera spesa sanitaria pubblica e che rischiano di diventare insostenibili. Nella partita del diabete il medico di medicina generale gioca un ruolo fondamentale. "Il medico di famiglia ha un ruolo importante in quanto è il primo che individua il paziente diabetico, il primo che inizia una terapia, ma soprattutto è la figura che si occupa in maniera importante anche dell'educazione sanitaria, dell'educazione terapeutica e della gestione del paziente stesso", ha sottolineato **Cristiano Crisafulli**, Vicepresidente dell'Associazione Medici Diabetologi Sicilia. "Queste nuove tecnologie ci consentono, oltre a una valutazione diversa dal punto di vista prettamente scientifico della gestione del paziente diabetico, anche il controllo da remoto dei vari pazienti e questo consente inoltre di condividere in maniera attiva e proattiva il paziente con gli specialisti, quindi con i centri di secondo livello". Innovazione quindi non solo per il paziente che si trova a gestire la propria patologia con più facilità, ma anche innovazione per i medici che possono condividere le informazioni del paziente e a interagire tra loro. Di questo ne è fermamente convinto Crisafulli che ha infine precisato proprio come "questa accelerazione tecnologica consentirà una più accurata e più precisa gestione del paziente diabetico".

La tecnologia di monitoraggio

Con il sistema di monitoraggio Flash del glucosio, realizzato da Abbott, è possibile leggere in modo intuitivo i livelli di glucosio grazie ad un piccolo sensore che si applica facilmente sulla parte posteriore del braccio. La lettura dei dati può avvenire semplicemente avvicinando il proprio cellulare al sensore eliminando così



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

la necessità di dover pungere il dito. Il sistema inoltre offre allarmi personalizzabili e opzionali che avvertono quando i valori sono troppo bassi o troppo alti. Con una rapida occhiata al cellulare, anche le persone con diabete Tipo 2, che sono generalmente più anziane, possono prendere decisioni più informate e più velocemente, apportando modifiche allo stile di vita o alle terapie, ed evitare episodi di ipoglicemia. Le letture possono inoltre essere condivise con i propri familiari o con il medico. Con questa tecnologia le persone con diabete acquisiscono maggiore consapevolezza e, avendo un miglior controllo dei loro livelli glicemici, possono gestire meglio la malattia.

A parlare dei vantaggi di questa tecnologia è anche uno studio condotto in Sicilia grazie a fondi dell'Assessorato alla salute della regione che ha coinvolto nove province ed è durato 3 mesi. Con questo lavoro, "Abbiamo verificato che le persone che utilizzavano il sistema di monitoraggio del glucosio facevano nel tempo più controlli della glicemia e quindi ciò permetteva un abbattimento della glicata intorno allo 0.8%", ha detto **Vincenzo Provenzano**, Presidente della Società Italiana Metabolismo, Diabete, Obesità. "Quindi possiamo dire che un sistema di monitoraggio continuo funziona di più di un farmaco per la cura del diabete", con notevoli miglioramenti in termini di qualità di vita. Altro aspetto fondamentale riscontrato è che grazie all'utilizzo di questo dispositivo vi era una "diminuzione della variabilità glicemica". Non solo. Dal punto di vista economico, rispetto alla spesa per l'utilizzo dei presidi "tradizionali" di monitoraggio come pungi-dito e strisce, "il sistema era economicamente più vantaggioso certamente per i tipi 1". In conclusione quindi "l'utilizzo del sistema di monitoraggio continuo riduce notevolmente i costi tanto nell'immediato ma certamente nel futuro riducendo le complicanze a lungo termine", ha concluso Provenzano.

30/11/2022

[Tarda anche l'accordo con la Regione](#)

Centri di riabilitazione: pesa il caro bollette

«Prima il Covid 19, che ha comportato una riduzione delle prestazioni a fronte di un incremento dei costi dovuti alla adozione di protocolli antipandemia, poi l'incremento dei costi delle fonti energetiche e di tutti i materiali di consumo stanno mettendo a dura prova i centri di riabilitazione delle Marche». A lanciare l'allarme è Paolo Moscioni, presidente dell'Aris, l'associazione che rappresenta le strutture sanitarie e socio-sanitarie di matrice religiosa, a cui aderiscono le strutture del Santo Stefano facenti capo al Gruppo Kos, la Lega del Filo d'Oro, la Comunità di Capodarco, la Fondazione Don Gnocchi, il Villaggio delle Ginestre, la Buona Novella. Stessa preoccupazione riguarda anche le altre strutture di riabilita-

zione come l'Azienda servizi alla persona «Paolo Ricci» di Civitanova, le strutture Anffas di Macerata e Grottammare, il Centro Montessori e l'Istituto Mancinelli. «Tutte queste strutture - prosegue Moscioni - hanno assicurato e assicurano ai cittadini delle Marche una risposta qualificata e puntuale ai bisogni riabilitativi. Nel corso della pandemia, ad esempio, per venire incontro soprattutto ai pazienti in età evolutiva, per i quali una sospensione troppo lunga delle prestazioni avrebbe comportato la perdita delle autonomie raggiunte, hanno attivato percorsi di Tele-riabilitazione, sostenendo il costo degli investimenti, sia in materiale hardware che software». Il presidente dell'Aris aggiunge che i centri di riabilitazione sono fortemente preoccupati del

fatto che, ad oggi, non è stato sottoscritto con la Regione l'accordo relativo al 2022, pur essendo arrivati alla fine dell'anno, né sono state concordate e programmate le attività dei prossimi anni. L'Aris e tutte le altre strutture di riabilitazione auspicano, quanto prima, l'apertura di un tavolo di confronto con la Regione.

f. v.

L'annuncio del ministro Schillaci

Gli asintomatici del Covid al lavoro dopo soli 5 giorni

A breve cambierà la regola relativa all'obbligo di isolamento, che sarà ridotto
Bertolaso: «Più del Coronavirus in questo momento ci preoccupa l'influenza

FILIPPO MANFREDINI

■ Un annuncio che rappresenta un ulteriore passo in direzione della "normalizzazione" rispetto a quella che, solo fino a pochi mesi fa, era definita "l'emergenza Covid. Arriva dal neo ministro della Salute, Orazio Schillaci. Il quale, presente a Campobasso all'inaugurazione dell'anno accademico dell'Università del Molise, e rispondendo per l'appunto a una domanda dei giornalisti su un eventuale cambio in ordine alle regole fissate per arginare la pandemia, ha così dichiarato: «Stiamo lavorando per far sì che gli asintomatici possano ritornare alle loro attività dopo cinque giorni di isolamento. Su questo presenteremo a breve una modifica alla norma in vigore». Schillaci ha poi aggiunto che «siamo in una fase diversa della malattia da Covid-19, che oggi non è quella che abbiamo visto tre anni fa. Manteniamo alta l'attenzione, ma siamo fiduciosi che si possa uscire

dall'emergenza e pensiamo che sia importante ora pensare ai tanti problemi che con il Covid sono rimasti indietro, come le liste d'attesa e gli screening oncologici».

Schillaci ha poi accennato a uno dei problemi che da troppo attanaglia il settore sanitario: quello delle retribuzioni basse, e della conseguente transumanza dei medici verso il settore privato, cosa che sta per esempio sguarnendo in maniera oltrremodo preoccupante il settore del pronto soccorso. «Sarà necessario procedere a una rivalutazione del trattamento economico di tutto il personale medico e sanitario - ha rimarcato il ministro -, il cui impegno negli anni della pandemia è stato considerato eroico, ma continua ad essere ripagato con livelli retributivi che sono tra i più bassi in Europa». E ancora: «Se è vero che il funzionamento e l'efficienza del servizio sanitario si basa sull'impegno e la dedizione a tutti i livelli di medici, infermieri e operatori sanitari, è giusto riconoscere anche sul piano economico la professionalità e il merito di figure che hanno seguito lunghi anni di formazione universitaria e continuano ad aggiornarsi

per essere al passo con l'evoluzione tecnologica e le nuove frontiere della medicina».

Tornando al Covid, è vero che - stado ai dati dell'ultimo bollettino settimanale della Protezione civile - i numeri dei contagiati e anche dei decessi è in lieve aumento, ma la situazione nei reparti d'emergenza degli ospedali resta del tutto sotto controllo, anche questo un segno di un'emergenza il cui picco pare ormai superato.

Da segnalare infine sull'argomento l'importante studio pubblicato sull'autorevole rivista Nature: un'équipe di ricercatori americani ha identificato una proteina che, associata a un farmaco sviluppato per l'uso contro le cellule tumorali, riduce la carica virale del Coronavirus nei polmoni, in sostanza impedendo l'insorgere della malattia.

E però, se il Covid non fa più così paura, c'è una patologia stagionale, al cui nome siamo abituati da tempo



immemorabile, che invece quest'anno preoccupa. «Oggi, se dobbiamo dire quale situazione ci preoccupa e ci impegna di più, sicuramente parliamo di influenza e non di Covid». Le parole sono di Guido Bertolaso, ora assessore al Welfare della Regione Lombardia, illustrando la campagna lombarda proprio per la vaccinazione antinfluenzale. «È una questione che potremmo mettere molto più

sotto controllo, se tutti si vaccinassero - ha ribadito Bertolaso -. Non vorrei che qualcuno pensasse che è tardi per farlo, perché non è così. Siamo ancora in tempo per vaccinarci, per tenere questa situazione sotto controllo».

In effetti, quest'anno l'influenza risulta essere particolarmente forte. I sintomi sono in realtà pressoché uguali a quelli del Covid - tosse, febbre, mal di gola - ma in tanti, risultando negativi al tampone del Coronavi-

rus, tendono a sottovalutare la cosa, quasi che ormai solo il Covid potesse rappresentare un pericolo per la salute. Purtroppo non è così.

