



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

4 Dicembre 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

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Liste d'attesa. Cittadini (Aiop): “Accordo tra Regione Siciliana e strutture di private Ssr è esempio di politica lungimirante”

A disposizione 8,6 milioni di euro per il recupero delle prestazioni critiche monitorate dal ministero della Salute. Per Cittadini un modello “replicabile su tutto il territorio nazionale per dare una risposta tempestiva, efficace ed efficiente alla domanda di salute della popolazione”.



04 DIC - “La conclusione dell’accordo tra il Governo della Regione Siciliana e le strutture di diritto privato del Servizio sanitario regionale per la riduzione delle liste d’attesa è decisiva per garantire il diritto alla salute di tutti i siciliani e le siciliane e dimostra le straordinarie potenzialità di una stabile e virtuosa sinergia tra le due componenti del Servizio sanitario”. Così **Barbara Cittadini**, presidente nazionale Aiop in merito all’accordo annunciato dalla Regione e siglato mercoledì 29 novembre tra la Regione Siciliana e la componente di diritto



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

privato del SSR per ridurre le liste d'attesa sui ricoveri e interventi già programmati e non ancora effettuati. “**L'accordo** – spiega Barbara Cittadini – fa seguito al Piano presentato a luglio, rispetto al quale avevamo già apprezzato l'innovatività e la lungimiranza, e mette a disposizione 8,6 milioni di euro che consentiranno il recupero nelle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio del PNGLA indicate dal Ministero della Salute, allargando l'area di intervento e includendo le prestazioni critiche indicate nella classe di priorità 1 allegate al d.a. 334/2022”.

Il piano elaborato con l'Assessorato alla salute e, in particolare, con il Direttore della Pianificazione strategica dell'assessorato alla salute, **Salvatore Iacolino**, “assume, pertanto – per la presidente Aiop - notevole rilevanza nel merito e nel metodo: le modalità trasparenti e inclusive di coinvolgimento di tutti gli attori evidenziano una grande capacità politico-strategica dell'attuale governance regionale nel gestire problemi a lungo trascurati, unita alla ferma volontà di voler risolvere il drammatico problema dei tempi di attesa”.

Da Cittadini un grazie “da siciliana”, al Presidente della Regione **Renato Schifani** e l'Assessorato “per il lavoro condiviso e auspico che il confronto e la collaborazione sul piano istituzionale assurga a modello replicabile su tutto il territorio nazionale per dare una risposta tempestiva, efficace ed efficiente alla domanda di salute della popolazione, grazie alle misure previste dal Governo centrale, sia nel 2023 che per il 2024, per la riduzione delle liste d'attesa” conclude la presidente Aiop.

Si ferma la sanità

Pensioni ridotte e poco personale: domani lo sciopero di medici e infermieri
 «Dispiace per i pazienti, vedranno come si sta senza servizio pubblico»

IL CASO

PAOLO RUSSO
 ROMA

«Non è un passo che compiamo a cuor leggero e ci dispiace per i cittadini che avevano prenotato visite e accertamenti o che erano in attesa di un ricovero già programmato, ma forse sarà un bene che anche loro tocchino con mano cosa vorrebbe dire vivere senza più un servizio sanitario pubblico». Pierino Di Silverio, leader del principale sindacato dei medici ospedalieri, l'Anaa, che insieme alla Cimo sciopera domani bloccando larga parte dell'attività sanitaria, si scusa così con gli assistiti, chiedendo però loro di capire le motivazioni di una protesta che coinvolge anche gli infermieri del sindacato autonomo Nursing. Incrociano le braccia per i tagli alle loro pensioni e i pochi soldi messi non soltanto sul rinnovo dei contratti, ma in generale sul finanziamento della sanità pubblica. Il governo si è vantato di aver inserito in finanziaria più risorse di quanto abbiano mai fatto i predecessori. Ma dei 3 miliardi in più, 2,4 sono già prenotati per i rinnovi contrattuali non solo dei camici bianchi ospedalieri, ma anche degli infermieri e dei medici convenzionati, come quelli di famiglia e gli ambulatoriali. «Dividendo quella somma per

tutti abbiamo già calcolato che saremo dieci punti sotto l'inflazione che in questi anni ha eroso i nostri salari, già tra i più bassi d'Europa», afferma Di Silverio. Quella stessa inflazione che, nonostante gli aumenti del fondo sanitario tra il 2022 e quest'anno, si è mangiata 10 miliardi di finanziamenti per la sanità pubblica.

