



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

26 Giugno 2024

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

Il 28 giugno a Palazzo dei Normanni

Donazioni di organi, si presentano a Palermo gli obiettivi sul Procurement

Per l'ottimizzazione dei processi nelle Aziende del S.S.R. Promotori dell'iniziativa sono l'Assessorato della Salute e il CRT Sicilia.

25 Giugno 2024 - di [Redazione](#)



PALERMO. **Venerdì 28 giugno** alle 10.30, presso la Sala Mattarella di Palazzo dei Normanni a Palermo, si terrà un incontro su **Procurement Donazione** e Trapianto di Organi. Riflessioni ed obiettivi per l'ottimizzazione dei processi nelle Aziende del S.S.R. Promotori dell'iniziativa sono l'Assessorato regionale della Salute e il Centro regionale Trapianti Sicilia.

Porteranno i saluti istituzionali il Presidente della Regione Siciliana, **Renato Schifani**, il Presidente dell'Assemblea Regionale Siciliana, **Gaetano Galvagno**, l'assessore alla Salute della Regione Siciliana, **Giovanna Volo**, il Coordinatore del Centro Regionale Trapianti Sicilia, **Giorgio Battaglia**.

Interverranno il Dirigente generale della Pianificazione Strategica, **Salvatore Iacolino**, il dirigente generale del DASOE, **Salvatore Requirez**, il Direttore del Centro Nazionale Trapianti, **Giuseppe Feltrin**, il Responsabile del Coordinamento Operativo del CRT Sicilia, **Antonio Scafidi**. Modera il Direttore U.O.C. del CRT Operativo, **Vincenzo Mazzaresse**.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

BlogSicilia.it

Donazione organi in Sicilia, gli obiettivi delle Aziende sanitarie regionali

di Redazione | 26/06/2024

Si terrà dopodomani, venerdì 28 giugno alle 10.30, nella Sala Mattarella di Palazzo dei Normanni a Palermo, si terrà l'incontro su [donazione](#) e trapianto di [organi](#). Riflessioni e obiettivi per l'ottimizzazione dei processi nelle aziende del Servizio sanitario regionale. L'evento è promosso dall'assessorato della Salute e dal Centro regionale trapianti.

Il convegno

Porteranno i saluti istituzionali il presidente della Regione Siciliana Renato Schifani, l'assessore regionale alla Salute Giovanna Volo, il coordinatore del Centro regionale trapianti Giorgio Battaglia e il presidente dell'Assemblea regionale siciliana Gaetano Galvagno. Come relatori interverranno il direttore del dipartimento Pianificazione strategica Salvatore Iacolino, il direttore del Dasoe Salvatore Requirez, il direttore del Centro nazionale trapianti Giuseppe Feltrin, il responsabile del Coordinamento operativo del Crt Sicilia Antonio Scafidi. Modererà l'incontro il direttore del Crt Operativo Vincenzo Mazzaresse.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Donazione Organi, il 28 giugno incontro con le aziende del SSR

di Elisa Petrillo

Venerdì 28 giugno, alle ore 10.30, presso la Sala Mattarella di Palazzo dei Normanni a Palermo, si terrà un importante incontro su “Procurement Donazione e Trapianto di Organi: Riflessioni ed Obiettivi per l'Ottimizzazione dei Processi nelle Aziende del S.S.R.” L'evento è promosso dall'Assessorato regionale della Salute e dal Centro regionale Trapianti Sicilia, con l'obiettivo di migliorare e ottimizzare i processi legati alla donazione e al trapianto di organi nelle aziende sanitarie regionali. L'incontro sarà aperto dai saluti istituzionali del Presidente della Regione Siciliana, Renato Schifani, del Presidente dell'Assemblea Regionale Siciliana, On. Gaetano Galvagno, dell'Assessore alla Salute della Regione Siciliana, Giovanna Volo, e del Coordinatore del Centro Regionale Trapianti Sicilia, Giorgio Battaglia. Tra gli interventi programmati, il Direttore della Pianificazione Strategica, Salvatore Iacolino, e il Direttore del DASOE, Salvatore Requerez, offriranno un quadro strategico e operativo delle attuali politiche sanitarie regionali. Giuseppe Feltrin, Direttore del Centro Nazionale Trapianti, fornirà una panoramica nazionale, mentre Antonio Scafidi, Responsabile del Coordinamento Operativo del CRT Sicilia, discuterà delle specificità operative regionali. La moderazione dell'evento sarà affidata a Vincenzo Mazzaresse, Direttore dell'U.O.C. del CRT Operativo, che guiderà le discussioni e favorirà il confronto tra i partecipanti. L'incontro rappresenta un momento cruciale per il Sistema Sanitario Regionale siciliano, evidenziando l'impegno delle istituzioni nella promozione e nel miglioramento delle pratiche di donazione e trapianto di organi. Il dialogo e la collaborazione tra i vari attori coinvolti sono fondamentali per affrontare le sfide e raggiungere gli obiettivi di efficienza e qualità nei processi sanitari.

