



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

25 Ottobre 2023

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



Ospedale Umberto I

Chirurgia di Enna, trattata con successo la rara Sindrome di Dunbar

Una donna è stata sottoposta a una procedura mini-invasiva laparoscopica di sezione del legamento arcuato mediale.

25 Ottobre 2023 - di [Angela Montalto](#)

In controtendenza la **Chirurgia Generale** dell'Ospedale **Umberto I di Enna**: mentre in altre strutture siciliane vi è un esodo verso il nord Italia, il reparto con le sue nuove metodiche attira i pazienti extra provincia. L'ultimo caso, che funge da esempio, è avvenuto il 16 ottobre quando una donna 65enne, affetta dalla **Sindrome di Dunbar**, ovvero del legamento arcuato mediano, ha scelto il nosocomio ennese per trattarla chirurgicamente. Dopo l'esecuzione degli esami diagnostici di routine è stata sottoposta a una procedura **mini-invasiva laparoscopica** di sezione del legamento arcuato mediale. «Il decorso post-operatorio è stato regolare, con ripresa dell'alimentazione e della canalizzazione in prima giornata post-operatoria e dimissione il giorno a seguire. L'alimentazione è stata subito ben tollerata, con risoluzione completa della sintomatologia presentata dalla paziente prima dell'intervento», ha raccontato il primario **Danilo Corrado Centonze** da noi interpellato. Ma cerchiamo di capire meglio di cosa si tratta. «Descritto per la prima volta da **Harjola** nel 1963 e da **Dunbar** nel 1965, questo è un raro disordine conseguente a una compressione estrinseca del **tronco celiaco** da parte del legamento arcuato mediano, struttura fibrosa sottesa tra i pilastri diaframmatici al davanti dell'aorta, che in questi casi presenta un decorso più basso del normale», spiegano tecnicamente i chirurghi dell'equipe del reparto diretto da Centonze. La patologia- come si osserva nelle statistiche- è **prevalente nelle donne**, affette tre volte più degli uomini, con un'età minore di 40 anni, e viene diagnosticata solo in due casi ogni 100 mila pazienti.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti
Sicilia**

«L'incidenza non è nota- spiegano dalla Chirurgia di Enna- e la sintomatologia comprende manifestazioni croniche o ricorrenti di **dolore epigastrico** post-prandiale, nausea, vomito, **dissenteria**, riduzione dell'appetito associati a **perdita di peso** non altrimenti spiegabile. La manifestazione classica dell'angina addominale, peggiorata dall'inspirazione che determina un abbassamento del diaframma, si osserva in circa il 40 per cento dei pazienti». Sono infatti state suggerite **due teorie per spiegare i sintomi**: compressione del tronco celiaco con ischemia mesenterica e vasocostrizione splancnica dovuta alla stimolazione del ganglio celiaco e del plesso celiaco, che sono localizzati nel 25 % dei soggetti normali tra il legamento arcuato e il vaso. Il dolore sembra essere correlato all'irritazione meccanica delle fibre nervose del plesso celiaco. «Proprio a causa della sua **rarietà**- spiega il primario Centonze- e del tipo di sintomatologia, che può essere determinata da patologie quali esofagite, intolleranze alimentari, pancreatiti, calcolosi della colecisti, la diagnosi della Sindrome di Dunbar è tipicamente di esclusione e rappresenta una vera e propria sfida. **Le indagini diagnostiche** che possono giungere in aiuto nella diagnosi sono rappresentate da ecocolordoppler, Angio-TC, Risonanza Magnetica e Angiografia selettiva».

L'ecografia Doppler ha un'elevata sensibilità per la diagnosi ed è stata proposta come modalità di scelta, sebbene il metodo diagnostico "*gold standard*" sia ancora **l'angiografia selettiva**, che dovrebbe essere eseguita sia durante l'inspirazione che l'espiazione. Tuttavia, l'introduzione dell'**Angio-TC mutislice** ha consentito l'acquisizione di immagini più sottili, fornendo una maggiore risoluzione, un migliore rilevamento delle lesioni ed eccellenti ricostruzioni multiplanari. «I pazienti sintomatici con sindrome di Dunbar accertata- chiariscono i chirurghi- traggono maggiori benefici dai trattamenti chirurgici, basati sulla visualizzazione diretta e sulla sezione del **legamento arcuato** al fine di ottenere la decompressione del tronco celiaco. Le **metodiche chirurgiche mini-invasive**, laparoscopiche e robotiche, rappresentano oggi le metodiche di scelta nel trattamento della Dubar per gli indubbi vantaggi post-operatori». **Dopo diversi anni di calvario**, caratterizzati da dolori addominali aspecifici e nausea e vomito postprandiali senza alcuna apparente spiegazione, grazie all'esecuzione di una Angio-TC è stata posta la diagnosi di Sindrome di Dunbar anche nella paziente rivoltasi per il trattamento chirurgico alla Chirurgia Generale di Enna. «La mia scelta- ha detto la paziente- è ricaduta sul dottore Centonze e la sua equipe per l'estensiva applicazione della **metodica laparoscopica** presso il centro da lui diretto e il risultato mi ha dato ragione».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti
Sicilia**

Tumore polmone. Datopotamab deruxtecan migliora la sopravvivenza libera da progressione rispetto alla chemioterapia in pazienti precedentemente trattati

Dal Congresso ESMO, in corso a Madrid, importanti novità per quanto riguarda il carcinoma cellulare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico, trattato con almeno una linea precedente di terapia: nello studio di fase 3 TROPION-Lung01 l'anticorpo farmaco-coniugato datopotamab deruxtecan ha migliorato la sopravvivenza libera da progressione rispetto alla chemioterapia.