Ma medici e infermieri incrociano le braccia anche per difendere le loro pensioni, minacciate da un taglio fino al 25% dell'assegno inferto dalla manovra con le meno favorevoli aliquote di calcolo sui contributi versati dal 1981 al 1996. Ora il governo ha fatto marcia indietro sui trattamenti di vecchiaia, che rimarranno invariati. Ma la riduzione, sia pure progressiva, varrà sulle pensioni anticipate. «Dopo la manovra abbiamo ricevuto già 1.800 richieste di infermieri che vogliono andare a lavorare all'estero. E saranno molti di più quelli che si licenzieranno per mettersi in proprio o andare a lavorare meglio remunerati nel privato, visto che sul mercato c'è una grande richiesta», spiega Antonio De Palma, segretario nazionale Nursing. «In finanziaria non c'è stata alcuna valorizzazione della nostra professione, sia dal punto di vista economico sia delle prospettive di carriera. Chiediamo che 440 milioni dei 2,4 miliardi stanziati

per i rinnovi contrattuali servano a portare l'indennità di esclusività infermieristica da 2,5 a 5 euro lordi l'ora, non ci sembra di chiedere la luna», afferma Di Palma. Stessa rivendicazione fanno i medici, che vorrebbero tassata al 15% la loro indennità di specificità. Soldi che dovrebbero servire a fermare l'emorragia di entrambi dal servizio pubblico, che aggrava la carenza di personale. Secondo l'Anaa di camici bianchi ne

mancherebbero 15 mila, mentre solo nel 2021 in 5 mila sono andati all'estero attratti da retribuzioni migliori. In realtà, come numero in rapporto alla popolazione siamo in linea con gli altri Paesi occidentali, ma ne mancano nelle specialità dove si fa meno libera professione, come la medicina di emergenza e urgenza. Più drammatica la carenza di infermieri. Secondo il loro Ordine ne mancherebbero 65 mila, per il Nursing 170 mila, «perché vanno calcolati non sul numero di medici ma sulla popolazione anziana e questo è il numero che si ricava se ci si volesse riallineare agli altri Paesi occidentali», spiega ancora De Palma.

A medici e infermieri la manovra metterebbe comunque in tasca 280 milioni sotto for-



LA STAMPA

ma di aumento del compenso per gli straordinari finalizzati all'abbattimento delle liste di attesa, portando da 60 a 100 euro l'ora quello dei dottori, da 30 a 60 la retribuzione degli altri. Una cura giudicata sbagliata da entrambi, «perché anziché assumendo si vuole risolvere il problema facendoci lavorare di più quando già abbiamo 5 milioni di giornate di ferie non godute e 10 milioni di ore di straordinario non retribuite», lamenta Di Silverio.

Domani intanto funzione-

ranno solo pronto soccorso, terapie intensive, unità coronariche, emodialisi, assistenza ai malati oncologici e studi dei medici di famiglia che non aderiscono allo sciopero. Si fermeranno invece in larga parte i ricoveri programmati, le visite specialistiche, i laboratori di analisi e le radiologie. Come dire che per un giorno avremo un servizio sanitario nazionale dimezzato. Nella speranza che serva a far sì che non lo sia poi per sempre in futuro. —

In funzione solo pronto soccorso, terapie intensive e unità coronariche

“

Pierino Di Silverio
leader sindacato Anao

Invece di assumere, pensano a farci lavorare di più ma già abbiamo cinque milioni di giorni di ferie non goduti

“

Antonio De Palma
leader sindacato Nursing

Non c'è stata nessuna valorizzazione della nostra professione di infermieri né economica né di carriera

I motivi della protesta: in manovra previsti finanziamenti per 3 miliardi



Lo stop

Causa sciopero, domani funzioneranno solo pronto soccorso, rianimazioni, unità coronariche, emodialisi, assistenza oncologica e gli studi dei medici di famiglia che non aderiscono.



I salari

Medici e infermieri protestano per gli scarsi finanziamenti in manovra. Gli stipendi, «già tra i più bassi in Europa - dicono i camici bianchi -, resteranno 10 punti sotto l'inflazione».



Le pensioni

Le aliquote meno favorevoli sui contributi versati tra 1981 e 1996 potrebbero portare a un taglio fino al 25% dell'assegno. Minacciate le pensioni anticipate, non di vecchiaia.



Delusi dal governo
Medici e infermieri sono pronti alla protesta: dei tre miliardi in manovra, 2,4 sono già previsti per i rinnovi



Manovra

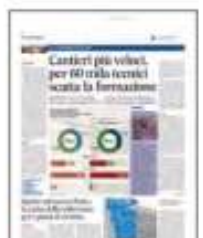
Pensioni dei medici, si lavora sulle anticipate

La manovra entra nel vivo a Palazzo Madama. La legge di bilancio è prevista in calendario in aula al Senato il 12 dicembre e diversi sono ancora i nodi da sciogliere: dalle pensioni agli affitti. La settimana si aprirà, intanto, con una serie di incontri tra il governo e i capigruppo dei partiti di maggioranza e di opposizione. Il nodo più delicato è la stretta sui rendimenti delle pensioni di medici e altri dipendenti pubblici. Dalla penalizzazione - come spiegato a più riprese

dalla maggioranza - saranno escluse certamente le pensioni di vecchiaia ma si starebbe lavorando - secondo quanto viene riferito - anche su quelle anticipate. Le novità potrebbero riguardare non solo i medici ma tutti i lavoratori in uscita coinvolti.



