



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

28 Novembre 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

GIORNALE DI SICILIA

Trapianti, ospedale di Partinico: donati fegato, cuore, polmoni e reni da un paziente in morte cerebrale

di Redazione



È stata una notte di intenso lavoro all'ospedale di Partinico con due diverse equipe chirurgiche che si sono alternate sul tavolo operatorio nel prelievo di organi da un paziente in morte cerebrale. L'autorizzazione era stata concessa dai familiari. Dopo il periodo di osservazione obbligatorio per legge e la verifica della morte cerebrale, da parte del collegio medico costituito dal dirigente medico di direzione sanitaria del presidio, Francesca La Sala, dal neurologo Giacomo Fisco e dall'anestesista rianimatore, Petra Slavikova, è stato eseguito il prelievo di fegato, cuore, polmoni e reni. In sala operatoria si sono alternate due equipe chirurgiche, rispettivamente, del Policlinico di Bari e dell'Ismett di Palermo, coadiuvate dagli anestesisti dell'ospedale di Partinico, Mariano Milana e Luca D'Agostino e dagli infermieri Francesco Regina e Francesco Lombardo. Tutte le attività, seguite dal direttore generale dell'Asp di Palermo, Daniela Faraoni, dal direttore sanitario, Antonino Levita, dal direttore di Anestesia e rianimazione dell'ospedale di Partinico, Sandro Tomasello, con la collaborazione del referente aziendale per la donazione di organi, Calogero Bellia, si sono svolte in sinergia e con la costante collaborazione del Crt, Centro Regionale Trapianti.

Sanità, mossa di Schillaci sui medici più aumenti e meno defiscalizzazione

GLI EMENDAMENTI

ROMA Orazio Schillaci prova a riaprire il dossier sugli aumenti salariali dei medici. Nella manovra in discussione alla Camera il governo ha stanziato 1,3 miliardi di fondi aggiuntivi per la sanità, che però secondo i sindacati non sono sufficienti. Per superare l'impasse, il ministro della Salute ieri ha annunciato ai rappresentanti della categoria uno scambio: «più aumenti cash in busta paga» al posto delle annunciate misure di defiscalizzazione, inserite per esempio in molte proposte di emendamenti alla legge di bilancio. Al momento sulla proposta ha aperto soltanto la Cisl, contraria l'Anaa.

Proprio il capitolo sanità è uno dei nodi che si porta dietro la maggioranza, mentre sta per entrare nel vivo la votazione sugli emendamenti "segnalati" alla manovra. Dopo il vertice domenicale a casa della premier - e al quale ha partecipato anche il ministro dell'Economia, Giancarlo Giorgetti - Giorgia Meloni, Matteo Salvini e Antonio Tajani avevano concordato di focalizzare «la praticabilità di alcune proposte di modifiche» sul versante delle forze dell'ordine, delle politiche sociali e dei settori produttivi. Un accordo che ieri si è molto indebolito dopo il no di Forza Italia alla richiesta della Lega di abbassare a 70 euro il canone Rai.

Sul tavolo restano sempre le spinte di Fratelli d'Italia e Forza Italia per tagliare di uno o due punti l'aliquota mediana dell'Irpef oggi al 35 per cento, quella che si applica per chi dichiara tra i 28mila e i 50mila euro. Un'operazione da 2,5 miliardi.

Al riguardo Maurizio Leo, vicesegretario all'Economia e uno dei padri di questa misura, ha fatto sapere: «Se si trovano le risorse,

e se la maggioranza è d'accordo, mi sembra una cosa buona da fare. Aiutare il ceto medio è una cosa importante. Bisogna vedere il concordato, visto che abbiamo riaperto i termini fino al 12 dicembre, se arriveranno risorse aggiuntive possiamo lavorare per questo obiettivo». Al riguar-

do e al 31 ottobre - cioè la data in cui doveva chiudersi il concordato preventivo biennale - hanno aderito 522mila contribuenti per un incasso di 1,3 miliardi euro.