VACCINO DA FARE

«Oggi, se dobbiamo dire quale situazione ci impegna di più, parliamo di influenza e non di Covid. È una questione che potremmo mettere molto più sotto controllo, se tutti si vaccinassero»

Guido Bertolaso

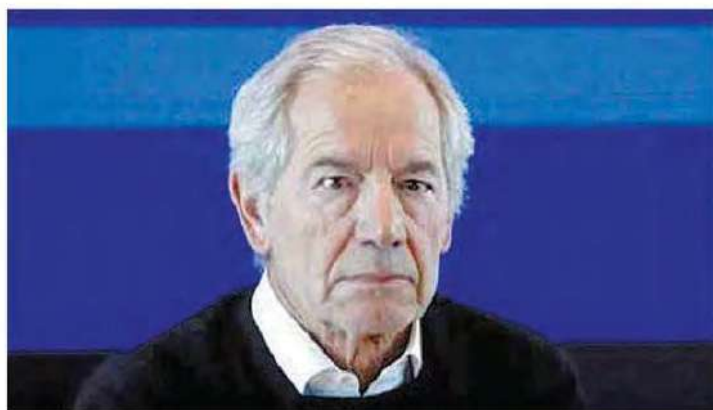
FASE DIVERSA

«Siamo in una fase diversa della malattia da Covid-19, non è più quella di tre anni fa. Manteniamo alta l'attenzione, ma è ora importante pensare ai problemi rimasti indietro»

Orazio Schillaci



Orazio Schillaci, 56 anni, ministro della Salute



Guido Bertolaso, 72 anni, assessore al Welfare della Lombardia



COVID, IL MINISTRO SCHILLACI

«Asintomatici isolati 5 giorni»

di **Margherita De Bac**

Covid, per gli asintomatici isolamento da 7 a 5 giorni anche in assenza di un test negativo. Così il ministro della Salute Orazio Schillaci.

a pagina 23

«Isolamento di 5 giorni anche senza test negativo per i positivi asintomatici»

Covid, il ministro Schillaci: l'influenza? È già aggressiva

di **Margherita De Bac**

ROMA Isolamento più breve, da 7 a 5 giorni, per i positivi asintomatici, anche in assenza di tampone negativo. «Siamo pronti a passare al nuovo modello. Valutiamo quale sia lo strumento corretto per attuarlo. Forse non basterà una circolare», chiarisce con senso pratico il ministro della Salute Orazio Schillaci. E aggiunge: «È chiaro che chi esce dall'isolamento senza la prova diagnostica dovrà avere senso di responsabilità e indossare la mascherina in caso di contatti con persone fragili. Pun-

tiamo sulla persuasione non sugli obblighi».

Un altro passo verso la normalizzazione?

«In Italia c'è un eccesso di tamponi. Nel Regno Unito e in Spagna, e mi riferisco a due governi all'opposto politicamente, sono già passati a questa fase. Non è una scelta ideologica ma pragmatica».

Ammorbidire le misure

proprio ora che i contagi stanno risalendo?

«Non è un allentamento. Ci adeguiamo al virus, ormai endemico, con il quale bisogna imparare a convivere. Continuiamo a seguire con grande attenzione l'epidemia. Per ora non ci sono segnali di preoccupazione. I casi sono saliti, è vero, però non c'è pressione sugli ospedali, dove i ricoveri in reparti ordinari e terapie intensive restano stabili. Aver abolito il bollettino quotidiano non significa aver abbassato la guardia. Divulgare tutti quei numeri giorno per giorno non aveva senso».

Sul vaccino anti Covid è stata fatta confusione. Il sottosegretario Gemmato ha detto che non c'è prova che abbia risparmiato migliaia di morti.

«Poi ha rettificato. I vaccini sono fondamentali, non va messa in dubbio la loro efficacia. Domani parte la nuova campagna del ministero sulla quarta dose, raccomandata ai fragili assieme all'anti influenza che quest'anno ha già cominciato a mostrarsi aggressiva. L'abbiamo preparata in tempi record e non mi risulta che il secondo richiamo sia mai stato incentivato».

Regioni deluse per la manovra finanziaria che relega la sanità in un cantuccio. Il 15 dicembre i sindacati medici e

i veterinari scendono in piazza perché «siano destinate risorse reali alla salute dei cittadini».

«I fondi per la Sanità non sono mai stati così alti, oltre 134 miliardi complessivi. Per il 2023 vengono stanziati 2,3 miliardi che si aggiungono ai due già previsti dal governo Draghi. Tutto questo in una fase difficile caratterizzata da Covid, guerra in Ucraina e conseguente aumento dei costi energetici. È chiaro che la fetta più importante verrà utilizzata per coprire i costi delle bollette di ospedali e Asl. Però vanno colti tanti segnali di interesse verso altre emergenze».

Quali?

«Quaranta milioni ogni anno, dal 2023 al 2025, per il contrasto al fenomeno gravissimo della resistenza agli antibiotici, male utilizzati, 150 alle farmacie».

Poi i 200 milioni per incentivi agli operatori del pronto



soccorso e, solo a partire dal 2024, 60 per i medici, 140 per il personale. Un contentino?

«Stiamo facendo in modo di anticiparli al 2023. È un problema cruciale, il personale sta andando avanti con organici ridotti all'osso, sostenendo un carico di lavoro immenso. Sono ben consapevoli che non bastano incentivi, servirà altro. I laureati in medicina scelgono specializzazioni meno stressanti e la medicina dell'emergenza non ha rincarzi tanto che i bandi di concorso per le assunzioni vanno deserti. Bisogna renderla più attrattiva garantendo anche sicurezza nei presidi di pronto soccorso».

E alle Regioni che battono cassa cosa risponde?

«In un prossimo incontro

faremo bene i conti per calcolare il disavanzo legato ai costi del Covid. C'è chi dice si tratti di 3,8 miliardi. In realtà credo siano di meno e da qui potremmo ricavare risorse maggiori per gratificare gli operatori sanitari, non solo quelli dell'emergenza. Il servizio sanitario va reso più appetibile».

Sanità del territorio, ogni governo ha promesso di potenziarla per decongestionare gli ospedali dove i pronto soccorso sono congestionati e i posti letti nei reparti sempre insufficienti. Sul campo però la situazione non cambia. Perché ora dovrebbe esserci una svolta?

«I fondi stanziati dal Pnrr sono finalizzati alla costruzione delle case di comunità. Il

problema vero è l'integrazione con medici di famiglia e farmacie e la dotazione di personale. Noi vorremmo farne dei centri di riferimento per quei pazienti cronici che non dovrebbero finire in ospedale, come succede ora».

L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) è destinata a spoils system. Cambio in vista in direzione generale?

«È in corso la modifica dello Statuto da parte del Parlamento. A me interessa snellire la burocrazia perché il fine ultimo è velocizzare l'autorizzazione dei farmaci i cui tempi non sono in linea con l'Ue. Non ci sarà commissariamento».

**Il «nuovo modello»
Il virus è diventato
endemico e ora puntiamo
sulla persuasione
non sugli obblighi**

Da sapere

● A breve l'isolamento delle persone che hanno contratto il virus del Covid-19 ma non presentano sintomi passerà a massimo 7 giorni, comunque

● Per uscire dalla quarantena non occorrerà un tampone che attesti la negatività

● Domani parte intanto la campagna per la quarta dose anti-Covid ai fragili e contestualmente al vaccino antinfluenzale: l'influenza stagionale, spiega il ministro della Salute Schillaci (foto) è già aggressiva



No vax arrivano le multe

Oggi scadono i 180 giorni per motivare il rifiuto
Verranno spedite 1,9 milioni di sanzioni agli over 50

IL CASO

PAOLO RUSSO
ROMA

Il governo non mantiene la parola e l'Agenzia della riscossione si avvia a spedire da oggi 1,9 milioni di multe da 100 euro ciascuna destinate ad altrettanti No vax over 50 che non hanno adempiuto all'obbligo vaccinale, in vigore fino al 15 giugno scorso. La Lega proprio ieri ha presentato un emendamento al decreto sui rave party che congelerebbe le sanzioni fino al 30 giugno, ma la norma arriverebbe fuori tempo massimo, visto che il provvedimento arriverà solo il 12 dicembre all'aula del Senato per poi tornare alla Camera prima di essere convertito in legge. Troppo tardi, visto che proprio oggi scadono i 180 giorni di tempo che erano stati fissati per giustificare il mancato adempimento all'obbligo vaccinale o perché nel frattempo si era contratto il Covid o per motivi sanitari. Anche se la stessa Agenzia della riscossione potrebbe temporeggiare un po' in attesa di una eventuale norma che congeli le sanzioni.

Prima doveva essere un emendamento al decreto Aiuti ter, poi all'Aiuti quater, infine

una delle sanatorie incluse nel pacchetto fiscale della manovra. Ma del congelamento fino al 30 giugno prossimo delle sanzioni ai non vaccinati ultracinquantenni annunciato ad ottobre dal governo non c'è traccia in nessuno dei provvedimenti

così gli inadempienti troveranno ora sotto l'albero di Natale le cartelle esattoriali, che prima il ministero dell'Economia e poi il sottosegretario alla salute Marcello Gemmato, noto per la gaffe sulla dubbia efficacia dei vaccini, avevano annunciato in pompa magna di voler sospendere. Non senza qualche mal di pancia tra gli esponenti di Forza Italia, che nel Conte II avevano invece sostenuto l'obbligo vaccinale.

Ma alla fine anche la Premier deve aver considerato che per strizzare l'occhio alla minoranza No vax non valeva la pena di far scattare contro il governo anche l'accusa di revisionismo sul Covid, proprio mentre il ministro della salute Schillaci si è impegnato a lanciare una campagna di informazione per il rilancio della campagna vaccinale. Al di là delle considerazioni politiche il governo non avrebbe

però mantenuto l'impegno perché nei mesi scorsi erano già partiti gli avvisi di contestazione e una piccola parte ha pagato subito la sanzione. Poche migliaia di persone che si sarebbero però dovute risarcite per non creare una disparità di trattamento. Solo che per farlo era necessario cancellare retroattivamente un obbligo sancito per legge, fatto che avrebbe posto più di un problema dal punto di vista giuridico e costituzionale.