L'aula del Senato



È NECESSARIA UNA RIFLESSIONE APPROFONDATA

MA LA SANITÀ È DAVVERO PUBBLICA?

di **Sergio Harari**

In sanità il re è nudo ma nessuno sembra volerlo guardare. Oppure, più semplicemente, nessuno vuole affrontare tutto ciò che ne consegue. Un solo numero basta a spiegare il problema: 41.503 milioni di euro nel 2022 sono stati spesi dagli italiani di tasca propria per la salute (direttamente o attraverso assicurazioni, fondi e altro). Considerando che, nello stesso anno, la spesa pubblica è ammontata a 130.364 milioni, la spesa privata rappresenta il 24,1% di tutta la spesa sanitaria (che complessivamente è stata di 171.867 milioni).

Siamo sinceri, su questi numeri possiamo continuare a definire universalistico il nostro Servizio sanitario nazionale? Forse no, o almeno in parte no. Ormai una fetta consistente della spesa viene effettuata direttamente dai cittadini (il 21,4% è infatti *out of pocket*).

Le soluzioni non sono molte, a rischio di semplificare esistono solo due strade percorribili: la

prima è di aumentare in modo importante il fondo sanitario, allineandolo a quello di altri Paesi europei, cosa probabilmente utopistica e di difficile raggiungimento. Peraltro, la sanità, salvo i momenti più acuti della recente pandemia, da molti decenni non è nel cuore dei vari governi che si sono succeduti e comunque le finanze del Paese sono quelle che sono.

L'altra via è quella di accettare una compartecipazione alla spesa proveniente dal privato, come di fatto oggi già avviene. Però, se si volesse percorrere questa strada, bisognerebbe pensare a come governare il sistema, alle possibili integrazioni, a cosa garantire sempre a tutti (per esempio il pronto soccorso, le cure per malattie importanti, i trapianti, e altro ancora) e cosa invece limitare dando spazio a possibili soluzioni diverse, eventualmente anche pianificando livelli di assistenza per fasce di reddito. Un esempio paradigmatico è quello delle esenzioni per patologia, laddove

anche chi è multimilionario non paga nulla per la malattia specifica di cui soffre. D'altra parte, è pur vero che con la pressione fiscale che abbiamo, anche il contribuente che è tassato oltre il 40% del reddito vorrebbe gli fossero almeno garantiti i servizi dello Stato, e cosa allora se non prima di tutto la sanità?

Sarebbe importante una riflessione profonda sul nostro Servizio sanitario, al di là di sterili ideologismi, che affrontasse seriamente i tanti problemi di cui soffre e facesse i conti in modo pragmatico con la sua sostenibilità e il suo possibile finanziamento, o il rischio è quello nel quale stiamo già oggi incorrendo: aumentare le disuguaglianze nell'accesso alle cure, un risultato ingiusto, che contrasta con la nostra Costituzione.

sergio@sergio.harari.it

**Chi paga
Ormai una fetta consistente
della spesa, pari al 21,4 per
cento, viene effettuata
direttamente dai cittadini**



IL DOSSIER

Cala l'aspettativa di vita L'Italia scende dal 4° al 9° posto

La crisi del sistema sanitario ci penalizza nella classifica dei Paesi Ocse. Mancano soprattutto infermieri, male i posti letto: appena tre ogni mille abitanti

ROMA

La favola del Servizio sanitario nazionale più povero ma anche più efficiente di tutti non regge più. Perché a furia di tagliare in fatto di aspettativa di vita scendiamo in un solo anno da un invidiabile terzo posto conquistato nel 2020 al nono dell'anno successivo, mentre eravamo al quarto nel 2019, prima della pandemia. Restano poi elevatissimi i decessi causati dall'inquinamento e in fatto di spesa per la sanità siamo sempre più nei bassifondi della classifica, con un esborso pro-capite a parità di potere d'acquisto di 4.291 dollari, che sono meno dei 4.986 della media di tutti paesi occidentali e rappresentano appena la metà degli 8 mila messi sul piatto dai tedeschi e un terzo in meno dei 6.630 dollari dei francesi. Gli spagnoli ci superano di poco con 4.432 dollari. Ampiamente sotto gli standard siamo anche in fatto di dotazione sia di infermieri sia di posti letto negli ospedali.

È la fotografia scattata dalla nuova edizione appena pubblicata di *Health at a Glance* dell'Ocse.

In quanto a speranza di vita l'Italia scivola al nono posto della classifica con una media di 82,7 anni, insieme al Lussemburgo, a fronte di

una media Ocse di 80,3. Sopra l'Italia troviamo Giappone (84,5), Svizzera (83,9), Corea del Sud (83,6), Australia (83,3), Spagna (83,3), Norvegia (83,2), Islanda (83,2) e Svezia (83,1). Sopra la media siamo invece per la mortalità evitabile. Come a dire che non tutto è perduto.

Il dato ovviamente non migliora in rapporto al Pil. L'Italia destina il 9% del Pil alla sanità, una quota leggermente al di sotto della media Ocse del 9,2% ma ancora una volta di molto inferiore rispetto a Germania (12,7%) e Francia (12,1%). E parliamo di spesa sanitaria complessiva, ossia compresa quella privata, sostenuta direttamente dai cittadini. Perché in termini di spesa pubblica va ancora peggio, con il 6,8% del Pil che nel 2022 colloca l'Italia al sedicesimo posto della classifica dei Paesi occidentali.