25 OTT - Dallo studio registrativo di fase 3 TROPION-Lung01 emerge che datopotamab deruxtecan (Dato-DXd) ha migliorato in modo statisticamente significativo la sopravvivenza libera da progressione (PFS) rispetto a docetaxel, l'attuale standard terapeutico, nei pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico trattato con almeno una linea precedente di terapia. Questi dati sono stati presentati nel corso della terza sessione Presidenziale del Congresso della Società Europea di Oncologia Medica (ESMO) 2023. Datopotamab deruxtecan è un anticorpo farmaco-coniugato, specificamente ingegnerizzato per essere diretto contro il recettore TROP2 e veicolare selettivamente un potente chemioterapico (DXd).

I risultati Datopotamab deruxtecan ha ridotto il rischio di progressione della malattia o di morte del 25% rispetto a docetaxel (hazard ratio [HR]=0,75; intervallo di confidenza [IC] al 95%: 0,62-0,91; p=0,004) come valutato dalla revisione centrale indipendente (blinded independent central review, BICR). La PFS mediana è stata di 4,4 mesi nei pazienti trattati con datopotamab deruxtecan rispetto ai 3,7 mesi con docetaxel. I risultati hanno anche mostrato un tasso di risposta obiettiva (ORR) confermato del 26,4% nei pazienti trattati con datopotamab deruxtecan rispetto a un ORR del 12,8% nei pazienti trattati con docetaxel. La durata mediana della risposta (DoR) è stata di 7,1 mesi (95% IC: 5,6-10,9) nel braccio datopotamab deruxtecan rispetto a 5,6 mesi (95% IC: 5,4-8,1) nel braccio docetaxel. Nei pazienti con NSCLC non squamoso, datopotamab deruxtecan ha dimostrato un beneficio clinicamente significativo, riducendo il rischio di progressione della malattia o di morte del 37% rispetto a docetaxel (HR=0,63; 95% IC: 0,51-0,78). La PFS mediana è stata di 5,6 mesi nei pazienti trattati con datopotamab deruxtecan rispetto ai 3,7 mesi di quelli trattati con docetaxel. Nel braccio datopotamab deruxtecan



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti
Sicilia**

è stato osservato un ORR confermato del 31,2%, comprese quattro risposte complete (CR), rispetto al 12,8% del braccio docetaxel, che non ha ottenuto nessuna CR. La DoR mediana è stata di 7,7 mesi nel braccio datopotamab deruxtecan rispetto ai 5,6 mesi del braccio docetaxel. Datopotamab deruxtecan non ha dimostrato un beneficio in termini di PFS nei pazienti con NSCLC squamoso. Per il doppio endpoint primario della sopravvivenza complessiva (OS), i risultati ad interim sono numericamente a favore di datopotamab deruxtecan rispetto al docetaxel nella popolazione globale (HR=0,90; 95% IC: 0,72-1,13) e nei pazienti con tumori non squamosi (HR=0,77; 95% IC: 0,59-1,01), tuttavia i risultati non hanno raggiunto la significatività statistica al momento del cut-off dei dati. Lo studio è attualmente in corso e la OS sarà valutata nell'analisi finale.