Domande

& risposte

Fascicolo elettronico: come opporsi all'uso dei dati prima del 2020

Il dissenso limita i rischi per la privacy

Irrilevanti i vecchi dati ai fini delle cure

L'attenzione sul Fascicolo sanitario elettronico (Fse) di questi ultimi giorni si deve alla ricezione, da parte di alcuni, di una notifica dall'app IO che riguarda l'esercizio del diritto di opposizione all'inserimento del pregresso entro il 30 giugno 2024. Online e sui social circolano diversi commenti sui rischi di violazione della privacy che fanno emergere la confusione che orbita intorno a questo tema. Proviamo a rispondere ai molti quesiti che circolano online, anche con l'aiuto di Christian Bernieri, Data protection officer.

1 Che cos'è il Fascicolo sanitario elettronico?

Per Fse si intende lo strumento digitale che raccoglie la storia clinica e sanitaria di ogni cittadino, che viene condivisa con gli operatori del settore per ricevere un'assistenza migliore. Esiste dal 2012, ma sta ora evolvendo in una versione 2.0 grazie ai fondi del Pnrr. È definito dal garante della Privacy come «l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario» che sono stati

generati da eventi clinici. Ad esempio, contiene esenzioni per reddito e patologia, verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, profilo sanitario sintetico, prescrizioni specialistiche, cartelle cliniche, vaccinazioni, dati delle tessere per i portatori di impianto, lettere di invito per screening.

Ad alimentare il Fse sono le aziende sanitarie locali, le strutture sanitarie pubbliche del Ssn e le strutture sanitarie accreditate con il Ssn.

2 Quali sono i limiti del Fse?

Ci sono delle differenze regionali, perché il livello di integrazione dei dati non è omogeneo in tutte le Regioni. In alcune virtuose, come la Lombardia, è molto curato e accessibile, in altre invece al momento è quasi inutile a causa del gap tecnologico.

3 Che cosa si intende per «pregresso»?

Si fa riferimento ai dati sanitari generati prima del 19 maggio 2020. Detto ciò, si tratta di dati che risalgono a non prima del 2012, data di introduzione del Fse. Infatti, i dati sanitari ancora cartacei non saranno digitalizzati.

4 In che cosa consiste il diritto di opposizione al pregresso?

Nell'opinione pubblica è passato il messaggio che ci si possa opporre all'intero Fse, ma non è così. Il Fse è già realtà, l'opposizione riguarda soltanto i dati ante 2020 che se confluiscano nel fascicolo possono essere usati per finalità non sanitarie, cosa che invece avviene per legge con i dati post 2020.

5 Come si esercita l'opposizione? Serve lo Spid?

Come spiega lo stesso ministero della Salute, ci si può opporre con lo Spid, la carta d'identità elettronica (Cie) o la carta nazionale dei servizi. In mancanza di strumenti di identità digitale, è sufficiente accedere all'area libera del Sistema Tessera Sanitaria, con la tessera sanitaria appunto, o con il codice Stp (straniero temporaneamente presente). Ancora, chi non possiede strumenti di identità digitale può rivolgersi gratuitamente alla propria Asl per esprimere



il proprio dissenso.

6 Il procedimento digitale è intuitivo?

Non molto, soprattutto per persone anziane o che abbiano difficoltà di utilizzo degli strumenti digitali e di accesso alla rete. Prima di riuscire ad accedere alla procedura bisogna superare almeno otto passaggi, in cui si verifica un rimbalzo tra siti. Una volta incanalati sulla strada giusta, sono sufficienti tre passaggi per esprimere la propria opposizione. Eppure, a ogni step campeggia un allarme che ci chiede se siamo davvero sicuri di rinuncia-

re all'acquisizione del pregresso, un meccanismo che rischia di far leva sull'indecisione.

7 Ci sono dei motivi giustificati per opporsi?

Si tratta di una scelta molto personale. È bene ricordare che opporsi all'acquisizione del pregresso non significa che l'utente non possa accedere ai propri dati sanitari digitalizzati, compresi quelli antecedenti al 2020.