Quanto al numero di operatori sanitari in rapporto agli abitanti, l'Italia conferma di avere una buona quantità di medici ma una forte carenza di infermieri. Nel nostro Paese si contano infatti 4,1 medici ogni 1.000 abitanti, dato superiore rispetto alla media Ocse di 3,7, ma soli 6,2 infermieri a fronte di una media Ocse di 9,2 per 1.000 abitanti. Anche se c'è da dire

che il rapporto non considera la carenza dei camici bianchi per specialità, che da noi vede quelle con poche opportunità di attività libero professionale con un numero di medici nettamente inferiore al fabbisogno.

Molto male anche la dotazione di posti letto ospedalieri. L'Italia ha 3,1 posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti, la media Ocse è di 4,3. La Germania ne ha ben oltre il doppio (7,8) e anche la Francia quasi doppia il dato italiano (5,7).

Pochi soldi più carenza di medici e infermieri uguale a meno qualità delle cure nei nostri ospedali. A calare i freddi dati dell'Ocse dentro la realtà delle nostre corsie è un'altra indagine, quella realizzata dall'Agenas, l'Agenzia pubblica per i servizi sanitari regionali. A sorpresa, gli ospedali privati in termini di qualità battono infatti quelli pubblici 27 a 9, che sono le percentuali delle strutture considerate di livello alto o molto alto. Nella cura delle malattie del sistema nervoso centrale invece preoccupa quel 48% di ospedali pubblici con una qualità bassa o molto bassa al Sud e nelle Isole. Molto peggio vanno le cose se si guarda alle patologie del sistema respiratorio, dove si registra il tracollo del pubblico, con il 52% delle strutture di qualità scadente



LA STAMPA

o molto bassa al Nord, il 58% al Centro e ben il 78% al Sud, mentre il privato fluttua tra il 30 e il 33% di bocciature, limitate al 21% delle strutture meridionali. Più equilibrati i valori nella chirurgia generale, dove bocciate sono il 37% delle strutture pubbliche settentrionali contro il 43% del privato.

Nella chirurgia oncologica

gli ospedali pubblici che vanno male o malissimo sono il 42% al Nord, il 15% al Centro e il 44% al Sud. Percentuali che diventano rispettivamente del 33,36 e 32% quando parliamo di privati. Che però si concentrano di più nelle attività redditizie, come le protesi d'anca o di gi-

nocchio, che non su quelle come l'emergenza e urgenza che rendono poco. PA. RU. —

Numerosi i decessi per l'inquinamento Nella spesa pro capite siamo molto indietro

I camici bianchi scarseggiano nelle specialità con meno privato

IL CONFRONTO: IL NOSTRO PAESE HA PERSO QUASI UN ANNO

2019		2021/2022	
1	Giappone <i>anni</i> 84,4	1	Giappone <i>anni</i> 84,5
2	Svizzera 84,0	2	Svizzera 83,9
3	Spagna 83,9	3	Corea del Sud 83,6
4	ITALIA 83,6	4	Australia 83,3
5	Corea del Sud 83,3	5	Spagna 83,3
6	Islanda 83,2	6	Islanda 83,2
7	Svezia 83,2	7	Norvegia 83,2
8	Australia 83,0	8	Svezia 83,1
9	Norvegia 83,0	9	ITALIA 82,7
10	Francia 82,9	10	Lussemburgo 82,7
11	Israele 82,9	11	Israele 82,6
12	Irlanda 82,8	12	Francia 82,4
13	Lussemburgo 82,7	13	Irlanda 82,4
14	Paesi Bassi 82,2	14	Nuova Zelanda 82,3
15	Belgio 82,1	15	Belgio 81,9
16	Canada 82,1	16	Finlandia 81,9
17	Finlandia 82,1	17	Canada 81,6
18	Nuova Zelanda 82,1	18	Danimarca 81,5
19	Austria 82,0	19	Portogallo 81,5
20	Portogallo 81,8	20	Paesi Bassi 81,4

Fonte: Ocse, rapporti Health at a Glance

WIMUS



I DIRITTI

“Mia sorella Margherita esule per l'eutanasia”

VALENTINA PETRINI

«Il 27 novembre è stata la nostra ultima notte insieme. La mattina dopo, mia sorella ha ingerito da sola il farmaco letale e in pochi minuti si è addormentata ed è morta. È finita, così, in Svizzera». Paolo Botto non trattiene le lacrime mentre racconta chi era Margherita. - PAGINA 18

Fine vita. mai

Aumentano i casi di malati costretti a ricorrere al suicidio assistito in Svizzera

La “sentenza Cappato” non trova ancora piena applicazione in Italia

Ora anche i familiari si autodenunciano

“Ho disobbedito per mia sorella Margherita”