“Gli anticorpi farmaco-coniugati, come datopotamab deruxtecan, hanno il potenziale di trasformare gli attuali trattamenti del carcinoma polmonare avanzato – afferma **Filippo de Marinis**, Direttore della Divisione di Oncologia Toracica dell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) di Milano -. Per i pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato, l'attuale standard terapeutico di seconda linea, il docetaxel, è associato a un beneficio limitato e a una tossicità sostanziale. Il miglioramento della sopravvivenza libera da progressione osservato con datopotamab deruxtecan, in particolare nei pazienti con tumori non squamosi, e la migliore tollerabilità di questo anticorpo farmaco-coniugato rispetto al docetaxel rappresentano un significativo progresso per i pazienti con tumore al polmone, che resta ancora un big killer”. “I carcinomi polmonari non a piccole cellule rappresentano circa l'85% di tutti i casi di tumore del polmone – aggiunge **Silvia Novello**, Ordinario di Oncologia Medica all'Università degli Studi di Torino e Responsabile Oncologia Polmonare all'Ospedale San Luigi Gonzaga di Orbassano -. La sovraespressione di TROP2 è stata associata all'aumento dell'aggressività del cancro e alla riduzione della sopravvivenza, per questo servono terapie sempre più efficaci. I risultati dello studio TROPION-Lung01 supportano il potenziale di datopotamab deruxtecan nei pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule già trattati con immunoterapia o targeted therapies e chemioterapia standard. Insieme al dato di efficacia, va poi considerata anche la buona tollerabilità di questo nuovo approccio di cura, elemento ovviamente importantissimo nei pazienti con malattia avanzata”. Nello studio TROPION-Lung01, non sono stati identificati nuovi segnali legati alla sicurezza di datopotamab deruxtecan. La durata mediana del trattamento con datopotamab deruxtecan è stata di 4,2 mesi rispetto ai 2,8 mesi del docetaxel. Eventi avversi correlati al trattamento (treatment-related adverse events, TRAE) di grado 3 o superiore si sono verificati nel 25% e nel 41% dei pazienti rispettivamente nel braccio datopotamab deruxtecan e docetaxel. Gli eventi avversi correlati al trattamento di grado 3 o superiore più comuni sono stati: neutropenia (1% vs. 23%), stomatite (6% vs. 1%), anemia (4% vs. 4%), astenia (3% vs. 2%), nausea (2% vs. 1%) e affaticamento (1% vs. 2%) rispettivamente per datopotamab deruxtecan e docetaxel. Eventi di malattia interstiziale polmonare (ILD) giudicati correlati al farmaco di grado 3 o superiore si sono verificati nel 3% e nell'1% dei pazienti rispettivamente nel braccio datopotamab deruxtecan e docetaxel. Nel braccio datopotamab deruxtecan, ci sono stati sette eventi di ILD di grado 5 (2%) giudicati correlati al farmaco da un comitato indipendente. La causa primaria del decesso in quattro di questi casi è stata attribuita dallo sperimentatore alla progressione della malattia. Dei sette eventi di ILD di grado 5 giudicati correlati al farmaco, quattro (1,7%) erano in pazienti con NSCLC non squamoso e tre (4,6%) in pazienti con NSCLC squamoso. Nel braccio docetaxel si è verificato un evento di ILD di grado 5 correlato al farmaco (0,3%). “Questi risultati di datopotamab deruxtecan presentati a ESMO forniscono un potenziale cambiamento della pratica clinica della nostra tecnologia DXd su diversi bersagli e tipi di tumore che si possono trattare con gli anticorpi farmaco-coniugati”, commenta **Ken Takeshita**, Capo Globale del Dipartimento di Ricerca & Sviluppo di Daiichi Sankyo,



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti
Sicilia**

“I benefici che abbiamo osservato nei pazienti con tumori non squamosi sono notevoli e, insieme ai dati dello studio TROPION-Lung05, forniscono una promettente evidenza che datopotamab deruxtecan può svolgere un ruolo importante nel trattamento dei pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule che attualmente hanno limitate opzioni efficaci dopo il trattamento iniziale.” “Datopotamab deruxtecan crediamo rivesta un ruolo centrale per il futuro che immaginiamo, in cui gli anticorpi farmaco-coniugati migliorano e infine sostituiscono gli standard di cura consolidati, come la chemioterapia, in diversi tipi di cancro”, osserva **Susan Galbraith**, MBBChir, PhD, Vice Presidente Esecutivo Ricerca e Sviluppo in Oncologia di AstraZeneca. “I risultati di TROPION-Lung01 dimostrano per la prima volta che un anticorpo farmaco-coniugato è in grado di ritardare la progressione della malattia o la morte più a lungo rispetto alla chemioterapia convenzionale nei pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato. Questo risultato è particolarmente degno di nota se si considera che datopotamab deruxtecan è stato anche associato a un minor numero di eventi avversi gravi correlati al trattamento rispetto alla chemioterapia.” L’istotipo del tumore dei pazienti arruolati nello studio era bilanciato nei due bracci di trattamento ed in linea con la pratica clinica: il 78% e il 77% dei pazienti rispettivamente nei bracci datopotamab deruxtecan e docetaxel avevano un tumore con istotipo non squamoso. Nel braccio datopotamab deruxtecan, i pazienti erano stati precedentemente trattati con terapia contenente platino (99%), terapia anti-PD1/anti-PDL1 (88%) o terapia mirata (15%). Nel braccio docetaxel, i pazienti erano stati precedentemente trattati con terapia contenente platino (100%), terapia anti-PD1/anti-PDL1 (88%) o terapia mirata (16%). In entrambi i bracci, il 17% dei pazienti presentava tumori che esprimevano alterazioni genomiche attivabili, come mutazioni del recettore del fattore di crescita epidermico (EGFR). Al momento dell’analisi dei dati del 29 marzo 2023, 52 pazienti erano ancora in trattamento con datopotamab deruxtecan e 17 con docetaxel.