LE PRESSIONI

Sempre nel novembre delle modifiche alla legge di bilancio c'è la necessità di raddoppiare il fondo per l'auto - da 200 a 400 milioni - e ci sono pressioni per velocizzare la riforma dell'Ires o per aumentare la dotazione

per le spese della difesa. Intanto oggi è atteso il primo via libera nell'aula del Senato, e con un voto di fiducia, al decreto fiscale. E con il trasferimento alla Camera del provvedimento che - tra le altre misure prevede l'estensione

dei termini del concordato e l'allargamento del Bonus Natale - si apre tra Montecitorio e Senato un tour de force per evitare che a livello parlamentare si accavallino la manovra e lo stesso decreto fiscale. Al riguardo il vicepresidente di Palazzo Madama, Gian Marco Centinaio, non ha escluso possibili "sedute no limit" nella settimana dal 23 a 28 dicembre.

Guardando agli ultimi emendamenti approvati ieri nel decreto fiscale, sale su input di Fratelli d'Italia di 4,69 miliardi la dotazione per il credito d'imposta

per gli investimenti in beni strumentali finanziati con il pacchetto Transizione 4.0. Dopo il no all'emendamento sul taglio al Canone Rai, la Lega incassa il rinvio al 16 gennaio del versamento della seconda rata di acconto Irpef, in scadenza il 2 dicembre. La misura è destinata a tutti i titolari di partita Iva fino a

170 mila euro, che potranno pagare il dovuto in una o in cinque tranches. Al riguardo il Tesoro - siccome la conversione del decreto fiscale arriverà dopo il 2 dicembre - ha diffuso una nota per autorizzare questa procedura.

Crescerà dal 2026 di 3 milioni il tetto del 2 per mille da destinare al finanziamento dei partiti, fino a oggi fissato a 25 milioni. Ventiquattrore prima il Quirinale aveva bloccato il blitz della maggioranza e parte dell'opposizione di portare questa cifra sopra i 42 milioni. Sempre il Carroccio, con una modifica presentata da Massimo Garavaglia, strappa un primo allentamento all'obbligo di copertura assicurativa anti-catastrofi per le aziende: saranno escluse quelle «già assistite da analoga copertura assicurativa, anche se stipulata da soggetti diversi dall'imprenditore che impiega i beni». Nel decreto finale rientrano anche 342 milioni in più per la dotazione della nuova Autostrade dello Stato; 50 milioni per accelerare la posa della banda larga nelle aree bianche, quelle meno remunerative, in Calabria, Lazio e Sicilia; 20 milioni per il pagamento degli straordinari delle forze armate.

Francesco Pacifico

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PER RAGGIUNGERE IL LIVELLO DI GERMANIA, FRANCIA, UK, SVIZZERA, NORVEGIA

Sanità, mancano 15 miliardi l'anno per cinque anni

E invece l'aumento attualmente previsto dalla manovra è di soli 2 miliardi ogni 12 mesi

DI GIORGIA PACIONE DI BELLO

L'Italia deve investire 75 miliardi di euro nella sanità per raggiungere il livello di spesa che hanno i migliori paesi europei (Germania, Francia, Svezia, Regno Unito, Svizzera e Norvegia). Si parla dunque di circa 15 miliardi l'anno per i prossimi cinque anni. Cifre lontanissime da quelle attualmente previste, circa due miliardi di euro di incremento annuo. Ad evidenziare questi dati è il report: «Il sistema della salute in Italia», realizzato dal Censis e Italiadecide in collaborazione con Intesa Sanpaolo.

Siamo dunque di fronte a un sistema sanitario sottofinanziato, che ha visto ridursi le risorse di anno in anno. Una dinamica che non è da imputare a un solo governo, o a un partito politico nello specifico ma che continua a rimanere un nervo scoperto di questo paese. Che il sottofinanziamento del sistema sanitario nazionale sia un problema è messo inoltre in evidenza dalla costante crescita della spesa a carico delle famiglie che scelgono, pur di curarsi, la sanità privata. Nel 2022 la spesa è stata di 38,7 miliardi di euro; dato che ha fatto registrare un incremento dello 0,8% fra il 2000 e il 2010, del 5,9% fra il 2010 e il 2019, mentre si è ridotta di mezzo punto fra il 2019 e il 2022 (arco temporale che però è stato condizionato dalla pandemia). Questi 38,7 miliardi di euro di spesa a carico delle famiglie, sono per la maggior parte destinati alla sanità privata e solo una piccola parte ai ticket sanitari.