Soltanto il Veneto ha fatto passi avanti

IL REPORTAGE VALENTINA PETRINI

«Il 27 novembre è stata la nostra ultima notte insieme. La mattina dopo, mia sorella ha ingerito da sola il farmaco letale e in pochi minuti si è addormentata ed è morta. È finita, così, in Svizzera, la sua esistenza terrena, lontana da casa, dagli affetti più cari, lontano dai luoghi in cui siamo cresciuti». Paolo Botto non trattiene le lacrime mentre racconta chi era sua sorella Margherita Botto e perché il 28 novembre è morta a Zurigo e non nel suo letto a Milano. Classe 1949, insegnante di Lingua e Letteratura francese in varie università, traduttrice sin dalla fine degli anni Settanta di Emmanuel Carrère, Alexandre Dumas, Stendhal, Fred Vargas e molti altri, Margherita è l'ennesima cittadina italiana condannata all'esilio della morte a causa dell'assenza nel nostro paese di una legge organica sul fine vita. Il Parlamento



tace da decenni. Idem il governo Meloni. Eppure, lo ha confermato anche il Censis nel 57° Rapporto sulla situazione sociale del Paese: il 74% dei cittadini italiani è favorevole all'eutanasia. Margherita è arrivata in Svizzera



LA STAMPA

grazie a suo fratello e ai volontari di Soccorso Civile, associazione fondata nel 2015 da Marco Cappato, insieme a Mina Welby e che oggi conta più di trenta volontari che offrono appoggio alle persone che hanno bisogno di informazioni, assistenza logistica e finanziaria, per ottenere aiuto medico alla morte volontaria. Chi disobbedisce accompagnando qualcuno a morire all'estero rischia un processo e una condanna, fino a 12 anni per istigazione e aiuto al suicidio. Ma la vera novità politica dei casi che stiamo raccontando è che a disobbedire non sono più soltanto attivisti e volontari, in prima fila ci sono i parenti dei malati terminali. Comuni cittadini pronti a farsi carico delle conseguenze legali della loro disobbedienza pacifica e nonviolenta per amore.

Per Margherita Botto è andata così: 74 anni, ad agosto scorso si sveglia con uno strano gonfiore al collo. Trombosi molto estesa alla giugulare destra. La causa è in realtà una massa di linfonodi particolarmente gonfi che premono appunto sulla giugulare. A settembre il referto istologico: adenocarcinoma, tumore aggressivo al terzo stadio, non operabile. «Margherita mi ha guardato e mi ha detto: "Non voglio accanimento terapeutico. Voglio morire senza soffrire"». Margherita ai medici non chiede nemmeno qual è la sua aspettativa di vita. È ben informata. Inoltre ha già preso una decisione: vuole staccare la spina. Ma in Italia non può morire quando decide lei. Non può sottrarsi all'agonia. Per questo, scrive alla Dignitas, tra le più note associazioni internazionali che ammettono per l'aiuto alla morte volontaria a Zurigo anche persone provenienti dall'estero. Paolo contemporaneamente contatta Marco Cappato e con l'aiuto di Soccorso Civile, organizza il trasferimento in ambulanza privata da Milano a Zurigo per sua sorella. Nel frattempo Margherita fa la prima e la seconda dose di chemio. «Da cui esce devastata. Con i globuli bianchi sotto la soglia di sicurezza». Non cammina più, non dorme, non riesce a stare sdraiata, solo seduta, giorno e notte. Si becca pure il Covid. Lei esausta ripete: voglio morire serena. «La ragione per cui sin dall'inizio ho detto a Marco Cappato che ero disponibile alla disobbedienza civile - spiega Paolo - era proprio per il fatto che se fosse stato possibile Margherita si sarebbe congedata dalla vita tranquillamente a casa sua. Ho anche pensato a tutte quelle persone nello stesso stato di mia sorella calpestate da questa nazione, repubblica delle banane casualmente finita in Europa».

Per consentire a Margherita di morire a Zurigo, Paolo versa 12 mila euro, «chiaramente una cifra non alla portata di tutti». Ma non c'era alternativa: «Né lei e né io avevamo speranza di poter ottenere l'aiuto alla morte volontaria a Milano. In quei giorni, infatti, era uscita la notizia di Sibilla Barbieri e della battaglia persa da questa donna per farsi riconoscere a Roma i suoi diritti civili». Sibilla Barbieri

romana, scrittrice, produttrice, sceneggiatrice, malata oncologica terminale con metastasi in varie parti del corpo, è morta a Zurigo il 31 ottobre dopo aver trasformato la sua fine in un atto politico. Il 6 novembre suo figlio Vittorio Parpaglioni, varca la soglia della caserma dei carabinieri e si autodenuncia per aver accompagnato insieme a Marco Perduca, ex senatore dei radicali, membro dell'Associazione Luca Coscioni, sua madre a morire in un paese straniero. Vittorio è stato il primo parente in Italia ad aver compiuto un gesto simile, di fatto aprendo la strada alla disobbedienza di Paolo e a chissà quanti altri in futuro. «Mi sono autodenunciato come Vittorio - racconta Paolo - per aver organizzato il trasferimento di mia sorella in un altro Paese in cui i suoi diritti sono stati rispettati. Non me ne pento. Ringrazio Cappato e Cinzia Fornero di Soccorso Civile che ha disobbedito con me accompagnando in ambulanza mia sorella a Zurigo».