I risultati di TROPION-Lung05 Nello studio di fase 2 TROPION-Lung05, datopotamab deruxtecan ha mostrato un’attività antitumorale promettente nei pazienti fortemente pretrattati per NSCLC localmente avanzato o metastatico con alterazioni genomiche, tra le quali mutazioni di EGFR e riarrangiamenti della chinasi del linfoma anaplastico (ALK). I dati sono stati presentati in una mini-sessione orale sabato 21 ottobre al Congresso ESMO. Nella popolazione complessiva (n=137), datopotamab deruxtecan ha dimostrato un ORR confermato del 35,8% (95% CI: 27,8-44,4), incluse quattro risposte complete e 45 risposte parziali, e un tasso di controllo della malattia (DCR) del 78,8%. La PFS mediana è stata di 5,4 mesi (95% CI: 4,7-7,0). Nei pazienti con mutazioni EGFR (n=78), il gruppo più numeroso tra le alterazioni genomiche, datopotamab deruxtecan ha dimostrato un ORR del 43,6% e una DCR dell’82,1%. Nello studio TROPION-Lung05, gli eventi avversi correlati al trattamento di grado 3 o superiore più comuni sono stati: stomatite (10%), anemia (6%), inappetenza (4%) e affaticamento (4%). Ci sono stati cinque eventi ILD (4%) giudicati correlati al farmaco da un comitato indipendente, tra cui quattro eventi di grado 1 o 2 e un evento di grado 5.

Liste di attesa: premi a medici e infermieri che lavorano di più

Sanità. Pronti 280 milioni per gli straordinari, sì a più acquisti di cure dai privati. Confermati i fondi per i contratti, controlli sull'intramoenia

Marzio Bartoloni

Per affrontare l'emergenza numero uno della Sanità, quella delle liste d'attesa, ed evitare di ricorrere ai gettonisti per coprire i buchi in corsia gli ospedali potranno pagare di più gli straordinari a medici e infermieri fino al 2026: ai primi saranno riconosciuti 100 euro lordi l'ora e ai secondi 60 euro. Una misura questa che vale 280 milioni l'anno per tre anni (200 milioni per i medici e 80 per gli infermieri) che non prevede però nessuna detassazione né degli straordinari né delle indennità come era stato ipotizzato in un primo momento. Sempre per contrastare la piaga delle liste d'attesa si potrà ricorrere all'interno dei piani operativi regionali a visite, esami e ricoveri acquistati dal privato a cui al di là dell'impegno su questo fronte viene rivisto il tetto di spesa in vigore dal 2012 e che crescerà dell'1% nel 2024, del 3% nel 2025 e del 4% dal 2026 in poi con un impatto stimato di 360 milioni. Eccoli il cuore delle misure della manovra 2024 per la Sanità così come emergono dalle nuove bozze che confermano nella sostanza quanto anticipato dal Sole 24 Ore nei giorni scorsi: in pista 3 miliardi in più per il prossimo anno, 4 miliardi per il 2025 e 4,2 miliardi dal 2026. Molti dei fondi stanziati saranno assorbiti dalle risorse per il nuovo contratto del comparto sanitario 2022-2024: servono 2,4 miliardi per rendere più pesanti le buste paga di medici (compresi quelli di famiglia con l'accordo collettivo nazionale) e infermieri e provare così ad arginare la fuga dei camici bianchi dal

Servizio sanitario nazionale che tra dimissioni e pensionamenti sta assistendo ad una vera e propria emorragia di personale. Proprio ieri è arrivato il via libera delle Regioni al contratto dei medici 2019-2021 con aumenti medi di 190 euro lordi al mese che si dovrebbero vedere nelle buste paga di gennaio o febbraio.

Tornando alla legge di bilancio va segnalata anche un'altra misura - già prevista l'anno scorso - per ridurre le liste d'attesa e cioè la possibilità per le Regioni di «utilizzare una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024»: si tratta di 520 milioni in tutto a cui ricorrere attingendo appunto dal finanziamento generale, ma non si tratta però di risorse aggiuntive e questo potrebbe frenare le Regioni restie a privarsi di fondi sempre più contati per finanziare la Sanità.

Sempre sul fronte liste d'attesa la manovra rispolvera una misura spesso disattesa e cioè quella del blocco dell'attività intramoenia per i medici nel caso questa superi quella dedicata dagli stessi all'attività ordinaria e in particolare si prevede che l'organismo paritetico regionale previsto dai piani regionali sulle liste d'attesa presenti «una relazione semestrale sullo svolgimento dell'attività intramoenia al Comitato Lea da prendere in considerazione nell'ambito della valutazione degli adempimenti relativi alle liste di attesa». E proprio in tema di Lea (i livelli essenziali di assistenza) la bozza di manovra riserva 50 milioni

per il 2024 e 200 milioni a partire dal 2025 per finanziare l'ingresso di nuove cure gratuite nel Ssn.

Vengono poi stanziati 250 milioni per il 2025 e 350 milioni a partire dal 2026 per finanziare le assunzioni del personale nella Sanità territoriale dove sono previste - grazie agli stanziamenti del Pnrr - l'apertura di oltre 1.350 Case di comunità e oltre 400 ospedali di comunità.