Ci sono poi altri due dati da tenere in considerazione. La prima è

la comparsa nel mondo della sanità delle assicurazioni. Nel 2021 la spesa sanitaria finanziata dalle assicurazioni volontarie è stata di poco inferiore ai 4,5 miliardi di euro, corrispondenti al 2,67% di tutti i regimi di finanziamento. Valore che ha ripreso a crescere dopo la flessione subita nel 2020, dovuta in massima parte all'aumento della spesa sostenuta dallo Stato. La seconda è la quota del finanziamento messo in campo delle imprese, che assicurano ai propri dipendenti il rimborso delle spese sostenute, che è in crescita dal 2012. Si è poi arrestata nel 2020, per poi riprendere a salire nel 2021 tornando ai livelli del 2019.

Il fardello della spending review sanitaria - Oltre allo scarso finanziamento del sistema sanitario nel suo complesso un altro fattore di tipo economico che ha esercitato un effetto negativo sulla sanità è il tetto di spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale, introdotto dalla legge Finanziaria del 2010 del governo Berlusconi quater. Questa prevedeva che il livello massimo di spesa per il personale dovesse parametrarsi a quello dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%. Tale limite, pur con qualche lieve ritocco in aumento, è sostanzialmente rimasto immutato. Con il decreto Calabria nel triennio 2019-2021, i limiti di spesa sono poi stati incrementati annualmente di un importo pari al 10% e attualmente è in corso una valutazione su un possibile incremento del 5%.

Queste misure di spending review hanno nel complesso però fatto perdere più di 37 miliardi di eu-



ro, di cui circa 25 miliardi nel 2010-2015, per tagli conseguenti a varie manovre finanziarie, e oltre 12 miliardi nel 2015-2019, quando alla sanità sono state destinate meno risorse di quelle programmate per esigenze di finanza pubblica. In termini assoluti, sottolinea il rapporto della Fondazione Gimbe (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze) che ha esaminato il periodo 2010-2019, il finanziamento pubblico in 10 anni è aumentato di 8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,07%).

La ciliegina sulla torta ci arri-

va infine dall'Ocse che certifica, secondo gli ultimi dati aggiornati, che l'Italia si attesta sotto la media sia per la spesa sanitaria totale (3.428 dollari contro 3.980), sia per quella pubblica (2.545 contro 3.038), precedendo solo i paesi dell'Europa orientale, oltre a Spagna, Portogallo e Grecia. Nel periodo 2009-2018 l'incremento percentuale della spesa sanitaria pubblica si è attestato al 10%, rispetto a una media del 37%.



Il voto in Senato: è previsto un semestre filtro, poi la graduatoria in base agli esami

Addio ai test di Medicina Primo sì tra le polemiche I rettori: è irrealizzabile

IL CASO

PAOLO RUSSO
ROMA

Basta test cervellotici di accesso alla facoltà di Medicina, i famigerati Tolc. Anche se il numero chiuso resta, con la selezione spostata in avanti di sei mesi. Periodo durante il quale chiunque voglia si potrà cimentare in un semestre propedeutico all'accesso a tutte le Facoltà di area biomedica, comprese infermieristica, biologia, farmacia e veterinaria.

Con 87 voti favorevoli e 40 contrari, passa al Senato il disegno di legge che riforma l'accesso ai corsi di laurea in medicina, sperando che questo faccia tornare una vocazione che tra i giovani sembra permanere solo per le specialità dove l'attività privata rende ancora appetibile indossare il camice.