Insomma due donne, Sibilla Barbieri e Margherita Botto, che muoiono a distanza di due settimane, entrambe in una clinica Dignitas, tramite suicidio assistito. Due donne che avrebbero invece voluto congedarsi dalla vita nella loro casa. Un figlio e un fratello che con la loro disobbedienza hanno lanciato una sfida allo Stato: arrestateci, condannateci.

La nuova stagione di disobbedienze di cui stiamo parlando nasce per un motivo specifico: rendere evidente che in diverse regioni d'Italia oggi la sentenza 242/2019 della Corte costituzionale, sul caso Cappato/Antoniani che ha introdotto il diritto, per le persone in determinate condizioni di malattia, di ottenere, a seguito delle verifiche mediche effettuate dal Sistema sanitario nazionale, l'aiuto alla morte volontaria, non è rispettata. Margherita e Sibilla sono solo gli ultimi casi. Federico Carboni è stato il primo a chiedere, nel 2020, la verifica delle sue condizioni ed è stato anche il primo a scontrarsi con un sistema pale-



LA STAMPA

semente impreparato, disattento, a tratti violento. «L'Asur Marche disse a Federico che la sentenza costituzionale Cappato/Antoniani aveva solo depenalizzato un fatto di reato ma senza una legge il suicidio assistito non era praticabile in Italia. Falso» spiega Filomena Gallo, segretaria nazionale della Luca Coscioni, nonché legale di Margherita, Sibilla, Federico e tutti i malati che si sono rivolti a loro. «Le sentenze della Corte Costituzionale hanno valore di legge e vanno rispettate. Punto. Invece Federico ha dovuto lottare quasi due anni tra diffide, ricorsi, esposti». Dopo Federico stessa sorte è toccata a Fabio Ridolfi. «Nonostante fosse in possesso di tutti i requisiti e nonostante le verifiche del Servizio sanitario nazionale avessero avuto esito positivo - è sempre Filomena Gallo - a causa di ostruzionismi burocratici, è morto come non avrebbe voluto, cioè tra spasmi dinanzi alla sua famiglia come racconta il fratello, per l'ennesimo ritardo della sua Asl».

E poi c'è Gloria in Veneto, Anna in Friuli Venezia Giulia, Laura Santi in Umbria. In Friuli Venezia Giulia e in Umbria, in particolare, «è stato necessario ricorrere ai Tribunali anche solo per ricevere le verifiche delle proprie condizioni». Cioè le Asl si rifiutano in alcuni casi anche solo di valutare le domande che ricevono. Nel Lazio, infine, nessuno è stato ad oggi mai autorizzato ad accedere al suicidio assistito. Solo il Veneto è un caso a parte: la prima regione in Italia ad aver dato applicazione completa alla sentenza costituzionale senza la necessità di un ordine del Tribunale e senza discriminazioni tra tipologie di malati, quindi accogliendo anche le richieste di pazienti oncologici. Nonostante Sibilla Barbieri abbia rivolto - prima di morire - un appello pubblico a Parlamento e Governo affinché le discriminazioni in atto fossero rimosse, ad oggi né Giorgia Meloni né Elly Schlein hanno raccolto il testimone e detto chiaramente co-

sa pensano in merito.

Solo Francesco Rocca, presidente della Regione Lazio, è stato costretto a riferire in Consiglio regionale sul caso di Sibilla Barbieri. Rocca ha difeso la commissione aziendale della Asl Roma 1 che ha negato a Barbieri il permesso al suicidio assistito anche quando le sue condizioni stavano peggiorando motivando i vari perché in una relazione. «La relazione presentata è controversa, manipolatoria e fuorviante - commenta Francesca Re, avvocatessa che insieme a Filomena Gallo difende i familiari di Sibilla che hanno denunciato per questo diniego la Asl Roma 1 -. Rocca dice che Sibilla Barbieri avrebbe interrotto i trattamenti nel 2023 senza però specificare che questa interruzione non nasce da un capriccio di Sibilla. È stata decisa di comune accordo con i suoi medici curanti per assenza di prospettive di guarigione. Rocca riferisce anche che la terapia antalgica non è un trattamento di sostegno vitale. Non spiega perché la Asl non abbia valutato la progressione veloce della malattia e perché non si è precipitata a verificare il peggioramento delle condizioni di salute di Sibilla. Perché non ha tenuto in considerazione che il Comitato etico aveva invece dato parere favorevole al suicidio assistito di Sibilla Barbieri».