Così dopo una serie di promesse mancate e un ultimo emendamento di facciata si è arrivati alla scadenza dei 180 giorni per contestare il mancato adempimento all'obbligo, tanto che da oggi potrà accendere i motori la macchina della riscossione. Che rischia però di diventare un calvario per chi non si è vaccinato per motivi sanitari o semplicemente perché ad immunizzarlo ci ha pensato il Covid contagiandolo. La multa da 100 euro è infatti dovuta ovviamente da chi non si è mai vaccinato, oltre che da chi dopo la prima dose non ha fatto la seconda nei tempi previsti o ha fatto trascorrere più di sei mesi da quest'ultima senza fare il

booster. Ma non sono passibili di ammenda i vaccinati ancora in attesa della seconda o terza dose, i guariti da non più di sei mesi e gli esenti da vaccinazione per motivi sanitari. Una schiera, quelli degli esenti dall'obbligo, piuttosto numerosa, considerando la maxi-ondata di Covid che si è abbattuta sul Paese durante l'inverno scorso. Persone che, ricevuta la prima lettera nella quale veniva contestata l'infrazione, avrebbero dovuto entro 10 giorni comunicare alla propria Asl la certificazione medica di esenzione. La stessa Asl, dopo le opportune verifiche, avrebbe dovuto poi trasmettere il tutto alla Agenzia delle entrate. Quante lo avranno fatto non si sa, fatto è che la stessa Agenzia in assenza di comunicazioni dell'autorità sanitaria è tenuta ad emanare entro 180 giorni l'avviso di addebito che ha valore di titolo esecutivo, al quale ci si potrà a quel punto opporre solo ricorrendo al Giudice di Pace. Ma a proprie spese. —

La Lega ha presentato un emendamento per congelare tutto arriverà in Aula il 12

Alla fine anche Meloni non ha strizzato l'occhio ai complottisti

100 euro
La multa riguarda gli over 50 che non si sono mai vaccinati o che non hanno fatto la seconda dose e la terza nei tempi previsti



Covid, dopo le proteste Pechino frena sulle restrizioni

Cina

Le università mandano a casa gli studenti per evitare nuove manifestazioni
Il governo annuncia una task force per rettificare l'eccesso di limitazioni

Rita Fatiguso

Tenute a freno le proteste anti Covid 19 la Cina, stretta tra i contagi in aumento e le ricadute sulla popolazione, annuncia la creazione di una task force per rettificare l'eccesso di restrizioni.

Mi Feng, portavoce della Commissione sanitaria nazionale, ha anticipato che le misure di controllo del Covid 19 dovrebbero essere revocate in modo tempestivo non appena le condizioni lo consentiranno per ridurre al minimo i disagi causati dalle limitazioni alla vita quotidiana delle persone.

«In effetti, attualmente, in certe situazioni si stanno affrontando i focolai di infezione più gravi e complicati degli ultimi tre anni», ha ammesso Cheng Youquan, funzionario dell'Amministrazione nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie. «Di certo - ha aggiunto - alcune aree hanno arbitrariamente ampliato la portata degli ambiti e delle persone sotto controllo Covid 19, mentre altre hanno implementato restrizioni per periodi eccessivamente lunghi e introdotto tattiche di gestione della prevenzione e del controllo senza la necessaria approvazione».

Pechino ammette che in certi casi si è andati troppo oltre, per questa ragione è necessario creare speciali task force gestite dalle autorità locali rettificando le restrizioni superflue. Per cominciare la provincia Nord-Occidentale cinesa

dello Xinjiang ha allentato diverse restrizioni anti Covid nella capitale, Urumqi, proprio dove si è verificato l'incendio mortale che ha catalizzato le proteste di molti cinesi e scatenato l'ondata di proteste in tutto il Paese.

I residenti, alcuni dei quali sono stati confinati nelle loro case per settimane, potranno viaggiare in autobus per fare acquisti nei loro quartieri a partire da oggi.

Le università cinesi stanno mandando a casa gli studenti per evitare nuove proteste e la polizia si è mobilitata in massa nelle piazze e nelle strade a Pechino e Shanghai per impedire ulteriori manifestazioni contro il governo. Negli ultimi giorni le forze di sicurezza hanno arrestato un numero imprecisato di persone e intensificato la sorveglianza. Con la polizia in forze, non ci sono state notizie di proteste ieri a Pechino, Shanghai e in altre grandi città.

La Cina accelererà le vaccinazioni per gli anziani, le categorie più vulnerabili. La mobilitazione è in atto in tutto il Paese per migliorare la capacità di cure mediche, la provincia del GuangDong, nella Cina meridionale, ha rapidamente mobilitato risorse in tutta la provincia. Più di 8mila operatori sanitari da oltre 10 città stanno supportando la capitale provinciale, Guangzhou.

A Chongqing, oltre 600mila persone sono state coinvolte nella gestione. In un ospedale locale di Pe-

chino, dove domenica scorsa sono state segnalate 3.868 nuove infezioni locali, inclusi portatori asintomatici, sono stati istituiti reparti separati e squadre mediche professionali per fornire cure mediche e terapia intensiva ai gruppi ad alto rischio. La capacità di test dell'acido nucleico è ulteriormente migliorata, con un livello di test giornalieri che raggiunge i 60 milioni.

La costruzione di ospedali improvvisati e di luoghi di quarantena sta accelerando un po' ovunque. Zhang Yi, vicedirettore della Commissione sanitaria municipale di Guangzhou, ha detto che a Guangzhou sono stati aperti 19 ospedali improvvisati e 28 ospedali sono stati destinati a funzionare da ospedali per fornire servizi medici. Il comune di Chongqing che in un solo giorno ha riportato 9.685 contagi, sta trasformando stadi, mercati e altre strutture per massimizzare la capacità di ammissione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Costretti alla Sanità privata

Le lunghe liste d'attesa nelle strutture pubbliche fanno saltare una prestazione su 5. E i malati sono spinti a pagare esami e visite

Intervista al ministro della Salute Schillaci: "Per curare tutti i pazienti, stipendi più alti ai medici e più ore di lavoro in corsia"

Mattarella: "L'evasione fiscale è centrale nel Pnrr, non si cambierà"

Un italiano su cinque non riesce a curarsi per i tempi troppo lunghi nella sanità pubblica che fatica a recuperare il lavoro perso a causa del Covid. Così nei primi sei mesi di quest'anno le Regioni hanno fatto circa 13,7 milioni di accertamenti, 3,4 milioni in meno rispetto al 2019: il 20% in meno. A guadagnarci è la sanità privata: nel 2021 la spesa completamente a carico del cittadino è salita a 37 miliardi di euro, con-

tro i 34,8 del 2019. Il ministro della Salute Schillaci dà la sua ricetta: «Stipendi più alti e più ore di lavoro in corsia». Da Berna il presidente Mattarella richiama il governo: «L'evasione fiscale è un problema grave per qualunque Paese, lo è in maniera importante per l'Italia». E dice no a cambiamenti per il Pnrr.

di **Bocci, Conte, Spica e Vecchio**

● da pagina 2 a pagina 4

Ospedali in affanno salta una visita su 5 chi può scegliere il privato

Colpa del ritardo accumulato negli anni di pandemia e della mancanza di personale I dati peggiori al Sud. E vola la spesa per la sanità a pagamento: 37 miliardi nel 2021

Cala l'attività pubblica, cresce quella privata. Si potrebbe riassumere così, molto schematicamente, quanto sta accadendo alla sanità italiana dopo il Covid. E già così sarebbe preoccupante per chi crede in un sistema universalistico che dà a tutti assistenza e sempre della stessa qualità (possibilmente alta) gratuitamente o al costo del ticket. Ma le cose sono un po' più complesse e per niente positive.

Asl e ospedali non riescono ancora a recuperare il lavoro andato perso nel drammatico 2020 del Covid. C'è un dato particolarmente significativo, quello delle visite di controllo. Cioè dell'attività specialistica de-

stinata a chi ha già avuto una diagnosi e quindi è malato. Spesso cronico, cioè diabetico, cardiopatico e così via, oppure oncologico. Ebbene, nei primi sei mesi di quest'anno le Regioni italiane hanno fatto circa 13,7 milioni di accertamenti di questo tipo, 3,4 milioni in meno rispetto al 2019. Il 20% in meno, un dato altissimo. Occorre insistere, ricordando che non si parla di prime visite, pure quelle in forte calo, che possono an-



che avere una quota di inappropriata (ossia essere non indispensabili), ma di accertamenti ritenuti necessari da un medico per vedere come e se una patologia evolve.

I dati sono di Agenas, l'Agenzia sanitaria nazionale delle Regioni, che ha un monitoraggio molto aggiornato sul lavoro delle amministrazioni locali. Tra le realtà medie e grandi che vanno peggio con i controlli ci sono la Sardegna (-36%), la Calabria (-30%) e la Sicilia (-29%). La migliore invece è la Toscana, (-10%), seguita da Marche, Puglia, Emilia-Romagna e Lombardia (-15%).

«La colpa non è dei professionisti o dei pazienti ma dell'organizzazione sanitaria – spiega **Ciro Indolfi**, presidente della Società italiana di cardiologia – Gli ambulatori sono ridotti perché il sistema si è focalizzato sul Covid. Le cose non sono uguali in tutta Italia, il Sud soffre storicamente di maggiore inefficienza». Non si tratta di visite ma **Giovanni Esposito** di Gise, la società di cardiologia interventistica, dice che le angioplastiche sono ancora l'8% in meno rispetto a prima della pandemia. Secondo **Nino Cartabellotta** di Gimbe, fondazione privata che si batte per il servizio pubblico e si occupa di corsi di aggiornamento a pagamento per il personale sanitario, «il nodo è sempre la carenza di perso-

nale. Il sistema per le difficoltà di organico sta rallentando, figurarsi se riesce a recuperare. Le Regioni dovevano investire un miliardo per le liste di attesa ma non è servito e non hanno nemmeno speso tutti i soldi».

E mentre il servizio pubblico non si riprende dal Covid, i privati fanno affari. Di recente è uscito il monitoraggio della spesa sanitaria del Mef relativo al 2021, anno nel quale, tra l'altro, le visite di controllo pubbliche andavano ancora peggio di adesso. Il ministero certifica che la spesa cosiddetta *out of pocket*, appunto completamente a carico del cittadino, l'anno scorso è salita a ben 37 miliardi di euro, contro i 34,8 del 2019. E in cinque anni la crescita è di quasi di 10 miliardi. Gli italiani comprano più attività privata, cioè visite, esami, farmaci, prestazioni dentistiche. Le strutture private accreditate e autorizzate, ad esempio, incassano circa 800 milioni di euro in più del 2019. Cala al contrario di 400 milioni la quota di partecipazione, cioè il ticket per le prestazioni nel pubblico. Due dati eloquenti.