Nutrito anche il pacchetto di misure per i farmaci: innanzitutto viene alzato nel 2024 all'8,6% il tetto di spesa per la farmaceutica ospedaliera (quest'anno è all'8,15%) e contestualmente si abbassa al 6,7% quello per la convenzionata, cioè il canale dei medicinali nelle farmacie. Che avranno un ruolo sempre maggiore nella distribuzione di medicinali compresi alcuni oggi dispensati solo dalle farmacie ospedaliere e cambia anche il sistema di remunerazione delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati a carico del Ssn che viene sostituito da una quota variabile e da quote fisse in base al prezzo della confezione del farmaco. Infine dal 2024 sale a 2mila euro il contributo per gli extracomunitari regolarmente soggiornanti per l'iscrizione volontaria al Ssn. Previste anche quote di compartecipazione per i frontalieri svizzeri che utilizzano il Servizio sanitario nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dal personale ai farmaci

I fondi per le liste d'attesa

Gli ospedali potranno pagare di più gli straordinari a medici e infermieri fino al 2026: ai primi saranno riconosciuti 100 euro lordi l'ora e ai secondi 60 euro. Una misura questa che vale 280 milioni l'anno per tre anni (200 milioni per i medici e 80 per gli infermieri)

Le misure per i farmaci

Cresce all'8,6% il tetto di spesa per la farmaceutica ospedaliera (nel 2023 è all'8,15%) e si abbassa al 6,7% quello per la convenzionata. Le farmacie avranno un ruolo maggiore nella distribuzione di medicinali in particolare quelli dispensati dalle farmacie ospedaliere

Torna il blocco dell'intramoenia per i medici nel caso questa superi quella dedicata all'attività ordinaria

3 miliardi

I FONDI IN PIÙ PER IL 2024

In manovra 3 miliardi in più per il 2024, 4 miliardi per il 2025 e 4,2 miliardi dal 2026. In particolare 2,4 miliardi sono destinati ai contratti in sanità



AUTHORITY SULLE LISTE D'ATTESA

Istituire «una autorità dedicata al monitoraggio dei tempi di attesa delle singole prestazioni», è l'annuncio del ministro della Salute Orazio Schillaci

IMAGOECONOMICA



Medici e infermieri. In arrivo più risorse per gli straordinari



La Sanità come in Germania? 2,5 milioni di occupati in più

Studio Censis-Fnom
Ogni euro investito
nel Servizio sanitario
ne genera quasi il doppio

Barbara Gobbi

È come lanciare il classico sasso nello stagno, con un effetto moltiplicatore (benefico) su tutta la superficie. Così il Servizio sanitario nazionale è un "booster" non solo per la salute e il benessere degli italiani - tra i popoli più longevi e con una più alta aspettativa di vita - ma per l'intera economia del Paese. Tanto che ogni euro investito in sanità ne genera quasi due di produzione in valore, con un effetto moltiplicatore pari a 1,84. Mentre allineare la spesa sanitaria pubblica pro capite ai livelli di Francia e Germania porterebbe da 1,5 a 2 milioni e mezzo di nuovi posti di lavoro. A ribaltare il punto di vista tradizionale di una sanità "pozzo senza fondo" o di bancomat a cui attingere per esigenze varie, interviene uno studio di Censis-Fede-

razione degli Ordini dei medici (Fnomceo) presentato ieri a Roma. L'occasione: celebrare i 45 anni del Ssn. «Un collante sociale formidabile quando assicura le cure a tutti i cittadini e con gli stessi tempi», ha ricordato il ministro della Salute Schillaci, anche se restano da risolvere nodi cruciali «come il fenomeno doloroso delle liste d'attesa, oggi la maggiore violazione del diritto alla salute», con ben 3 milioni di italiani che rinunciano a curarsi.

Intanto il rapporto Censis tratteggia un Ssn «attore primario dello sviluppo, dove le risorse pubbliche operano come investimenti ad alto impatto su economia, occupazione, ricerca e coesione sociale», ha affermato il presidente Fnomceo Filippo Anelli. Che chiede al governo di «mantenere la promessa maturata durante la

pandemia di una sanità finalmente prioritaria nell'agenda del paese». I numeri messi in fila dal Censis: considerando un valore della spesa sanitaria pubblica pari a 131,3 miliardi nel 2022 (6,7% del Pil) il valore della produzione interna diretta, indiretta e dell'indotto è stimato a 242 miliardi. Per ogni euro di spesa sanitaria pubblica investito nel Ssn viene quindi generato un valore della produzione quasi doppio. Il valore aggiunto complessivo creato è di 127 miliardi: il 7,3% del valore aggiunto totale e il 6,5% del Pil. I primi settori a beneficiare della spinta della spesa sanitaria pubblica sono ovviamente i servizi sanitari (valore della produzione di 126 miliardi con quasi 1,3 milioni di occupati), l'assistenza sociale con 8,6 miliardi di valore e 180mila occupati e il commercio (quasi 9 miliardi e 95mila addetti).