Il testo passa ora alla Camera per il via libera definitivo che non dovrebbe tardare ad arrivare visto il consenso piuttosto ampio intorno al testo. Prevede che finito il semestre "propedeutico" chi avrà conseguito tutti i crediti formativi in medicina potrà andare avanti, altrimenti potrà utilizzare quanto acquisito per un altro corso di studi affine,

che dovrà essere indicato come seconda scelta al momento della doppia e gratuita iscrizione. Questo non significa però che il numero chiuso sarà messo in soffitta, perché attingendo a una graduatoria nazionale andranno poi avanti i migliori, in numero programmato definito sulla base dell'effettivo fabbisogno del Ssn a corto di camici bianchi. Ma anche del numero di borse di studio per le scuole di specializzazione che lo Stato sarà in grado di finanziare. «Stiamo andando progressivamente ma inesorabilmente verso un'apertura del numero chiuso sostenibile, programmata ma inarrestabile», commenta la ministra dell'Università, Anna Maria Bernini. Alla quale un nutrito gruppo di studenti universitari ha inviato una lettera di protesta, sostenendo che «senza risorse le Università non reggeranno l'impatto e che si finirà per favorire i corsi di preparazione privati penalizzando i meno abbienti».

Ma la riforma non va giù alla Conferenza dei Rettori: con il taglio del 10% ai bilanci universitari la situazione da preoccupante diventa drammatica quando si considera l'assoluta incertezza sul finanziamento statale anche per l'anno 2025». Per cui «in

questo contesto l'ingresso di 40-60 mila candidati in più è semplicemente impensabile». Ma a preoccupare i Rettori ci sono altri due aspetti. Il primo riguarda la possibilità di accogliere materialmente e formare adeguatamente la nuova ondata di studenti, perché «le risorse utilizzate finora per 20 mila non possono essere sufficienti per i 60-80 mila candidati che frequenterebbero una volta la revisione andasse a regime». In secondo luogo per la Crui «esiste un rischio consistente che la mo-

difica delle modalità di accesso al corso di laurea in Medicina e chirurgia, Odontoiatria e Medicina veterinaria determini una ulteriore diminuzione di candidati per le altre professioni, in particolare infermieristica, i cui laureati sono molto più carenti e necessari dei medici».

Filippo Anelli, presidente dell'Ordine dei medici, propone un'altra ricetta rispetto a quella sformata ieri dal Senato: «Dobbiamo aiutare i giovani a pianificare la propria vita futura avviandoli un anno prima di finire le scuole superiori a un percorso di formazione con corsi on line garantiti dall'Università, che ser-

vano a far comprendere se hanno la vocazione e la predisposizione a fare i medici. Dopo questo periodo formativo si selezioneranno i migliori che avranno diritto in base a una graduatoria ad accedere alle facoltà di Medicina» è l'alternativa proposta, che sembra aver ben funzionato in un centinaio di licei.

Per vedere attuata la riforma bisognerà comunque attendere i 12 mesi per l'emanazione dei decreti attuativi: se ne riparerà probabilmente nel 2026 e gli effetti si vedranno all'alba del 2036, visto che tra laurea e specializzazione, per avere un nuovo dottore passano 10 anni. Mentre l'emergenza è ora, con 25 mila medici mancanti su 40.250. Al contrario, come dimostra uno studio del sindacato dei medici ospedalieri Anao, già nel 2032 avremo 12 mila camici bianchi in sovrannumero, perché a fronte di 20 mila laureati saranno circa 8 mila quelli che andranno in pensione. —

ANNA MARIA BERNINI
MINISTRA
DELL'UNIVERSITÀ



Stiamo andando inesorabilmente verso un'apertura al numero chiuso programmato

FILIPPO ANELLI
PRESIDENTE
ORDINE DEI MEDICI



Dobbiamo aiutare i giovani a pianificare la propria vita futura con formazione già alle superiori



L'ingresso
All'ingresso dell'Università
di medicina e chirurgia
di Bologna, 15 ottobre