Evidentemente ci sono persone che non riescono a fare i controlli nel pubblico a causa delle liste di attesa e comprano una prestazione privata, a un prezzo tra 50 e 250 euro se si tratta di una visita, anche di più per un esame. Ma non tutti pos-

sono permetterselo. Difficile stimare quanti restino ad aspettare nel pubblico perché non hanno soldi per il privato. «Stime precise non ce ne sono», dice **Cartabellotta**, che pure si occupa di anche di studi sull'attività sanitaria. Si tratta di cittadini "invisibili". Per risparmiare, chi può si fa un'assicurazione sanitaria. «Le polizze individuali non sono in crescita – dice il presidente di **Gimbe** – Le assicurazioni lavorano soprattutto agganciate ai pacchetti welfare, quindi con le società private. Così si crea una differenza tra chi ha un lavoro retribuito e chi no, che resta senza aiuto. E nelle aziende, comunque, il manager ha un piano sanitario migliore dell'operaio». Un po' schematico anche questo ma rende l'idea. – **mi.bo.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“Chi ha un contratto di lavoro ricorre alle assicurazioni, gli altri restano senza aiuti”

SmartRep



Scansiona il codice con il tuo smartphone e accedi gratis per 24 ore ai contenuti premium di Repubblica



▲ **La protesta** Una manifestazione del Simeu per denunciare la carenza di personale



L'intervista al ministro della Salute

Schillaci "Stipendi migliori a chi passa più ore in corsia Solo così cureremo tutti"

di Michele Bocci

Soldi e una nuova organizzazione per recuperare le prestazioni sanitarie perdute. È necessario far lavorare di più i medici, in cambio di aumenti economici, per rispondere ai bisogno di pazienti oncologici e cronici. Il ministro della Salute Orazio Schillaci, che ieri ha ribadito di essere pronto a eliminare il tampone di uscita dal Covid dopo 5 giorni per gli asintomatici, respinge le accuse di chi ritiene che la Finanziaria abbia dato poco denaro alla sanità, ma promette comunque di cercare anche altri fondi per recuperare le liste di attesa.

Le visite di controllo nel servizio pubblico stentano. Perché?

«È un tema che mi sta molto a cuore. Nei prossimi anni pagheremo questo rallentamento, e anche quello degli screening, con un maggior numero di nuove diagnosi o vedendo patologie più gravi. Lo considero uno degli effetti peggiori della pandemia, nato perché ovviamente il sistema era preso ad affrontare la gravità della malattia da coronavirus. La soglia di rischio per le neoplasie è salita».

Come intende affrontare il problema?

«Domani (oggi, ndr) ho un importante incontro con le Regioni per discutere di soldi, vediamo se si riesce a recuperare qualche fondo ad hoc. Anche se non si tratta di soldi inseriti nella Finanziaria. Si possono usare ad esempio stanziamenti per il Piano oncologico e recuperare visite ed esami. Stiamo predisponendo tutte le misure necessarie per riprendere

a pieno regime le attività che c'erano prima della pandemia potenziando gli screening, i controlli dei pazienti oncologici, i controlli dei pazienti cardiopatici, di quelli con malattie croniche e metaboliche».

Qual è il tema più delicato da discutere con le Regioni?

«Dobbiamo chiarire, spero in modo definitivo, il reale valore delle spese sostenute per fronteggiare il Covid quest'anno, che secondo le amministrazioni locali arrivano a 3,8 miliardi».

Mentre il pubblico riduce l'attività, il privato aumenta gli incassi: cosa ne pensa?

«Il fenomeno esiste ma è auspicabile che la sanità pubblica abbia sempre il ruolo principale. Proprio il Covid ce ne ha fatto capire l'importanza. L'assistenza va assicurata a tutti, non solo a chi può permettersi di andare nel privato».

Il problema delle liste di attesa è legato agli organici o è invece organizzativo?

«Più che altro è organizzativo, nel senso che comunque gli organici dei medici, al di là di alcune discipline che sono in difficoltà, non sono inferiori a quelli di altri Paesi. Comunque, non è che da un giorno all'altro possiamo trovare più dottori, visto che come tutti sanno ci vuole tempo per formalità. Bisogna così incentivare, economicamente, la presenza in ospedale dei professionisti per più ore. In generale, sarà necessario procedere a una rivalutazione del trattamento economico di tutto il personale medico e sanitario».

Per queste cose ci vogliono soldi, tanti, e molti hanno detto che nella Finanziaria c'è troppo poco per la sanità.

«Chi si lamenta oggi, tra il 2013 e il 2019, quando c'è stato un definanziamento della sanità, a vario titolo stava nel governo. Comunque, non voglio fare polemiche. Dico solo che l'anno prossimo ci saranno 4 miliardi e 200 milioni in più per la sanità. I due che ha messo Roberto Speranza e i nostri e in più noi, per il 2024, abbiamo anche previsto ulteriori 2,4 miliardi. Un segnale di inversione di tendenza. So che la gran parte degli aumenti saranno impegnati per l'energia, ma speriamo che si riescano a mettere anche altre risorse sulla sanità. L'importante è che quella pubblica sia al centro dell'agenda del governo».

Le liste di attesa potrebbero essere legate anche alla richiesta di prestazioni inappropriate?

«Quello dell'inappropriatezza è un tema molto importante, da affrontare con calma. Superiamo questa fase di crisi, recuperiamo il tempo e le attività perdute per i pazienti cronici e oncologici e poi lo analizzeremo con attenzione. Si possono recuperare risorse anche dall'eliminazione delle prestazioni che non servono».





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

**MANGIACAVALLI
LEADER FNOPI**

Gli infermieri, pochi e sempre più vecchi

Negrotti a pagina 10



«Noi, infermieri, una questione aperta Continua la fuga e i giovani mancano»

ENRICO NEGROTTI

«**O**rmai c'è una questione infermieristica. La nostra professione non può più accontentarsi di soluzioni parziali: occorre affrontare i nodi strutturali per risolvere le criticità che penalizzano gli infermieri. Anche perché i giovani oggi stentano a dedicarsi alle professioni infermieristiche». Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnoipi) auspica il coraggio di svecchiare abitudini consolidate e riformare alcune normative "datate": «Già prima delle elezioni abbiamo presentato le nostre necessità alle forze politiche. Ora vorremmo poter discutere dei percorsi che il governo ritiene fattibili e percorribili».

Che cosa lamentano gli infermieri?

Il personale è insufficiente da tempo. Si stima che manchino circa 70mila professionisti: parliamo ormai di "questione infermieristica" con l'auspicio che venga messa in tutte le agende politiche e istituzionali. E non ci possiamo più accontentare di soluzioni semplicistiche: non è l'abolizione del numero chiuso ai corsi di laurea la soluzione per avere più infermieri. Lo dimostra anche il fatto che negli ultimi anni, grazie agli sforzi dei ministeri della Salute e dell'Università e delle Regioni, sono stati aumentati di circa 2mila i posti messi a bando per la laurea in Infermieristi-

ca, ma non sono stati coperti.

Quali sono le cause?

È evidente che in Italia la professione è diventata poco attrattiva per i giovani. L'attuale organizzazione fatica a valorizzare persone e talenti: non è esigibile uno sviluppo di carriera in ambito clinico-assistenziale (ma solo in ambito organizzativo), non vengono realizzati percorsi formativi specialistici, né c'è un adeguato riconoscimento economico per un impegno lavorativo che si svolge - a differenza di altre professioni sanitarie - con turni sulle 24 ore al giorno e su 7 giorni alla settimana.

Esiste anche una questione "motivazionale"?

Tutte le professioni sanitarie hanno questo problema. Ne vediamo conferma nel fatto che circa 20mila nostri colleghi nel corso degli anni si sono trasferiti all'estero, e ogni anno li seguono 250-300 colleghi. Migrano verso Stati dove ci sono maggiori speranze di sviluppo di carriera, legate alla possibilità di specializzarsi: soprattutto Regno Unito, Norvegia, Finlandia, Svezia. E non torna nessuno, perché dove vivono c'è una valorizzazione sia giuridica sia economica del loro lavoro, dentro modelli organizzativi che hanno una caratteristica: minore densità medica, e maggior spazio per lo sviluppo di competenze avanzate per gli infermieri.

La solita contrapposizione medici-

infermieri? Qualche sindacato chiede la prescrizione infermieristica: è possibile?

Va chiarito che si tratta di prescrizione di presidi e ausili. Quando 5 anni fa abbiamo portato il tema al nostro congresso, abbiamo trovato le barricate. Da allora abbiamo avviato percorsi di confronto con Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo) e stiamo facendo un lavoro di sinergia, anche di tipo culturale. Presidi e ausili sono funzionali a un processo di assistenza infermieristica, che già oggi gli infermieri usano con competenze specialistiche, perché sono gli infermieri enterostomisti o quelli esperti di incontinenza (abbiamo società infermieristiche specifiche) che indicano che cosa occorre al medico, che compila la ricetta. Ma è un passaggio che si potrebbe superare, anche grazie alle lauree magistrali di ambito clinico, che darebbero un'abilitazione di tipo specialistico.

A che cosa si riferisce?

Oggi gli infermieri entrano in un unico "calderone" che non consente di fare percorsi di valorizzazione. Occorre attuare le lauree magistrali di ambito cli-





nico che, pur previste da una norma del 1994, non sono state realizzate. Chi vuole studiare con una laurea magistrale di tre anni più due deve potersi specializzare in aree cliniche: da neurologia e decadimento cognitivo alle patologie croniche nefrologiche, dall'area chirurgica a quella della salute mentale o a quella neonatale-pediatrica, fino alle cure territoriali e l'infermieristica di famiglia. Ovvio che poi vada modificato il sistema di reclutamento, che riconosca questa formazione specialistica. Mentre oggi è ancora fermo alle normative stabilite a metà degli anni Novanta, che prevedono, per esempio, l'esclusività di impiego per chi è assunto nella sanità pubblica, sen-

za la possibilità di esercitare la libera professione.

A che punto siamo con l'infermiere di famiglia?

Sono stati definiti i primi numeri: 20mila secondo il Decreto ministeriale 77, ma i primi sono stati previsti dal Decreto Rilancio e le aziende sanitarie hanno cominciato ad assumerli. Tuttavia sono pochi: secondo i dati della Ragioneria generale dello Stato circa 3.500 sui 9.600 previsti. Però si sconta il fatto che gli infermieri non ci sono.

E quindi le Case di comunità?

Se le interpretiamo come unico baluardo presente sul territorio, non funzioneranno, perché una Casa ogni 40-50mila abitanti può andare bene in

città, ma non nelle zone rurali o montane del nostro Paese. La Casa di comunità deve essere un la cabina di regia di una rete da costruire, di cui fanno parte: infermieri di famiglia, medici di medicina generale, pediatri, ambulatori specialistici, farmacie, e la parte socioassistenziale residenziale e semiresidenziale. L'importante è che la Casa di comunità sia collegata con tutto quello che è fuori.