A seguire, i settori professionali e amministrativi (oltre 3 miliardi e 30mila addetti) e i servizi di vigilanza e facility management (3 miliardi e 43mila occupati). Poi ci sono i 50 miliardi tra imposte e contributi sociali ascrivibili al circuito attivato dalla spesa sanitaria pubblica. Infine, il rapporto fotografa i 670mila addetti cui oggi dà lavoro direttamente il Ssn a cui si aggiungono i 2,2 milioni di persone dell'indotto (l'8,7% degli occupati totali). E lancia una scommessa: toccare quota 2,5 milioni di occupati in più portando la nostra spesa pro capite dagli attuali 2.226 euro ai 4.702 euro della top Germania.

È RIPRODUZIONE RISERVATA

Oggi il Ssn dà lavoro a 670mila addetti a cui si aggiungono i 2,2 milioni di persone dell'indotto



Welfare: in Italia la spesa cresce di oltre 632 miliardi

► Le stime elaborate dal think tank di Unipol e Ambrosetti: secondo l'indice il Lazio è più virtuoso di Veneto e Lombardia

IL RAPPORTO

ROMA Le pensioni costano ancora troppo: più della metà della spesa sociale viene assorbita dalla previdenza. Secondo le stime del Think Tank "Welfare, Italia" (Unipol-The European House Ambrosetti) la spesa complessiva per il welfare del Paese per il 2023 sarà di 632,4 miliardi di euro (+3,7% rispetto al dato del 2022), includendo in questo perimetro i 3 pilastri tradizionali (Sanità, Politiche Sociali, Previdenza) più l'istruzione. La spesa previdenziale, in particolare, vale il 50,3% del totale. A seguire, la spesa sanitaria (21,5%), quella in politiche sociali (16,9%) e la spesa in istruzione (11,3%).

MENO POLITICHE SOCIALI

Se guardiamo al dato congiunturale, rispetto al 2022 la spesa previdenziale è in aumento del 7,1%, passando da 296,9 miliardi di euro a 317,9 miliardi di euro. La spesa sanitaria nel 2023 è in incremento del 3,8%, rispetto allo scorso anno. La spesa per le politiche sociali, secondo le stime contenute nel Documento di Economia e Finanza (DEF), presenta,

invece, una diminuzione del 2,9% rispetto al 2022, sebbene tali valori siano ancora più elevati rispetto al periodo pre-Covid.

Infine, per quanto riguarda la spesa in istruzione si prevede un aumento dello 0,6% rispetto al 2022.

La presentazione dell'edizione 2023 del Rapporto annuale "Welfare, Italia" non poteva non fare riferimento alla crisi demografica. Il calo della popolazione, sempre più accentuato, non può non mettere a rischio l'intero sistema di protezione sociale. Come osserva Istat, il 2022 è stato contraddistinto, in Italia, dal nuovo record negativo del numero di nascite: 393 mila.

LA CLASSIFICA DELLE REGIONI

Il Think Tank "Welfare, Italia" ha messo a punto un indicatore sintetico che valuta aspetti legati sia alla spesa in welfare sia ai risultati che questa spesa produce. Nel Welfare Italia Index 2023, l'amministrazione territoriale con il punteggio più elevato è la Provincia Autonoma di Bolzano (83,3 punti), seguita dalla Provincia Autonoma di Trento (81,4 punti) e dall'Emilia Romagna (76,3 punti). Il Lazio occupa un onorevole sesto posto con 73,4

punti davanti a Veneto e Lombardia.

La ricognizione annuale sul sistema di welfare del Paese era stata introdotta da un messaggio del presidente Sergio Mattarella e si è conclusa con l'intervento del presidente di Unipol, Carlo Cimbri: «Il welfare è pilastro della coesione sociale. Non c'è coesione sociale senza un sistema inclusivo che comprenda tutti». C'è sempre più evidente la necessità di «fissare regole che aiutino tutti a vivere meglio» e di «collaborazione tra pubblico e privato» soprattutto nella sanità. Dal canto suo la ministra del Lavoro, Marina Calderone ha confermato: «Faremo interventi legislativi per migliorare l'efficacia degli strumenti, così come faremo altri interventi sulla previdenza complementare e per la valorizzazione della sanità integrativa».

Marco Barbieri



Carlo Cimbri, amministratore delegato di UnipolSai



il dossier 

È allarme eroina tra i ragazzi La svolta arriva dagli Usa:

«Presto il vaccino anti-droga»

In Italia consumatori triplicati negli ultimi 5 anni, almeno 25mila i giovani dipendenti. Il farmaco inibirà il desiderio degli oppiacei

Maria Sorbi

■ Probabilmente non sarà in grado di fermare, e forse nemmeno di intaccare, il traffico di eroina. Ma almeno salverà i giovani (e non) dalla dipendenza e limiterà i danni di un'epidemia silenziosa ma inarrestabile.

Il vaccino anti oppiacei verrà sperimentato sull'uomo all'inizio del 2024. Obiettivo: determinare la sicurezza e valutarne l'efficacia. Lo annuncia il *National Institutes for Health*, secondo cui il team di ricercatori negli Stati Uniti, composto da scienziati dell'Università del Minnesota e dell'Università del Montana, è arrivato al punto *clou* del progetto.