Dir. Resp. Marco Girardo

È VITA

Più cure palliative per la società fragile

Viana a pagina 16



Società più fragile, più cure palliative

PAOLO VIANA

Gianpaolo Fortini dirige la struttura complessa di Cure palliative integrate nell'Asst 7 Laghi (Varese) ed è il nuovo presidente della Società italiana di Cure palliative, eletto al Congresso di Riccione, concluso il 23 novembre con un Consiglio Direttivo interamente rinnovato. Ecco come descrive la situazione delle cure palliative prestate alle persone affette da malattie gravi e inguaribili nelle strutture e nei servizi pubblici e privati accreditati e convenzionati dal Servizio sanitario nazionale. **Le cure palliative sono una disciplina relativamente giovane, ma le novità sono frequenti. Il palliativista oggi dispone di strumenti efficaci per rendere l'uomo insensibile al dolore?**

Sì, nella maggioranza delle situazioni, mantenendo una buona qualità di vita. Abbiamo a disposizione molti farmaci e interventi non farmacologici per il controllo del dolore e i medici palliativisti sono esperti nel loro utilizzo. A volte, quando il dolore assume la dimensione di sofferenza e il sintomo diventa refrattario, è necessario ridurre lo stato di coscienza del malato, sino ad abolirlo del tutto. Si ricorre a una sedazione palliativa che agisce su questo piano.

Quale dolore riuscite a spegnere e quale invece non potete cancellare?

Il dolore ha una componente nocicettiva, legata ai meccanismi di trasmissione o decodifica dell'impulso dolorifico e della sua percezione finale, che determina risposte non solo fisiche ma anche emotive, psicologiche; di per sé, tali risposte amplificano la percezione del dolore. Ciò significa che non c'è mai un dolore uguale all'altro e ogni persona lo vive in modo diverso. La Iasp (International Association on the Study of Pain, ndr) definisce il dolore come un'esperienza non solo sensoriale ma con un'ampia dimensione soggettiva. Ci sono dolori che sono complessi e problematici da controllare - li definiamo "difficili", come il dolore cronicizzato e

neuropatico, ad esempio. A questi si somma il dolore definito globale che comprende la sfera psico-emotiva dell'individuo.

Il fine vita è permeato da uno stigma ancestrale: come lo si supera in una società che vive sempre meno dolore e morte reali, fisici e umani, perché trasferisce ogni esperienza nel mondo virtuale?

L'esperienza che abbiamo noi palliativisti, che agiamo con una medicina di prossimità con la morte, ci consente di cogliere come per alcuni contesti socio-culturali essa sia un evento naturale e per altri no. Oggi la morte è considerata ancora una sconfitta della medicina. Parlo di un vissuto dei malati e delle loro famiglie ma anche dei professionisti sanitari. Si privilegia un approccio che consiste nel fare tutto il possibile restando entro i confini del giusto e dell'umano, passando da un paternalismo medico a una visione partecipata nelle scelte che lo riguardano, legata molto di più all'autodeterminazione basata su un'informazione completa.

Gli hospice italiani sono una risposta sufficiente alla domanda di assistenza?

I dati ci dicono che lo sviluppo dell'offerta di cura è a macchia di leopardo. Se il trend socio-demografico proseguirà come sembra avviato, serviranno cioè più posti letto. Una società più anziana e famiglie più fragili complicano una programmazione sanitaria che vuole il domicilio come luogo di cura. Lo stesso vale per gli Hospice pediatrici visto che al momento in Italia non sono ancora presenti in ogni regione.

Com'è messa l'assistenza domiciliare sui territori?



Anche su questo versante abbiamo un modello organizzativo in evoluzione. Il bisogno di cura e assistenza a livello locale è garantito da cure domiciliari, assistenza integrata, Rsa, ospedali di comunità, centri per la disabilità che operano in modo non coordinato tra loro. Per passare da questi contenitori alla rete di cure palliative ancora si transita per il Pronto soccorso. Dobbiamo stimolare i programmatori per risolvere il problema. Sicuramente, le cure palliative in Italia sono troppo spostate all'ultimo periodo di malattia, schiacciate sul fine vita: la letteratura internazionale raccomanda la presa in carico delle persone e delle loro famiglie precocemente oltre un anno prima della morte, mentre il dato rilevato indica una presa in carico che va da poche ore a qualche settimana.

Esiste un problema di autonomia differenziata anche in questo settore?