8 Ci sono rischi per la privacy degli utenti?

Sì, e non sono pochi. Avere un database unico che raccoglie dati quasi irrilevanti ai fini di cura perché ormai vec-

chi, ma che possono finire nelle mani di persone sbagliate, è un dettaglio da non trascurare. Ci si espone ad hackeraggi, fuga di dati e abusi informatici.

Chiara Barison

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PASSA LA LEGGE

Potrà farsi curare anche chi non ha una casa

ANDREA CAPOCCI

■ ■ La Camera ha approvato ieri all'unanimità la legge che allarga l'accesso ai servizi sanitari anche a chi è privo della residenza. La legge a prima firma di Marco Furfaro (Pd) colma così una delle lacune più gravi della nostra sanità. Sebbene la Costituzione tuteli la salute «come fondamentale diritto dell'individuo», di fatto l'iscrizione al servizio sanitario nazionale è subordinata alla residenza anagrafica. Senza, è impossibile rivolgersi a un medico di base e o prenotare una visita medica. Questi diritti minimi verranno d'ora in poi garantiti anche a chi è privo di certificato di residenza. «La legge non solo restituisce il pieno diritto alle cure a decine di migliaia di persone – festeggia il deputato dem – ma finalmente sapranno che lo Stato non le ha abbandonate. E che uscire da una condizione di fragilità è

possibile». Per l'entrata in vigore sarà necessario il passaggio in Senato. L'unanimità è una sorpresa fino a un certo punto. Delle sei regioni che già oggi prevedono l'iscrizione alla Asl di chi non ha dimora, due (Emilia-Romagna e Puglia) sono governate dal centrosinistra e ben quattro (Abruzzo, Marche, Liguria e Piemonte) dalla destra. Fuori dagli slogan, pure la destra asociale sa che l'accesso alla salute è interesse collettivo. L'inedita convergenza ha richiesto però qualche compromesso.

Nel testo originale il disegno di legge allargava direttamente alle nuove precarietà il perimetro della legge 833 del 1978 che istituiva il Servizio sanitario nazionale. Invece la versione approvata introduce il nuovo diritto con una formula più moderata: un «programma sperimentale» finanziato con un milione di euro all'anno fino al 2026 e mirato a «assicurare progressivamente» il di-

ritto all'assistenza sanitaria alle persone senza dimora. Il fondo sarà destinato solo alle quattordici città metropolitane, le principali aree urbane che comprendono il 16% dei comuni e il 36% della popolazione. Se l'accordo reggerà al Senato, il diritto alle cure primarie raggiungerà dunque il 60% della platea potenzialmente interessata, che secondo le stime arriva a 50-60 mila persone prive persino di una residenza fittizia. L'indagine «L'anello debole» del 2022 stilata dalla Caritas su circa 24 mila persone senza dimora descrive una popolazione al 73% maschile e per due terzi straniera, che si concentra nelle grandi città o in aree come il foggiano e il pontino raccontate anche dalle cronache di questi giorni. Non si tratta solo di homeless: l'iscrizione all'anagrafe dei residenti è preclusa anche a chi vive in condizioni di precarietà abitativa oggi piuttosto diffuse. L'odioso decreto Ren-

zi-Lupi del 2014 ha infatti negato la residenza agli occupanti organizzati nei movimenti per il diritto all'abitare ma anche a migliaia di inquilini costretti all'affitto in nero a prescindere dall'età, senza risparmiare bambini e anziani. La legge Furfaro consentirà di aggirarlo almeno per quanto riguarda la sanità.





L'INTERVISTA

«Un fenomeno di mercato, attenti alle donne under 35 e all'abuso di farmaci»

LUCA BONZANNI

«**M**ass market», un mercato di massa. Riccardo Gatti, psichiatra e psicoterapeuta tra i massimi esperti di droghe, coordinatore del Tavolo tecnico sulle dipendenze di Regione Lombardia, ripete più volte la definizione. Perché è questo, oggi, lo scenario della droga in Italia: la domanda che si espande sempre di più e l'offerta che si rimodula secondo le esigenze dei consumatori, tutto scandito da dinamiche microeconomiche. «Da anni misuriamo un costante aumento del problema tra i giovani: alcuni lo trattano come un'emergenza, ma serve forse una riflessione più ampia», premette Gatti.

Quali sono i fattori che spingono i giovani in questo mercato?