I test coinvolgeranno consumatori di eroina e fentanyl, l'analgesico arrivato dalla Cina (80 volte più potente della morfina) che negli Stati Uniti ha causato 80mila morti in un anno. Il vaccino potrebbe offrire protezione dall'overdose per due - quattro anni, ma si tratta di una stima ancora in via di valutazione. In che modo? Il siero insegnerà all'organismo a creare anticorpi in grado di riconoscere le molecole di un oppioide bersaglio, attaccarsi a esse e impedirgli di entrare nel cervello. Di fatto spognerà tutti gli effetti piace-

voli che la sostanza dà, ammazando totalmente il desiderio di assumere oppiacei e quindi la dipendenza e il rischio di overdose.

Sicuramente il vaccino, quando arriverà sul mercato, aiuterà a ridurre il numero delle morti da eroina, che il Italia rappresentano ancora il 50% dei decessi per droga, come riferisce la relazione annuale 2023 del Dipartimento per le politiche antidroga. L'uso di eroina riguarda 750mila persone, tre volte tanto quelle registrate nel 2017. Tra queste anche 25mila studenti. Non si tratta più del tossico sulle panchine con ago e accendino. Ma anche se il fenomeno è meno visibile (almeno rispetto all'uso di altre sostanze), l'eroina è persino più pericolosa rispetto al passato. La tendenza dei narcotrafficanti è quella di potenziarla aumentando la percentuale di principio attivo per «affamare» il consumatore e fidelizzarlo. Il parco clienti in questo modo si allarga. Altra differenza - non solo formale - è nel «marketing»: non si usa quasi più iniettarla perché la siringa è un oggetto invasivo, immediatamente associato alle infezioni e a persone che vivono ai margini della società. L'eroina è in-

vece usata di frequente da persone perfettamente al centro della società che la fumano o inalano. Le conseguenze non sono diverse. Viene venduta fra i 20 e i 50 euro al grammo. Prezzi che cercano di intercettare anche le tasche dei giovanissimi.

Il principio del vaccino che spegne il desiderio di drogarsi potrebbe essere un aiuto importante anche nella lotta contro l'eroina dei poverissimi, la desomorfina (il cosiddetto *krokodil*), dieci volte più potente dell'eroina e altamente letale: è la droga cannibale che mangia la carne, la pelle, gli organi - fino al collasso - e trasforma in zombie i suoi utilizzatori.

Le applicazioni si estenderanno anche ad altre sostanze: la Dea, ad esempio, ha emesso un avviso di sicurezza sul carfentanyl, definito «un oppioide sintetico 10mila volte più potente della morfina e 100mila volte più potente del fentanyl».



L'INTERVISTA RICCARDO GATTI

«Potrà salvare delle vite Ma va curata la fragilità»

Lo psichiatra esperto di dipendenze: «Il rischio? Finire schiavi di alcol o altre sostanze tossiche»

■ Ancor prima che venga testato, il vaccino anti oppiacei solleva parecchi dubbi. Non tanto sulla sua efficacia clinica ma sulla difficoltà a essere somministrato e sulla sua capacità di scalfire un mercato spietato e organizzatissimo come quello del narcotraffico. Ne abbiamo parlato con Riccardo Gatti, psichiatra che ha seguito l'andamento delle dipendenze generazione dopo generazione e che ora coordina il Tavolo tecnico sulle dipendenze in Lombardia.

Gatti, finalmente il vaccino è arrivato alla sperimentazione sull'uomo. Siamo a una svolta?

«Sarebbe bello poterlo dire. Ed è un bene che ci si avvicini a un vaccino. Ma non sarà una cura contro le dipendenze. E non credo nemmeno sia l'arma per estinguere l'epidemia in corso. Di fatto il vaccino serve per affrontare il problema a valle, non a monte».

Sarà acqua fresca?

«Spero di no. Però bisogna ancora ca-

pire tante cose, a cominciare da cosa bloccherà visto che agirà sui recettori del dolore. Credo tuttavia che non avrà l'effetto scudo che in passato hanno avuto altri vaccini. Penso a quello contro la poliomielite che ha permesso di eliminare del tutto la malattia».

Però almeno limiterà il numero delle overdose?

«Probabilmente sì ma bisogna considerare un aspetto: chi muore per overdose da eroina o oppiacei spesso non è in cura, non ha voglia di fare un percorso di disintossicazione. Quindi sarà difficile, quando il vaccino sarà sul mercato, proporlo a tutti quelli che hanno sviluppato una dipendenza. E per di più è difficile immaginare che queste persone si ripresentino dopo qualche anno per il richiamo».

Quindi è impensabile curare la dipendenza solo così.

«No, serve un percorso. Il vaccino potrà essere uno strumento da utilizzare in questo iter di cura. La sostanza che si usa è additiva ma non è disattivando il piacere che si disattiva anche la dipendenza. Quella ha altre origini, deriva da altre fragilità. E non escludo che possa dirottare verso l'uso di altre sostanze che provochino un effetto simile a quello degli oppiacei, come ad esempio l'alcol».