La riforma del sistema di reclutamento, l'abolizione dell'esclusività di impiego nella sanità pubblica, la possibilità della prescrizione infermieristica di ausili e presidi sono tra le priorità indicate dalla Federazione nazionale degli Ordini

Barbara Mangiacavalli, presidente della Fnopi, la Federazione degli Ordini delle professioni infermieristiche

L'INTERVISTA

Mangiacavalli, presidente Fnopi: «Occorre attuare le lauree magistrali di ambito clinico. Darebbero maggiori possibilità di sviluppo di carriera e renderebbero più attrattiva la professione»

La fotografia di un settore in grande difficoltà

70mila

gli infermieri mancanti. E i bandi di laurea accresciuti di 2mila posti non sono stati coperti

20mila

gli infermieri di famiglia previsti dal Decreto ministeriale 77. Finora ne sono stati assunti 3.500

20mila

gli infermieri già andati all'estero per le migliori prospettive di carriera. Ogni anno emigrano in 200-300





a pag. 30

DM IN ARRIVO

Per le cure a casa propria 2,7 mld Pnrr

Aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare al fine di prendere in carico, a livello nazionale ed entro il 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni rispetto all'attuale media ferma al 5%. Questo è l'obiettivo dello schema di decreto del Ministro della salute, di concerto col Mef, concernente la ripartizione delle risorse Pnrr in materia di assistenza domiciliare, trasmesso per l'esame della Conferenza Stato Regioni che dovrebbe tornare a riunirsi oggi. Il testo stanziava 2.720.000.000 euro per potenziare l'assistenza domiciliare basata sull'idea che

la casa è il primo luogo di cura dove il paziente può essere assistito dal personale sanitario e al contempo rimanere nel suo contesto sociale e familiare. Il decreto si è reso necessario perché tale prestazione è un servizio previsto dai Livelli essenziali di assistenza (Lea), pensato per dare risposta ai bisogni di salute dei soggetti più fragili come non autosufficienti, anziani, disabili. Definita la proposta di ripartizione delle risorse che tiene conto delle condizionalità, indicate all'interno dell'intesa con le Regioni del 12/1/2022, che hanno previsto una ripartizione dei

fondi tra di esse in maniera proporzionale al numero di over 65 residenti nei loro territori fermo restando che la quota a favore del meridione sia almeno pari al 40% della somma totale disponibile. Il Minsalute si farà supportare dall'Agenzia servizi sanitari regionali per monitorare i pazienti presi in carico.

Pasquale Quaranta

Il testo del decreto su www.italiaoggi.it/documenti-italiaoggi



La riflessione della Pontificia accademia per la vita

Cure palliative: dalla parte dei malati

di RENZO PEGORARO*

Negli ultimi anni assistiamo a un significativo ampliamento del campo di applicazione delle cure palliative. Parliamo di cure palliative geriatriche quando il riferimento sono le persone anziane, non necessariamente in fase terminale; ma anche di cure palliative pediatriche, nei casi drammatici di tumori o altre patologie gravi dell'età infantile. Ed è anche sorto un campo di applicazione, per fortuna più ristretto per numero di casi, che riguarda le cure palliative perinatali. La Pontificia accademia per la vita ha dedicato un'attenzione specifica al tema delle cure palliative, in seguito all'indicazione data da Papa Francesco durante l'Assemblea generale del 2015.

Le cure palliative si attivano di solito quando si prevede che la malattia conduca al decesso in un tempo medio o breve; ma è auspicabile impostare un approccio palliativo prima di trovarsi nella fase finale. Le cure palliative dovrebbero essere sempre più precoci e simultanee, cioè integrate nell'assistenza anche quando si usano ancora terapie che mostrano una certa efficacia nei confronti della patologia presente. La Pontificia accademia per la vita promuove questa cultura delle cure palliative, come ha sintetizzato nel *Libro bianco per la promozione e la diffusione delle cure palliative nel mondo*, pubblicato nel 2019, redatto da un gruppo di quattordici esperti internazionali. Pubblicato prima in inglese, poi in italiano, tedesco e presto in spagnolo e portoghese, il volume è un punto di arrivo - e di ripartenza

- per tutte le categorie di persone coinvolte, senza dimenticare le Facoltà di medicina, gli operatori sanitari, le Università, incluse quelle cattoliche.

La Chiesa conferma il suo impegno a

favore della cura e del prendersi cura della persona malata, compresa nella sua globalità e in risposta ai suoi bisogni fisici, psicologici, relazionali e spirituali, rigettando l'eutanasia, l'abbandono o eventuali richieste di suicidio assistito. D'altra parte alcuni trattamenti, anche di sostegno vitale, possono essere rifiutati o sospesi, quando si tratta di ostinazione irragionevole (accanimento terapeutico). In questo caso non si provoca la morte, ma si lascia che essa accada, in quanto momento ineluttabile e universale della condizione umana, in cui siamo tutti coinvolti. L'atto del morire deve avvenire in una maniera degna della persona umana. Per i credenti, la morte non è la fine definitiva dell'esistenza, è un passaggio verso la vita eterna, in base alla promessa del Vangelo, in cui crediamo fermamente.

Nella storia della medicina abbiamo assistito a una crescita progressiva del ruolo del paziente, superando quell'atteggiamento che veniva definito "paternalismo medico". Tutto ciò comporta una maggiore attenzione alla persona malata, al centro di percorsi diagnostici e terapeutici, favorendo la sua partecipa-



zione alle decisioni da prendere sui trattamenti disponibili e adeguati alla sua situazione clinica, cercando di coinvolgere la famiglia in queste decisioni e percorsi

terapeutici. Per poter assumere queste decisioni, il paziente deve essere ben informato, talvolta in un percorso graduale che aiuti a entrare in una "verità" difficile da accettare, come quella di una grave e irreversibile malattia. Nella pratica ci si può trovare di fronte alla complessità delle informazioni che occorre trasmettere e al rischio di ridurre la relazione tra medico e paziente a una sorta di "contratto" per delle prestazioni asettiche. Invece è necessario sviluppare quella "alleanza terapeutica" che promuove l'ascolto, l'informazione, la condivisione delle scelte terapeutiche. Il "consenso informato" va collocato nel quadro di questa relazione di cura ricordando che, come afferma la stessa legislazione italiana (legge 219 del 2017) e il Codice deontologico dei medici, il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

Le cure palliative perinatali rappresentano un ambito pionieristico in forte crescita e tale tendenza dimostra come sempre più famiglie preferiscano rivolgersi a questo tipo di assistenza piuttosto che ricorrere a pratiche abortive. Tuttavia sono un campo di azione delicatissimo per la medicina e per la bioetica, perché si ha a che fare con le persone più vulnerabili per definizione: i bambini appena nati e in tanti casi con diagnosi problematiche già nel periodo di gestazione. Con i problemi collegati: le aspettative dei genitori, le possibilità di intervento, la collaborazione indispensabile tra medici e

familiari e le ricadute emotive e psicologiche. È un terreno da esplorare, sempre alla luce del criterio di proporzionalità dei trattamenti. Per questo la Pontificia accademia per la vita ha organizzato un primo appuntamento di studio e di ricognizione delle esperienze esistenti. Il 1° dicembre, dalle 14 alle 17, ci interrogheremo su questo tema, insieme ad alcuni dei maggiori esperti internazionali. È un webinar aperto al pubblico, in inglese, con traduzione simultanea in italiano (per informazioni e iscrizioni, vedi: www.academyforlife e l'account Twitter @PontAcadLife). Partecipano ai lavori del pomeriggio medici e operatori sanitari che, partendo dalla prospettiva della donna che deve partorire e del nascituro che sta per venire al mondo, hanno elaborato un approccio di cure palliative e di buon accompagnamento al momento della nascita, in caso di malattie molto gravi e spesso incompatibili con la vita. Si offre così un sostegno e un prezioso aiuto ai genitori per accettare quella condizione di grave disabilità del nascituro e offrire una buona assistenza evitando forme di accanimento terapeutico o di cadute verso l'eutanasia. Tutto ciò si allarga alla prospettiva più ampia delle cure palliative pediatriche, dedicando particolare attenzione alla sofferenza dei minori e aiuto psicologico e spirituale ai genitori coinvolti in esperienze così difficili.

**Cancelliere
della Pontificia accademia per la vita*

Nel pomeriggio del 1° dicembre un webinar aperto al pubblico approfondirà lo studio delle esperienze legate al delicatissimo campo delle cure palliative perinatali



Il ministro Schillaci: "Dopo 5 giorni gli asintomatici potranno uscire"

Quarta dose, 3 su 4 scoperti e il governo lancia gli spot in tv

LA GIORNATA

La maggioranza sempre più distonica sui vaccini, con il ministro Schillaci che avvia una campagna di comunicazione a loro favore e la Lega che insiste con la sanatoria delle multe ai No vax, non sembra far bene alle quarte dosi, che ad oggi si confermano un flop. A farle è stato solo il 26,4% degli italiani e da inizio novembre non si è mai andati oltre le 10mila somministrazioni al giorno. Ma quel che è peggio il secondo booster non sfonda tra la popolazione anziana, la più esposta al rischio di ricovero o decesso. Perché da inizio anno l'inoffensiva Omicron ha ucciso 44mila persone, in larga parte over 70, immunocompromessi e non vaccinati. Nonostante questo la quarta dose l'ha fatta solo il 41% degli ultraottantenni. Gli over 70 sono invece fermi al 27% mentre tra i 60 e i 69 anni se l'è fatta somministrare appena il

16,3%. Con le solite differenze tra il nord più propenso a immunizzarsi e il sud refrattario. A preoccupare poi è anche la mancanza di dati sulla quinta dose vaccinale. In Italia, rileva il presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta, «oggi ci sono oltre 2,38 milioni di persone che hanno ricevuto la quarta dose da più di 120 giorni: si tratta prevalentemente di anziani e fragili, per i quali il declino dell'efficacia vaccinale in un contesto di aumentata circolazione virale aumenta il rischio di malattia grave, ospedalizzazione e decesso». Ma sulle somministrazioni della quinta dose, sottolinea, «non abbiamo alcun dato, nonostante il ministero della Salute raccomandi una ulteriore dose alle categorie a rischio - cioè over 80, ospiti delle Rsa e soggetti fragili dai 60 anni di età - trascorsi 120 giorni dalla precedente immunizzazione o dall'infezione».