Il problema esiste perché le sostanze che vengono diffuse sono sempre di più e sempre più potenti. Rispondono effettivamente a una logica di *mass market*, in cui si amplia la varietà del prodotto, così che il prodotto successivo debba essere sempre più forte di quello che lo ha preceduto. Questa è la mia preoccupazione: la droga non è più solo un problema di devianza, ma un fenomeno di mercato.

Chi sono i nuovi "clienti" di questo mercato?

C'è un indicatore molto significativo nella nuova Relazione annuale: nei servizi per le dipendenze, tra gli utenti *under 35* il numero delle donne si approssima a quello degli uomini. È un fatto relativamente nuovo e che va approfondito. Così come c'è un altro tema, l'abuso di farmaci.

Perché preoccupa?

Tendiamo spesso a distinguere ciò che è lecito da ciò che è illecito perché c'è un confine di legalità, ma in questo *mass*

market della droga tutto è più labile: le persone consumano sia sostanze illegali sia sostanze legali che danno effetti pericolosi. Forse c'è un problema di fondo: dobbiamo capire che il mondo è cambiato rispetto a quando abbiamo costruito le nostre strategie per il contrasto alle droghe e alle dipendenze.

È cambiata la comunicazione, siamo nell'epoca della rete e dei social. Incide anche questo?

Cinquant'anni fa i mezzi di informazione erano i giornali, la radio e la tv, e i giovani erano "accompagnati" dagli adulti nel loro utilizzo. Oggi è tutto di-

verso: si è da soli in una bolla comunicativa gestita da algoritmi che portano a costruire opinioni sulle cose che si cercano. All'interno di questo percorso, è molto facile costruirsi un modo di pensare favorevole al *mass market* della droga. I consumatori a rischio sono quelli che fanno guadagnare di più questi mercati, e gli attori di quel mercato vanno a intercettare quei consumatori.

La cronaca restituisce anche storie tragiche che intrecciano droga e violenza, giovani e criminalità.

Attorno all'uso di sostanze c'è un contesto di fatti teoricamente inspiegabili che però sono spiegabilissimi se si tiene conto del problema. Il *mass market* "insegna" che si possono usare le sostanze responsabilmente, riuscendo a tenere sotto controllo la situazione. Ma è ovviamente sbagliato: quella sensazione di falsa sicurezza è determinata proprio dall'assunzione delle sostanze. Oggi in Italia si sta diffondendo molto il crack: quando accadde negli Usa a cavallo tra

anni Ottanta e Novanta, i telegiornali americani raccontavano ogni giorno episodi efferati. Questo è un monito.

A proposito di nuove sostanze, il fentanyl farà davvero breccia sul "mass

market" italiano della droga?

Al momento la situazione pare nebulosa, con poche evidenze, ma non starei molto tranquillo: quando una sostanza circola, prima o poi arriva. Il fentanyl pone l'accento su un tema ulteriore: fa capire come gli attori di questo mercato abbiano interesse a mettere in commercio sostanze già pronte e mixate con altre sostanze, per esempio in preparati con eroina, cocaina o metamfetamina. Nel mercato sembra diffondersi sempre più questo mix.

Ma cosa si può fare, per arginare il problema della droga?

Partiamo da un presupposto: i servizi per le dipendenze sono di elevatissima qualità. Il problema è che occorrerebbe intervenire prima, quando ancora non si è nella situazione di dipendenza. Siamo molto bravi a intervenire quando il problema è manifesto e pesante, ma meno bravi nell'intervenire prima. O riusciremo a fare un salto sulla base dell'esperienza acquisita o continueremo a vedere intercettare persone solo con situazioni già croniche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo psichiatra Gatti: i servizi per le dipendenze funzionano quando il problema è manifesto, meno quando occorre prevenire



Riccardo Gatti



Dopo un infarto tenere le pillole sempre in tasca

Antonio G. Rebuzzi

Sebbene in declino negli ultimi anni, la mortalità per malattie cardiovascolari è comunque la più diffusa nei paesi occidentali. E tra le varie patologie che interessano il cuore quella che impatta maggiormente sulla popolazione è l'infarto.

Questa patologia, infatti, nonostante le nuove terapie, continua ad avere un tasso di mortalità elevato, in particolare nel periodo immediatamente successivo all'evento.

Mentre sono numerosi gli studi sulla mortalità nel periodo acuto post-infartuale, scarseggiano le ricerche su ciò che avviene successivamente. È, invece, importante sapere se dopo i primi giorni dall'evento, il rischio rimane comunque elevato e per quanto tempo.