MaS

Le dosi
Andrà gestito
il problema
dei richiami:
difficile
immaginare
che un
paziente sia
disponibile

I limiti
Non
illudiamoci
che ci sia un
effetto scudo
come contro
la poliomielite
Non spegnerà
l'epidemia



Le cause
È importante
inserire chi
è dipendente
in un iter
di cura e non
pensare al
vaccino come
unica via



LA STORIA

L'incubo quotidiano in corsia "Botte dai parenti, stress e paura"

Il racconto di un dottore di Napoli: "La notte non riesco più a dormire. Faccio anche 18 ore di fila, per cercare posti letto usiamo ancora il fax"

«Lavoro fino a 18 ore consecutive, subisco le minacce dei familiari dei pazienti, recentemente mi hanno anche picchiato e per lo stress con cui lavoro non dormo più la notte per la paura di aver commesso errori. Due mesi fa stavo per mollare tutto e tornare nel privato, invece mi trasferirò in un ospedale sempre pubblico ma più tranquillo. Questo addio però lo vivo come una sconfitta perché dovremmo essere messi nelle condizioni di lavorare al meglio proprio dove c'è più bisogno».

La voce di Marco Evangelista, 37 anni, «due figli piccoli che non vedo quasi mai», medico internista in un ospedale di trincea della Napoli 2, trema per l'emozione quando parla del suo vissuto. Una scelta coraggiosa, «perché prima lavoravo in una struttura privata dove le condizioni sono decisamente migliori, ma sono innamorato del pubblico per cui eccomi qui in quello che chiamano "il triangolo della malavita"». Qualche mese fa «i familiari di un paziente mi hanno fatto finire in ospedale per 10 giorni e da allora non sono più lo stesso. Già ero in *burn out* prima, ora si è aggiunta

anche la paura di nuove aggressioni, che non mi fa più lavorare con serenità. Magari evito di fare un intervento necessario ma a rischio, oppure chiedo il supporto dei colleghi perché sono diventato meno intraprendente nelle scelte cliniche».

Perché di questi traumi si spiegano seguendo Marco in una sua giornata tipo. «Ieri ho fatto la notte, oggi ho quello che in gergo chiamiamo "smonto", insomma dormo e domani ricomincio senza poter passare un po' di tempo con moglie e figli. Alle 8 entro in pronto soccorso, perché nel reparto di medicina interna, la specialità per la quale ho studiato, passo appena il 30-40% del mio tempo lavoro. Il resto lo trascorro qui a turare le falle. Per prima cosa prendo in consegna i pazienti del turno precedente, magari in attesa di un letto da giorni. Tenta la buona sorte cercando un posto in reparto da noi. Tentativo fallito. Allora faccio un salto negli anni '80 e invio un fax, dico un fax, alla centrale operativa regionale del 118 per cercare un posto altrove. Ma la linea cade. Riprovo. Stavolta va ma è illeggibile. Altro tentativo finalmente riuscito. Arriva la risposta: il letto c'è ma a Vallo della Lucania, 200 chilometri di

distanza. E ora chi lo va a dire ai parenti il fuori che magari abitano a 5 minuti da qui?».

Sembra un incubo ma è ordinaria quotidianità. «E questo rito della presa in carico si ripete per i 10-20 pazienti che ti passa ciascun medico che stacca dal turno precedente», racconta Marco. «Poi ci sono gli altri 20-30 che devono ancora essere presi in carico. Capita che entrino classificati come non gravi e poi scopri che il problema è più serio e che si sarebbe dovuti intervenire prima». Ma la fila di pazienti che incombe mette fretta. «Per fare un'anamnesi come si deve serve tempo e qui non c'è. Così a volte somministriamo terapie senza sapere se il paziente prende già qualche medicina con cui possono interagire male». Ma in questo ospedale che abbraccia un'ampia area a Nord di Napoli il tempo servirebbe anche per ascoltare storie da far accapponare la pelle. «Giorni fa si è presentato da me un padre con la figlioletta di 8 anni e il terribile dubbio che fosse stata violentata. Ti raccontano cose che necessitano ascolto e invece hai le urgenze che ti premono sul collo perché a ogni turno di storie

da ascoltare nei hai 40 o 50, tanto che il tuo orario di lavoro si prolunga all'infinito».

In queste condizioni è facile finire in *burn out* e il rischio di errori è alto. «Quello più facile da commettere è lo scambio di paziente. Troppi volti da ricordare, troppe cartelle cliniche, così può succedere che somministri a uno la terapia di un altro. Così torno a casa e non dormo per l'angoscia di poter aver sbagliato qualcosa, non aver ordinato una tac o un ricovero. Vorresti qualcuno accanto che ti rincuorasse dicendoti che hai fatto bene». Una solitudine che ha fatto arretrare Marco in seconda linea. La quale, di questo passo, si svuoterà come la prima. PA. RU. —