Domanda retorica, tema che va dall'organizzazione alla Finanza. La legge di bilancio 2022 impegna le Regioni a soddisfare il 90% di cure palliative entro il 2028, ma è un traguardo molto lontano. Sono previsti piani di potenziamento annuali regionali ma la programmazione sanitaria è differenziata. Il Covid ha dimostrato che le cure palliative sono un modello organizzativo che funziona perché radicato sul territorio e integrato negli ospedali. Il punto di equilibrio è la vocazione della rete di convogliare tutte le risorse che ruotano intorno a queste popolazioni di malati in un percorso circolare tra territorio e ospedali. Le cure palliative rappresentano un Lea (Livello essenziale di assistenza, ndr) che tutela il malato sia sul territorio che in ospedale, ma questo processo non

è ancora compiuto.

Non c'è la fila per fare il palliativista. Avete discusso delle strategie per la formazione?

Moltissimo. Il tema è scottante soprattutto in ambito palliativo. Dal 2021 sono state attivate 16 scuole di specialità di medicina e cure palliative che vedono un totale di 109 immatricolazioni sul triennio. Poche. Abbiamo cercato le motivazioni. Prima ancora delle scuole di specialità non si sono sviluppati gli insegnamenti di cure palliative nei corsi di laurea, venendo meno l'azione promotrice e di sensibilizzazione nei confronti dei futuri giovani medici che terminano il loro corso di laurea sapendo poco di cure palliative. A rendere ancora meno attrattive le Scuole di specialità contribuisce l'assenza di equipollenza in uscita. Oggi può diventare palliativista un medico formatosi nelle dieci specialità previste dal Decreto ministeriale del 2013 (anestesia, pediatria, oncologia...) mentre chi si diplomerà in questa scuola potrà fare "solo" il palliativista.

Lo specialista è sufficientemente supportato sul piano psicologico nel suo lavoro?

Questo è un dato che non abbiamo, anche se sarebbe auspicabile, perché questa disciplina non può essere esercitata in solitudine, il suo punto di forza è l'équipe multidisciplinare-professionale. Gli psicologi sono nell'équipe che cura e assiste il malato. Diverso è il supporto al professionista. Se questo manca peggiora la qualità del servizio. Esiste una dignità del malato e della famiglia, ma anche dei professionisti: rientra in questa dignità il tempo dedicato a compensare energie che ogni giorno si consumano.

La Corte costituzionale parla di percorso del-

le cure palliative come prerequisito per il suicidio assistito. Cosa ne pensa?

Ne abbiamo fatto uno dei punti programmatici della lista con cui sono stato eletto e abbiamo ricevuto un ampio consenso, a dimostrare la centralità del tema. Non accogliamo l'argomentazione "più cure palliative uguale meno suicidio medicalmente assistito". Se la legge riconosce il diritto ad autodeterminarsi in tema di anticipazione della morte non è l'ambito delle cure palliative quello dove esercitarlo, poiché in questo momento storico il rischio è di mettere sullo stesso piano due condizioni di bisogno e due risposte cliniche diverse. Da un punto di vista concettuale è ammissibile pensare che se lascio un malato solo e sofferente la disperazione può portarlo a una scelta senza alternative. Per lavorare sulla dignità del malato, indipendentemente dall'esito clinico della patologia, si deve garantire a tutti di essere alleviati dal dolore e dalla sofferenza anche attraverso una relazione di cura prolungata nel tempo. Questo contribuisce a rendere libero l'individuo di esercitare la propria autodeterminazione.

2 DIFFERENZIAZIONE REGIONALE

«Non c'è mai un dolore uguale all'altro, ma a chi soffre possiamo garantire una buona qualità di vita. Oggi servono più posti letto in hospice e una rete su tutto il territorio». Parla Gianpaolo Fortini, eletto alla guida della Sici

Il nuovo presidente nazionale della società scientifica che riunisce gli specialisti italiani: «Un malato solo e sofferente può pensare a scelte senza alternative»



Sopra, Gianpaolo Fortini, nuovo presidente della Società italiana di Cure palliative (Sici), eletto dal congresso di Riccione