Sui vaccini però il ministro della Salute, Orazio Schillaci,

non intende fare passi indietro e proprio domani presenterà la nuova campagna stampa e tv per promuovere tanto il vaccino anti Covid che quello contro l'influenza, che quest'anno sta galoppando a velocità doppia rispetto agli scorsi anni e minaccia di mettere a letto mezza Italia sotto le feste. L'invito ad anziani e fragili affinché si affrettino a immunizzarsi contro il virus influenzale viene anche dal virologo dell'Università Statale di Milano, Fabrizio Pregliasco. «Il picco dell'influenza è atteso a fine dicembre e sebbene ci sia ancora tempo per vaccinarsi - ricorda l'esperto - è bene farlo subito poiché la risposta immunitaria alla vaccinazione impiega circa due settimane per svilupparsi pienamente». Ad oggi, secondo un sondaggio Ipsos per Sanofi su un campione rappresentativo di 250 adulti over 65, solo il 31% degli italiani si è sottoposto alla vaccinazione anti-influenzale.

Sullo snellimento della quarantena per i positivi Schillaci va però avanti. «A breve presenteremo una modifica alla norma per far sì che gli asintomatici dopo 5 giorni di isolamento possano rientrare alle loro attività», ha annunciato. L'uscita dall'isolamento domiciliare dovrebbe essere consentita senza più l'obbligo di sottoporsi al tampone. PA.RU. —

10 mila

Le somministrazioni giornaliere di quarte dosi a novembre

41%

La percentuale di over 80 che ha fatto la quarta dose. Tra gli over 70 è il 27%

44 mila

I decessi provocati dalle varianti di Omicron da inizio 2022

**Il virologo Pregliasco
"Bene fare subito
l'antinfluenzale
per anticipare il virus"**



Techint, tutti i vaccini anti Covid generano anticorpi e sono tollerati

Lavoro e salute

È l'esito della ricerca fatta su tre continenti e che ha coinvolto 2 mila dipendenti

A mRNA, a dna, a vettore virale, a base di virus inattivati, in monodose e bi-dose. Tutti e 7 i tipi di vaccini contro il Covid impiegati nei diversi paesi inducono una risposta anticorpale. È la conclusione a cui è arrivato un team di ricercatori internazionale che ha portato avanti un progetto di ricerca - ancora in corso - in cui sono stati coinvolti duemila dipendenti delle aziende del gruppo Techint in quattro nazioni e cioè Argentina, Brasile, Italia e Messico con l'obiettivo di verificare l'effettiva immunizzazione e la durata dei livelli di anticorpi nel sangue dopo aver fatto le vaccinazioni contro il Covid. Lo studio è stato pubblicato su *Frontiers in Immunology*, è stato coordinato dall'Irccs Humanitas e realizzato con l'Hospital Clinica Nova di Monterrey in Messico e la rete ospedaliera della fondazione Hospital San Francisco Xavier in Brasile.

Analizzando le risposte anticorpali dei lavoratori, gli scienziati hanno potuto valutare e confrontare le loro risposte anticorpali a 7 vac-

cini antiCovid, inclusi Sputnik e Coronavac. I dati sono stati raccolti seguendo un protocollo clinico uniforme, con le stesse tempistiche di acquisizione dei campioni di sangue e un test diagnostico unico per tutti e 7 i tipi di vaccino impiegati nei vari paesi. Per ogni persona, secondo un calendario preciso, sono stati previsti 5 prelievi di sangue: nel momento immediatamente antecedente la prima dose e la seconda dose, 21 giorni dopo la seconda dose, 6 mesi dopo la seconda dose, 12 mesi dopo la seconda dose. L'adozione del protocollo consente di confrontare i dati e i differenti vaccini, così come la risposta che sono stati in grado di attivare con l'eventuale sviluppo di eventi avversi, prima dell'arrivo della variante Omicron di Sars-CoV-2.

Come spiega la professoressa Maria Rescigno, docente di Patologia generale e Pro Rettore vicario con delega alla ricerca di Humanitas University, che ha coordinato il lavoro cui ha partecipato anche la dottoressa Elena Azzolini, responsabile del Centro Vaccinale di Humanitas, i dati «ci dicono che tutti i vaccini in-

ducono una risposta anticorpale, compresi Sputnik e Coronavac. La fotografia riguarda SARS-CoV-2 fino all'arrivo della variante Delta. Poiché lo studio è ancora in corso, in futuro potremo anche valutare l'efficacia dei vari vaccini nel proteggere dalla malattia». Tra i dati raccolti ci sono anche quelli degli eventi avversi che sono stati correlati alla capacità dei vaccini di indurre una risposta anticorpale. È emerso che più è stata alta la risposta anticorpale, come avviene con i vaccini Moderna e Pfizer-BioNTech, più effetti collaterali sono stati registrati, perlopiù febbre, dolore al braccio, mal di testa e spossatezza. Coronavac e Sputnik sono invece caratterizzati da pochi effetti collaterali.

—C.Cas.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANTI-COVID***Biofabbrica
da anticorpi
nel tabacco***

Una specie selvatica della pianta del tabacco, la *Nicotiana benthamiana*, usata come biofabbrica per produrre due anticorpi contro il virus responsabile del Covid. I due anticorpi sono stati prodotti nei laboratori del *Centro Ricerche Enea Casaccia* (Roma) con tempi e costi ridotti rispetto ai metodi tradizionali e la sperimentazione è stata condotta da un team di ricercatori *Enea, Cnr e Fondazione*

Toscana Life Sciences (TLS). In una prima fase, i ricercatori TLS hanno isolato in un paziente Covid-19 uno dei due anticorpi dotato di potente azione neutralizzante contro il virus. Quindi è stato prodotto l'anticorpo in piante di *Nicotiana benthamiana* utilizzando la piattaforma biotecnologica *Plant Molecular Farming*.

—© Riproduzione riservata—■





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Terapia doppia contro i tumori: al via i test clinici

Al nastro di partenza negli Stati Uniti i primi test clinici di terapia combinata contro i tumori, nei quali almeno due farmaci vengono diretti simultaneamente contro due proteine note per aiutare le cellule malate: è il nuovo approccio studiato dal gruppo coordinato dall'italiano Antonio Iavarone, vicedirettore del Sylvester Comprehensive Cancer Center all'Università di Miami. I ricercatori hanno scoperto che lo stesso gene (Lztr1), se mutato, non blocca più due proteine oncogene. Positivi i primi test sui topi con l'uso di due farmaci contro entrambe le proteine, perché la terapia contro una sola non basta a impedire lo sviluppo del tumore.



L'impossibilità di osservare il labiale per l'uso delle mascherine ha aiutato a scoprire molti casi di sordità. Nel nostro Paese il fenomeno riguarda sette milioni di individui

Udito, quei problemi svelati dalla pandemia

IL FENOMENO

L'uso della mascherina durante la pandemia ha finalmente svelato quanto davvero funzioni il nostro udito. E quanto finora siano stati sottostimati i casi di ipoacusia. Gli otorini, che in questi ultimi anni hanno visto aumentare le richieste di controllo, lo hanno sperimentato sul campo. Secondo la Società italiana di otorinolaringoiatria e chirurgia cervico-facciale, nel 2021 sono stati 6 milioni gli italiani, cioè uno su 10, che si sono sottoposti ad una visita in un ambulatorio di otorinolaringoiatria del Servizio sanitario nazionale. Nello stesso anno, gli interventi chirurgici per risolvere problemi di udito sono arrivati a 230 mila.

L'ESAME

Ma i pazienti affetti da sordità più o meno lieve potrebbero essere almeno il doppio, visto che molte visite sono state effettuate nelle strutture private. Se non fosse stato dunque per l'uso delle mascherine, molti pazienti avrebbero rimandato un esame medico, ignorando di avere un calo di udito: solo il 30% degli italiani, infatti, si sottopone regolarmente a controlli specifici. In media, trascorrono circa 7 anni tra la presa di consapevolezza del disturbo e l'adozione di una soluzione acustica. Il problema, in effetti, è diffuso ovunque. L'Organizzazione mondiale della sanità calcola che il calo dell'udito interessa circa 500 milioni di persone al mondo. In Italia, secondo le stime del Ministero della Salute, riguarda oltre 7 milioni di persone; tra gli over 65, sente poco una persona su tre. Giovanni Danesi,

presidente della Società italiana di otorinolaringoiatria e chirurgia cervico-facciale e Direttore del dipartimento di Neuroscienze e dell'unità di Otorinolaringoiatria e microchirurgia della base cranica dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, sa bene che il fenomeno è diffuso da tempo. «Le cause del calo di udito - spiega - possono essere legate a malattie croniche dell'orecchio oppure a patologie congenite che si hanno dalla nascita. Poi c'è tutta l'area che riguarda coloro che diventano sordi per il naturale processo di invecchiamento». La pandemia, dunque, ha solo scoperto il vaso di Pandora. «L'uso della mascherina - rimarca Danesi - ha svelato situazioni criptiche che esistevano già prima e che si compensavano leggendo il labiale e sforzandosi di udire. Durante la pandemia, non riuscendo più a sentire bene, le persone hanno deciso di approfondire il proprio stato uditivo. Sono ricorse quindi allo specialista e si sono sottoposte agli esami necessari per misurare la soglia uditiva». Per il momento, il Covid non sembra essere responsabile della ipoacusia. «Non abbiamo riscontrato un effetto diretto dell'infezione da sars cov 2 sull'udito - precisa il presidente della Società italiana di otorinolaringoiatria - La malattia infettiva ha dato problemi invece sul sistema nervoso centrale, soprattutto per quanto riguarda olfatto e gusto».

LE TERAPIE

Al problema del calo di udito spesso si somma quello degli acufeni, ossia la percezione di senti-

re rumori all'interno dell'orecchio. «L'acufene - precisa Danesi - può manifestarsi anche con una soglia uditiva normale, ma nella stragrande maggioranza dei casi si accompagna quasi sempre ad una sordità. Ricordiamo che non viene prodotto dall'orecchio, ma dal cervello. Non esistono cure farmacologiche, ma solo le cosiddette terapie di condizionamento a livello neuronale». Se è vero che oggi la tecnologia offre dispositivi all'avanguardia in grado di garantire una migliore qualità di vita, per i giovani vale sempre la regola della prevenzione. «Lo stress da rumore, come per esempio l'ascolto in cuffia ad alto volume - mette in guardia Danesi - alla lunga può creare un danno sulle alte frequenze. Attenzione, poi, al volume della musica nelle discoteche, e in generale a qualsiasi esposizione prolungata ad una fonte sonora molto impattante. Anche il rumore di fondo ambientale, come quello del traffico della città, può sottoporre l'orecchio ad uno stress che negli anni potrebbe comportare qualche disturbo all'udito». Per gli esperti, dunque, i dati finora noti dei pazienti affetti da ipoacusia non possono essere sottovalutati.