Vedremo come finirà. Ad oggi l'unica certezza è l'indifferenza della politica, per paura certamente di dover prendere una posizione pubblica su un tema scottante su cui i partiti non hanno mai, nemmeno a sinistra, dimostrato di essere indipendenti e laici. —

“

Paolo Botto
fratello di Margherita

Se fosse stato possibile mia sorella si sarebbe congedata dalla vita a casa sua. L'ho portata dove l'hanno rispettata

GLI APPELLI SENZA RISPOSTA



DJ Falco
Nel 2017 Fabrizio Antoniani ricorre al suicidio assistito in Svizzera. Nel 2019 la sentenza della Corte: "Non è sempre possibile chi vieta al suicidio"



Fabio Ridolfi
Il 46enne marchigiano, colpito da tetraparesi, muore a giugno 2022: sceglie la sedazione profonda perché non arrivano risposte definitive dall'Asl



Sibilla Barbieri
La produttrice romana, malata terminale, si è vista negare dall'Asl l'aiuto medico alla morte volontaria. Il 6 novembre è andata in Svizzera



Margherita Botto
La docente e traduttrice (di Carrière, tra gli altri), affetta da un tumore inoperabile, ha fatto ricorso al suicidio assistito a Zurigo il 28 novembre





Cancro, terapie top solo in 30 ospedali

«Ora una rete tra periferie ed eccellenze»

VITO SALINARO

Dei 1.000 ospedali italiani, pubblici e privati, solo 30 (8 dei quali in Lombardia), erogano la terapia con radioligandi, l'ultima novità della medicina nucleare contro il cancro: si tratta di radiofarmaci che rilasciano radiazioni direttamente nelle cellule neoplastiche ovunque siano presenti, agendo quindi in modo altamente specifico e con estrema precisione.

E soltanto 35 ospedali del nostro Paese mettono a disposizione dei pazienti affetti da alcuni tumori del sangue, la terapia con Car-T, una innovativa procedura, in continuo perfezionamento, che "reingegnerizza" una parte delle cellule del sangue prelevate ai pazienti, istruendo i linfociti T ad attaccare e a distruggere quelle maligne.

E se un paziente necessita di sedute di protonterapia, che tratta sia i tumori sviluppati in organi critici o in sedi difficili da raggiungere, sia un crescente numero di neoplasie orfane di cura e che non rispondono alla radioterapia convenzionale, dovrà mettersi in fila per essere accettato nei tre centri italiani che la erogano: l'Ieo a Milano, il Centro nazionale di Adroterapia oncologica di Pavia e il Centro di protonterapia di Trento. Nel laboratorio dell'Infn (Istituto nazionale di fisica nucleare) di Catania, si curano invece i melanomi ocula-

ri. Questi trattamenti sono il presente e il futuro della lotta al cancro, e sono destinati a gruppi di pazienti in rapida crescita. Richiedendo una specializzazione elevata, team multidisciplinari, oltre a tecnologie e laboratori d'avanguardia e molto costosi (i centri di protonterapia nel mondo sono un centinaio), non si può certo pensare di trovarli in ciascuna delle 1.000 case di cura sparse per il Paese. D'altra parte, non è neanche concepibile che il paziente oncologico gestito in nosocomi "periferici" e che non riesce a raggiungere i reparti di eccellenza degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dei più prestigiosi ospedali universitari del Paese, siano destinati a campare di meno e peggio degli altri. Dunque, si pone un problema di accessibilità a queste terapie. A sentire l'Aiom (Associazione italiana oncologia medica), serve prima di tutto investire in équipe di specialisti adeguatamente formati, geograficamente ben distribuiti, che garantiscano ai pazienti il corret-

ANCHE LE SINDROMI

to e più aggiornato percorso di cura, che potrà poi svolgersi nei centri altamente specializzati. Le nuove terapie, come quella con radioligandi, afferma Maria Luisa De Rimini, presidente dell'Associazione italiana di medicina nucleare, «nei loro molteplici aspetti di gestione», necessitano però anche «di un indispensabile adeguamento infrastrutturale, essenziale perché possa esserne garantita l'erogazione e perché queste strategie terapeutiche diventino opportunità di cura accessibile in modo uniforme sul territorio». Ottimizzarne l'impiego, «assicurerebbe equità di ac-

cesso in tutte le regioni». Impossibile avere tutto in ogni ospedale. Ma, aggiunge De Rimini, si può e si deve almeno «superare la disomogeneità di distribuzione geografica aumentando il numero di strutture» in grado di offrire le nuove terapie. Perché l'obiettivo è «eliminare il fenomeno della migrazione sanitaria che spesso costringe pazienti e loro familiari a disagi da lunghi viaggi». Fondamentali, così come raccomanda il Piano oncologico nazionale, sono i gruppi multidisciplinari. Per molti tumori, oltre ad oncologi ed ematologi, serve una condivisione del piano terapeutico che comprenda anche figure molto diverse: dal medico nucleare all'endocrinologo, dal patologo allo specialista di fisica medica, al radiologo.