Questo interrogativo se lo sono posti Pernille Gro Thane ed i suoi collaboratori del Department of Cardiology dell'University Hospital di Aarhus (Danimarca) in uno studio pubblicato sull'ultimo numero della rivista *Journal of American College of Cardiology*. Avvalendosi dei dati del Western Denmark Heart Registry, gli autori

hanno analizzato oltre 18.000 pazienti con primo infarto miocardico e curati con angioplastica come da linee guida.

IL CONTROLLO

Come gruppo di controllo sono stati inoltre studiati oltre 94.000 soggetti di pari età della popolazione danese, senza particolari problemi cardiovascolari. Si è calcolata la mortalità post-infartuale nella fase precoce (da 0 a 30 giorni), nella fase intermedia (da 31 a 90 giorni), ed in quella tardiva (da 91 giorni a 10 anni dopo l'infarto). Paragonati ai soggetti della popolazione normale, i soggetti infartuati hanno avuto un eccesso di mortalità di quasi il 6% nei primi 30 giorni post-infarto, e successivamente dello

0,6% nella fase intermedia e del 2,1% nella fase tardiva.

Analizzando i vari sottogruppi di pazienti, le donne avevano, a 10 anni, una maggiore mortalità rispetto agli uomini, così come anche i giovani rispetto agli anziani, nonché i diabetici, quelli con insufficienza cardiaca, i fumatori e gli ipertesi. L'utilizzo della terapia con statine, antiaggreganti e beta bloccanti era, ovviamente, superiore negli infartuati rispetto al gruppo di controllo che aveva le stesse co-morbidità. Tale fenomeno era particolar-

mente evidente nel primo anno post infarto, riducendosi poi nei dieci anni successivi. Ed è proprio una minore atten-

zione alla terapia ed ai fattori di rischio negli anni successivi all'infarto che possono giustificare, in questo gruppo di pazienti, un persistente aumento di mortalità anche a distanza di dieci anni dall'evento acuto.

Uno studio dell'Università di Aarhus, in Danimarca, rivela quanto è importante per il paziente imparare a seguire la cura corretta fin dai primi giorni dopo l'attacco



I NUMERI 180-200

In migliaia le persone che ogni anno in Italia sono colpite da infarto. Le malattie cardiovascolari sono in aumento

125

In migliaia le donne, generalmente over 50, che ogni anno sono colpite da infarto, ictus o altre malattie cardiovascolari

55-60

Anni è l'età media a rischio infarto, tra i fattori predisponenti risulta essere in crescita quello legato all'obesità

LE ABITUDINI

Questo stressa ancora di più l'importanza della prevenzione, e non solo di quella primaria (quella cioè che si deve fare nei pazienti con fattori di rischio per non avere l'infarto) ma anche, se non maggiore, della prevenzione secondaria (quella cioè che si deve fare nei pazienti che hanno avuto un evento acuto per evitare che la patologia acuta si ripresenti), mai dimenticare la cura.

Purtroppo a distanza di anni si tende a dimenticare di aver avuto un infarto, e con questo a ridurre o addirittura a sospendere le buone abitudini ed anche la terapia.

*Professore di Cardiologia
Università Cattolica, Roma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**UNA POSSIBILE RECIDIVA
DEL DANNO PUÒ
ESSERE EVITATA
RICORDANDO CHE SI DEVE
SEMPRE CONTINUARE
A FARE PREVENZIONE**



La solitudine aumenta il rischio di un ictus

L'ANALISI

La solitudine cronica, avvertita per diversi anni di seguito, può aumentare significativamente il rischio di ictus negli adulti e negli anziani: lo rivela uno studio condotto dagli epidemiologi della Harvard T.H. Chan School of Public Health e pubblicato su *Clinical Medicine*.

«La solitudine è sempre più considerata un importante

problema di salute pubblica - ricorda l'autrice principale Yenee Soh - Il nostro studio suggerisce che questa condizione possa svolgere un ruolo importante nell'incidenza dell'ictus, una delle principali cause di disabilità a lungo termine e mortalità a livello mondiale».

Secondo i ricercatori, la solitudine potrebbe aumentare il rischio di ictus sia perché si associa ad una minore aderenza alle terapie eventualmente in corso e a cattivi stili di vita (il fumo, l'alcol e scarsa qualità del sonno), sia perché potrebbe influenzare condizioni

organiche come l'infiammazione cronica o la pressione alta, che causano danni a più livelli: vascolare, metabolico e immunitario.

È RIPRODUZIONE RISERVATA



(foto freepik)