IL COSTO

«Chiederemo al ministero della Salute l'apertura di un Osservatorio sul trattamento e la prevenzione della sordità – rimarca Danesi – Occorre monitorare e fare prevenzione in modo sistematico in tutte le Regioni. Non dimentichiamo che negli Stati Uniti la sordità ha un costo sociale di 600 miliardi di dollari, in assistenza,

terapia, indotto su mancato impiego e assistenzialismo. In Italia questo costo non possiamo quantificarlo. Ma è chiaro che ormai i problemi di udito stanno avendo un impatto sociale importante anche nel nostro Paese».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**DA NON SOTTOVALUTARE
GLI ACUFENI, CIOÈ I SUONI
CHE SI AVVERTONO
DENTRO L'ORECCHIO
BISOGNA EVITARE
LO STRESS DA RUMORE**

**NELL'ERA DEL COVID
IN ITALIA UNA
PERSONA SU DIECI SI
È SOTTOPOSTA A VISITE
PERCHÉ SI È ACCORTA
DI NON SENTIRE BENE**

Soltanto il 30% degli italiani si sottopone regolarmente a controlli specifici. Nel mondo 500 milioni di persone soffrono di calo dell'udito





Una ricerca dell'Università di Leiden, in Olanda, rivela che l'attività fisica nelle prime ore della giornata riduce il rischio sia di infarto sia di ictus

Sport di mattina per proteggere cuore e cervello

LO STUDIO

L'attività sportiva è uno dei fattori più importanti nel ridurre il rischio cardiovascolare. Numerosi studi infatti, hanno più volte confermato che un'attività fisica regolare e non stressante è una vera e propria terapia preventiva per proteggerci da infarto o ictus cerebrale, quale che sia il nostro sesso o la nostra età. Su un recente numero della rivista *European Journal of Preventive Cardiology*, Gali Albalak ed il suo gruppo di ricerca del Dipartimento di Medicina e Geriatria dell'Università di Leiden (Olanda) hanno aggiunto un nuovo tassello alle nostre conoscenze. Hanno cioè valutato se anche l'ora della giornata in cui si pratica l'attività sportiva sia importante nella prevenzione del rischio cardiovascolare.

I DATI

Sono stati presi in considerazione i dati relativi a oltre 86.500 adulti (età media oltre 61 anni) senza alcuna patologia cardiaca al momento dell'inclusione nello studio. Il 58% erano donne. A tutti è stato fornito un dispositivo in grado di

monitorare l'attività fisica per almeno sette giorni consecutivi. Tutti sono stati successivamente seguiti per un periodo variabile da sei ad otto anni, facendo attenzione ad eventuali ricoveri per malattie cardiovascolari, nonché alla mortalità per malattie coronariche o vascolari cerebrali. Durante il periodo dello studio quasi 3000 soggetti hanno avuto una malattia coronarica e poco meno di 800 hanno sviluppato un ictus cerebrale. Chi faceva attività fisica tra mezzanotte e le 6 di mattina aveva il rischio maggiore di sviluppare eventi cardiaci e cerebrali, mentre coloro che si allenavano la mattina tra le otto e le 11 registravano a distanza un rischio nettamente minore.

RIDUZIONE

Più precisamente, gli autori hanno diviso i partecipanti in quattro gruppi in relazione all'ora di massimo impegno fisico (alle 8, alle 10, a mezzogiorno e verso le 19). Chi è stato più attivo alle 8 o in tarda mattinata aveva una riduzione del rischio coronarico rispettivamente dell'11% e del 16% rispetto agli altri, ed inoltre una riduzione di ictus mediamente del 17%. Nelle donne poi, tale tendenza era ancora più accentuata. Chi faceva attività fisica tra le 8 e le 11 aveva una ridu-

zione del rischio coronarico di circa il 23% mentre il rischio di ictus si riduceva addirittura del 35% rispetto agli altri. Anche se, essendo i primi dati sull'argomento, necessitano di ulteriori approfondimenti, tuttavia essi confermano ancora una volta l'importanza di un'attività fisica regolare nella prevenzione di tutte le patologie vascolari, siano esse cardiache o cerebrali. Più complicato spiegare perché lo sport fatto la mattina procuri maggiori benefici rispetto a quello fatto al pomeriggio o di notte. Comunque la cronobiologia (cioè la scienza che studia l'andamento dei fenomeni biologici nel tempo) ci ha insegnato che esistono chiari ritmi, giornalieri piuttosto che mensili o annuali, che regolano la nostra vita. Pensiamo ad esempio alle frequenza cardiaca o alla pressione arteriosa, più alte di giorno rispetto alla notte. O al ciclo mestruale che ha cadenza mensile in relazione al variare degli ormoni. La produzione di cortisolo non è costante, ma ha un ritmo circadiano (cioè che varia ciclicamente durante le 24 ore della giornata).

Antonio G. Rebuzzi
Professore di Cardiologia
Università Cattolica di Roma





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

RARA MALATTIA GENETICA

Terni si mobilita per salvare Flavia

Lombardini a pagina 11

«La vita di Flavia conta, aiutateci»

*Mamma e papà si mobilitano per salvare la figlia, colpita da una grave malattia rara: come lei solo un altro caso in tutta Italia
Il medico: ora serve una terapia per garantire miglioramenti metabolici. E Terni risponde all'appello con una raccolta fondi*

EMANUELE LOMBARDINI

Terni

Provare a dare una speranza alla loro figlia perché la sua malattia è ancora quasi completamente inesplorata. Per questo motivo mamma Cristina e papà Piergiorgio hanno chiesto aiuto alla città di Terni e al mondo dell'associazionismo. Flavia ha 12 anni ed è una delle sole due bambine in Italia, sembra 40 in tutto il mondo, afflitta da deficit di Udp glucoronato per mutazione del

gene Ugdh, una malattia genetica e metabolica per la quale non c'è ancora una cura specifica.

Anche perché soltanto nel 2019 è stato scoperto il gene che ne è responsabile. La speranza di Flavia e della sua famiglia passa per un protocollo di cure che potrebbe migliorarne la condizione ed aprire la strada a terapie sempre più mirate. Ma tutto questo ha un costo, oltre 200 mila euro complessivi, ed è per questo che in città - attraverso una conferenza stampa - è partita una raccolta fondi per far sì che il trattamento parta prima possibile. Flavia è in cura presso l'unità di Malattie metaboliche dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma, seguita dal 2012 dal dottor Diego Martinelli.

«Flavia - sottolinea la mamma Cristina Carducci - ha un forte deficit cogni-

tivo e motorio, è portatrice di sondino naso-gastrico dal 2012 e quindi si alimenta per via digiunale ed in parte in via gastrica. Nel corso degli anni e molto prima della diagnosi, le crisi epilettiche, l'atonìa muscolare, la tetraparesi e le difficoltà digestive hanno condotto ad ipotizzare problemi di sintesi enzimatica, di motilità intestinale, di intossicazione neurologica da batteri colonizzati nell'intestino, di scarsa formazione di sostanze necessarie alla tonificazione muscolare e articolare. Appena nota la diagnosi, sulla base delle informazioni al momento disponibili e in base al quadro clinico di Flavia, il dottor Martinelli ha iniziato la somministrazione di due prodotti farmaceutici già in commercio, utili alla digestione e motilità intestinale e alla implementazione, a livello periferico, di acido glucuronico. I risultati ottenuti, pur se di lieve entità, hanno confermato la via per un approccio terapeutico mirato. «La malattia - spiega Martinelli - inizia già nella pancia della mamma e prosegue con una degenerazione cerebrale che porta a tetraparesi, deficit cognitivo e disturbi del movimento, ai quali si associano problemi alla motilità intestinale. Il quadro è caratterizzato da una encefalopatia profonda e da distonie». Il progetto elaborato dallo specialista parte da studi cellulari ed è una terapia che po-

trebbe aiutare a migliorare la vita di Flavia: prevede una prima fase dal costo di 50.000 euro, con la somministrazione di antiossidanti e nei sei mesi successivi un trattamento finalizzato alla stimolazione e produzione delle sostanze di cui è carente. La seconda fase, dal costo di 146.000 euro, prevede lo studio e la ricerca di una molecola specifica per attivare l'enzima necessario alla produzione di glucosaminoglicani: «Questa terapia sostitutiva - sottolinea Marinelli - potrebbe definirne la propedeutica, perché ci permette di individuare quali sono le vie alterate e come funziona il sistema nervoso centrale, così da poter agire con un trattamento specifico. Non sono trattamenti risolutivi, ma apportano sicuramente miglioramenti su vie metaboliche che sappiamo alterate». A sostenere Flavia e la sua famiglia nella raccolta fondi ci sono le associazioni "SosteniAmo Terni" e "Terni col cuore" (quest'ultima voluta dal presidente della Ternana Calcio, Stefano Bandecchi), il comitato ternano del Centro sportivo italiano e l'attore Riccardo Leonelli, che aprirà la raccolta con uno spettacolo a scopo benefico.

LA STORIA

Servono almeno 200mila euro per alleviare i sintomi della 12enne, seguita al Bambino Gesù di Roma, affetta da una malattia genetica e metabolica che le causa un pesante deficit cognitivo e motorio. L'appello dei genitori alla città

IL FATTO

Sono 8mila le patologie rare

Vengono definite "malattie rare" quelle patologie che hanno una prevalenza inferiore a 5 casi ogni 10mila persone. Si calcola che siano quasi 8mila e riguardano - nel nostro Paese - una popolazione

stimata di quasi 2 milioni di persone, anche se ciascuna malattia può contare anche solo pochissimi malati. L'80% delle patologie ha origine genetica e la maggior parte insorge in età pediatrica.