Se è vero che per un cambio di passo bisogna investire in tecnologie e formazione, è altrettanto vero che i soldi impiegati sarebbero non solo ben spesi ma anche destinati a tornare indietro con gli interessi. Perché il ricorso sempre più frequente alla personalizzazione delle cure è garanzia di maggiore efficacia e, di conseguenza, come rileva l'Aiom, di una consistente riduzione dei costi di ospedalizzazione. Per la terapia con radioligandi, per esempio, servono uno, massimo due giorni in reparto ogni sei-otto





settimane, per un totale di 4 cicli. A tutto vantaggio del nostro traballante bilancio sanitario. «Anche le più recenti linee guida Aiom-ItaNet - sottolinea il presidente eletto Aiom, Massimo Di Maio, docente di Oncologia all'Università di Torino, e direttore dell'Oncologia medica all'Ospedale Mauriziano del capoluogo piemontese - sanciscono l'importanza della condivisione delle scelte terapeutiche e la necessità di inserire il paziente in un percorso integrato e dedicato, gestito». Per restare alla terapia con radioligandi, confinata al momento in

pochi istituti, «è importante che i team multidisciplinari dei centri periferici siano messi in condizione di lavorare quanto più possibile a stretto contatto con l'expertise centrale delle strutture in grado di prendere in carico i pazienti».

Non proprio una formalità, stando a quanto denuncia il Cipomo (Collegio dei primari oncologi medici ospedalieri) per il quale le strutture di oncologia medica italiane, «soffrono negli aspetti organizzativi interni e nella gestione del percorso del paziente dall'ospedale al territorio». Non solo: meno della

metà di queste unità (circa il 40%), ha una connessione strutturata con i dipartimenti di prevenzione primaria e secondaria e con centri screening; una cartella informatizzata manca nel 66% delle strutture, ed è condivisa con il territorio solo nell'8% dei casi. Come dire: in tanti ospedali le terapie top possono attendere

SALUTE

La preoccupazione degli oncologi: serve investire nei team multidisciplinari e accorciare le distanze tra i centri ad alta specializzazione e le strutture del territorio, sulle quali, però, pesano grandi problemi organizzativi



L'Aiom: con le cure personalizzate migliorano qualità ed efficacia, inoltre si garantiscono importanti risparmi per il sistema sanitario, grazie alla riduzione dei tempi di ospedalizzazione



Il summit

«Non esistono prove sui combustibili fossili» L'audio negazionista del presidente di Cop28

Chieste le dimissioni, scontro in plenaria con Al Gore

di Sara Gandolfi

Non c'è pace per il sultano-presidente di Cop28, già ribattezzato nei corridoi dell'Expo di Dubai «mister oilman», il signor Petrolio. Il Centre for Climate Reporting ha diffuso l'audio di un evento online del 21 novembre, in cui l'emiratino Al Jaber sostiene — evidentemente senza aver mai letto i rapporti dell'Ipcc, il forum scientifico dell'Onu sul clima — che «non esiste alcuna scienza, né alcuno scenario, che affermi che l'eliminazione graduale dei combustibili fossili sia ciò che ci porterà (a limitare il riscaldamento globale) a 1,5°». Come se non bastasse, un Al Jaber sempre più irritato ha sfidato con tono aggressivo Mary Robinson, ex inviata speciale delle Nazioni Unite per il clima: «Mi mostri lei la "roadmap" per un'eliminazione graduale dei combustibili fossili che consenta uno sviluppo socioeconomico sostenibile, a meno che lei non

voglia riportare il mondo nelle caverne».

Parole comprensibili in bocca all'amministratore delegato della compagnia petrolifera statale degli Emirati Arabi, Adnoc, ma poco accettabili se lo stesso sultano ha il compito di guidare, in una Dubai avvolta dallo smog, gli sforzi diplomatici per tagliare le emissioni climalteranti a livello globale. «Affermazioni gravissime e assolutamente preoccupanti, sull'orlo del negazionismo climatico», ha commentato aspro il segretario generale dell'Onu, Antonio Guterres, con cui ormai è scontro aperto.

Poche ore dopo è arrivato il *j'accuse* alla petro-monarchia dell'ex vicepresidente americano Al Gore, che nella sala plenaria della Cop ha rivelato, con l'aiuto di una mappa satellitare, che le emissioni di gas serra degli Emirati Arabi Uniti sono aumentate nel 2022 del 7,5% rispetto all'anno precedente. Un'abnormità, tenuto conto che a livello globale sono cresciute «solo» dell'1,5%. «Hanno abusato della fiducia di tutti nominando presidente della Conferenza sul clima il Ceo di una delle più grandi e

meno responsabili compagnie petrolifere del mondo», ha detto ai giornalisti l'ex premio Nobel per la pace. Poi, ha esortato i delegati a non accettare che nel testo finale di Cop28 si faccia riferimento alla cattura del carbonio, come vorrebbero i Paesi produttori: «È una tecnologia ancora in fase di ricerca».

Già sulla difensiva per le indiscrezioni della Bbc sul suo tentativo di stringere accordi commerciali, durante la Conferenza, per le aziende che amministra, Al Jaber in questi primi giorni ha dato prova di grande attivismo e gli Emirati hanno aperto i cordoni della borsa, promettendo generosi contributi alla finanza climatica. La credibilità della presidenza è però ormai compromessa e si fanno pressanti le richieste di dimissioni.

Partiti tutti i capi di Stato e di governo, dopo il vertice di alto livello, ieri la giornata alla Cop era dedicata alla salute: 124 Paesi, tra cui questa volta anche la Cina, hanno firmato una Dichiarazione d'intenti per ridurre le emissioni nel settore sanitario e aumentare i finanziamenti per la «salute climati-