Accordo Regione-sindacati: dal 2023 al via le assunzioni per 5mila precari della sanità

IL PIANO

Nel 2023 inizierà la stabilizzazione dei precari della sanità del Lazio. È con la firma di un accordo tra le sigle sindacali e la Regione che si traccia così un nuovo percorso che porterà alla definizione di migliaia di posizioni di lavoratori che oggi operano con un contratto a tempo determinato. Nell'intesa, per garantire i livelli essenziali di assistenza (quindi, la qualità del servizio sanitario, dal pronto soccorso alle analisi di laboratorio, dalle visite specialistiche alle cure domiciliari), è prevista intanto la proroga dei contratti a termine fino al 31 dicembre del 2023. Le persone coinvolte in questa operazione non sono poche: dei 51.800 lavoratori con rapporto di lavoro dipendente nella sanità del Lazio, 4.800 hanno un contratto a tempo determinato.

LA PROCEDURA

Le aziende sanitarie, nelle procedure selettive pubbliche per il reclutamento del personale dovranno prevedere una riserva di posti per coloro che hanno garantito l'assistenza ai pazienti tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2021, e che abbiamo al-

meno tre anni di servizio. Per la programmazione triennale dei fabbisogni del personale e della programmazione dei piani di assunzione, le aziende dovranno presentare alla Regione entro il 31 marzo 2023 tutti i progetti di internazionalizzazione.

Entro quel giorno sindacati e istituzioni si dovranno incontrare (almeno, secondo quanto dice l'accordo), per verificare l'andamento delle procedure di stabilizzazione che sono state attivate. Questo tavolo di confronto, poi, si dovrà incontrare con cadenza trimestrale per analizzare lo stato di attuazione del programma che trasforma i contratti di lavoro da tempo determinato a indeterminato. «Per ridurre le liste di attesa e per implementare i servizi previsti dal Pnrr, come il potenziamento della sanità territoriale, anche al fine di incrementare la presa in carico e la prevenzione precoce delle patologie, il Servizio sanitario regionale deve assolutamente investire sul personale sanitario - dice l'assessore uscente alla Sanità della Regione Lazio Alessio D'Amato - In questi anni, anche grazie alla stretta collaborazione con sindacati, siamo riusciti a raggiungere risultati straordina-

ri, abbiamo affrontato e superato molte delle difficoltà esistenti, determinate in particolare dal prolungato periodo di commissariamento». Il tema, quindi, può avere una effettiva ricaduta sia sulla vita dei tanti lavoratori sia sulla gestione del servizio sanitario regionale, messo giornalmente a dura prova. «Oggi nel Lazio - sottolinea - ci sono ancora 4.800 lavoratori e lavoratrici della sanità che hanno un contratto a tempo determinato, e a questi lavoratori bisogna dare risposta immediata. Per questo ritengo necessario velocizzare le procedure di stabilizzazione e ricorremo a tutte le forme di legge vigenti per raggiungere il nostro obiettivo».

CHI HA FIRMATO L'INTESA

I protocolli d'intesa tra l'assessore alla Sanità della Regione e le organizzazioni sanitarie sono stati firmati da Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl, Anaa-Assomed, Fp Cgil Medici e dirigenti Ssn, Anfo-Ascoti, Aaroi-Emac, Cisl Medici, Cimo e Fassid.

Giampiero Valenza

**SI TRATTA DI MEDICI,
INFERMIERI E OPERATORI
D'AMATO: «DOBBIAMO
DARE RISPOSTE
E VELOCIZZARE
LE PROCEDURE»**



Caos nei pronto soccorso: «Ricoveri entro dodici ore»

► La Pisana chiede alle Asl di accelerare il trasferimento dei malati nei reparti ► Resta sempre critica la situazione delle attese dei pazienti negli ospedali di Roma

Dopo dodici ore d'attesa nei pronto soccorso i pazienti devono essere «ammessi ad un'area dedicata, preferibilmente collocata al di fuori dell'area di emergenza, con la presa in carico da parte del personale dei reparti». E avviati al ricovero in un letto di una corsia per lasciare - quando va bene - la barella dove sono stati ospitati nei Dea. Il Lazio prova mettere un freno al sovraffollamento ormai costante in queste strutture con le linee guida di «revisione del Piano regionale per la gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in pronto soccorso». Ma questa richiesta per alleggerire i Dea e per spalmare i malati sulle diverse aree mediche arrivata nei giorni scorsi alle aziende ospedaliere, ha già messo in allarme i vertici dei nosocomi del territorio: in una riunione in videoconferenza tenutasi lunedì, quasi tutti direttori sanitari presenti hanno spiegato alla Regione che la nuova regola è insostenibile, perché che servono più medici e infermieri per gestire nei loro reparti i pazienti oggi seguiti nei pronto soccorso.

NELLA PRATICA

Proprio gli stessi dirigenti entro il 31 dicembre dovranno presentare alle Asl di riferimento i pia-

ni per la gestione dei pronto soccorso nelle loro strutture. Ma, come detto, difficilmente riusciranno a creare aree ad hoc per gestire meglio i pazienti nei Dea. Dove l'emergenza è quotidiana, perché si continua a prenderle d'assalto: soltanto lunedì sono state 62 le ambulanze bloccate e utilizzate come letti per curare i pazienti. Una situazione acuita nelle ultime settimane con l'aumento dei contagiati dal Covid, visto che sono stati chiusi i reparti interamente dedicati ai malati di Coronavirus.

Come detto, con la sua direttiva la Regione chiede agli ospedali dopo un'attesa di 12 ore nei Dea di trasferire i pazienti in apposite zone: qui a curarli non saranno più i medici del pronto soccorso ma quelli dei reparti di medicina. È il cosiddetto "boarding" esterno chiesto da sempre dai sanitari delle aree di emergenza, per alleggerire i loro carichi di lavoro. Al riguardo, va ricordato che nel Lazio mancano all'appello circa 400 operatori soltanto sul fronte dei dottori.

Sempre la Regione impone ai nosocomi di non respingere più le ambulanze per indirizzarle verso altri ospedali. Obbligatorio poi prenotare una visita di controllo ai pazienti dimessi dai

Dea non in condizioni di urgenza, ma che necessitano di seguire una terapia. Ai responsabili dei reparti di medicina è anche chiesto di non rivolgersi alle aree di emergenza per fare esami agli assistiti da operare. Altra indicazione che non piace ai vertici delle strutture: bisogna rivedere il numero dei posti letto nei pronto soccorso, che saranno limitati di circa il 20 per cento per rispettare il distanziamento previsto per il Covid.

Leggendo il testo delle linee guida regionali, si scopre che gli accessi ai Dea nel 2021 sono stati 1.406.185, dei quali solo il 5,1 per cento in codice rosso. In un terzo dei casi è stato richiesto un ricovero. Guardando ai tempi di attesa, «il 66,8 per cento dei pazienti con codice 2 hanno atteso oltre 15 minuti per la visita e il 38,3 per cento con codice 3 oltre 60 minuti». Quindi parliamo di casi meno gravi. Ma c'è anche un 8,1 per cento della platea che ha dovuto attendere tra le 24 e 48 ore per avere una diagnosi definitiva, essere trasferito in un letto in corsia o rimandato a casa.

Francesco Pacifico

© RIPRODUZIONE RISERVATA



No vax sospesa dall'azienda I giudici: pagatele gli arretrati

LA STORIA

L'AQUILA Non si era voluta vaccinare contro il Covid e l'azienda aveva deciso di sospenderla ma il Giudice del lavoro del Tribunale dell'Aquila è stato di parere contrario. E così la Dussman Service Srl, l'impresa che ha in appalto la gestione delle pulizie all'ospedale dell'Aquila "San Salvatore", è stata sanzionata con 2.500 euro dal giudice Giulio Cruciani e al pagamento della retribuzione che non era stata corrisposta alla dipendente ritenendo illegittima la sospensione. A seguito della pandemia, l'azienda «con la presupposizione di valenza di una circolare emessa dalla Asl n.1 d'Abruzzo - spiega il sindacato Ugl del capoluogo abruzzese che ha presentato il ricorso per tramite l'avvocato Luca Silvestri del Foro aquilano - ha esteso l'obbligo vaccinale ai propri dipendenti all'interno del sistema delle pulizie dell'ospedale dell'Aquila e quindi l'obbligo di esibizione del green pass prima di prendere servizio. Questo ha determinato la sospensione della lavoratrice, peraltro dirigente provinciale dell'Ugl dell'Aquila, che ha contestato immediatamente tale comportamento». Di fatto l'azienda chiedeva, o meglio obbligava il proprio personale a effettuare le

vaccinazioni richiedendole attraverso la tessera verde anche dopo la data del primo maggio 2022, data in cui la certificazione è stata dichiarata non più necessaria.

Il giudice, nella motivazione, premette «che verrà valutata non la legittimità dell'obbligo vaccinale anti Sars-CoV-2, bensì la legittimità della sospensione dal lavoro per assenza della vaccinazione obbligatoria per alcune categorie di lavoratori o di una certa fascia di età» e entra nel merito anche della questione vaccini. «In effetti, la ragione evidente per la quale si impone che il lavoratore sia vaccinato e che questi nel luogo di lavoro non possa essere così fonte di rischio per i colleghi o per i terzi particolarmente esposti; poiché il lavoratore non vaccinato a differenza di quello vaccinato esporrebbe gli altri con i quali entra in contatto nei luoghi di lavoro al rischio di infezione Sars-CoV-2 i medesimi non debbono essere presenti nei luoghi di lavoro. Questo è il fondamento e, quindi, il limite di applicazione di tali norme già espresso chiaramente nelle stesse: secondo l'interpretazione letterale la vaccinazione obbligatoria è quella volta a prevenire l'infezione (si ripete lo dice la norma "prevenzione", nel corpo e nella rubrica)».

LE CONCLUSIONI

Quindi, ragiona il giudice, «tale fondamento non è presente nel caso in esame: i vaccinati con i

farmaci oggi a disposizione della popolazione italiana, come i non vaccinati, si infettano ed infettano gli altri. Non vi è alcuna evidenza scientifica che abbia dimostrato che il vaccinato, con i prodotti attualmente in commercio, non si contagi e non contagi a sua volta. La comune esperienza di tutti conferma il dato evidente che chi non si è vaccinato può infettarsi e infettare come può infettarsi e infettare chi ha ricevuto una dose, due dosi etc..».

«Allora è evidente - conclude la sentenza - che la sospensione della ricorrente è del tutto priva di fondamento».

Angelo De Nicola

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA DIPENDENTE ERA SENZA GREEN PASS IL TRIBUNALE LE DA RAGIONE: «ANCHE CON IL VACCINO AVREBBE POTUTO CONTAGIARE»