Dir. Resp. Marco Girardo

MORTE ASSISTITA: LA LEGGE DOMANI ALLA CAMERA DEI COMUNI

I dubbi di Labour e Tory Londra divisa sul fine vita

ANGELA NAPOLETANO

Londra è pronta ad aprire all'eutanasia? Lo si capirà domani quando, per la prima volta da 10 anni, la Camera dei Comuni voterà in prima lettura una proposta di legge sul suicidio assistito. L'esito è incerto: la conta dei (probabili) "sì" e "no" prospetta, alla vigilia, margini di scarto sottilissimi. Chiaro è invece lo scenario emerso in settimane di dibattito: sul fine vita il Paese è spaccato. Il testo che verrà messo al voto è di iniziativa parlamentare. Lo ha presentato a ottobre la laburista Kim Leadbeater, la sorella minore di Jo Cox, la deputata uccisa da un estremista di destra poco prima del referendum sulla Brexit. L'obiettivo è depenalizzare il suicidio assistito, che il Codice penale contempla tra i reati punibili con la reclusione fino a 14 anni, per riconoscere ai malati terminali adulti, residenti in Galles o Inghilterra da più di un anno e ancora capaci di intendere e volere il diritto di ottenere dai medici l'aiuto necessario a morire. L'articolo è simile alle proposte di legge che si sono susseguite ne-

gli anni. La più recente è quella presentata nel 2021, ai Lord, dalla baronessa Molly Meacher che vide il suo testo, approvato in prima e seconda lettura, finire nel cestino per legislatura in scadenza. Leadbeater, oggi, si vanta di aver rafforzato le misure a tutela di chi chiede la morte: l'interessato deve mettere per iscritto due volte il desiderio di morire; la sua idoneità deve poi essere certificata da due medici indipendenti, a distanza di sette giorni, e da un giudice dell'Alta Corte. Dettaglio, quest'ultimo, che ha fatto storcere il naso ai magistrati che, dopo aver sollecitato il Parlamento a legiferare in materia, sono

preoccupati per l'impatto che la legge avrebbe sul sistema giudiziario.

Sia Labour che Tory non hanno dato indicazioni di voto dando ai deputati libertà di coscienza. Il tradizionale approccio al fine vita dei due partiti (favorevole a sinistra, contrario a destra) è saltato da tempo. Il tacito appoggio del premier Keir Starmer, per esempio, è stato depotenziato dall'articolo in cui, la scorsa settimana, l'ex primo ministro laburista Gordon Brown, parlando della morte della sua figlia neonata, ha sottolineato il valore delle "buone cure" segnalando che l'iniziativa legislativa si sta sviluppando troppo velocemente. Il suo appello a lavorare,

piuttosto, a un piano decennale sulle cure palliative ha fatto il paio con le riserve del sindaco di Londra, Sadiq Khan, che ha puntato il dito contro il rischio di coercizione a cui sarebbero esposti i malati terminali. Le aperture all'autodeterminazione dei conservatori si infrangono sul "no" di tre ex premier: Theresa May, Boris Johnson e Liz Truss. La resistenza alla legge che molti acclamano come una conquista di civiltà è nutrita dal timore che, a lungo termine, le maglie del suicidio assistito, che l'associazione Dignity in Dying ha pubblicizzato persino nella metropolitana, possano allargarsi anche a persone vulnerabili, come i depressi, che pesano sul sistema sanitario. La parola è rimessa all'Aula.

3 RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ex premier Gordon Brown ricorda la sua neonata morta e chiede di pensare piuttosto a un piano efficace di assistenza. Timori per i cittadini vulnerabili





Dir. Resp. Marco Girardo

Sanità, mezzo milione di italiani non riesce a permettersi le cure

THOMAS USAN

Sono quasi mezzo milione (436 mila) le persone in povertà sanitaria nel 2024, l'8,43% in più rispetto allo scorso anno. Questi dati emergono dal report annuale di Banco Farmaceutico, ente che, attraverso le sue 2.011 realtà assistenziali, consente di ricevere gratuitamente farmaci e cure.

Tornando ai numeri, per il settimo anno consecutivo, la spesa in medicinali sostenuta dalle famiglie in Italia è aumentata. Al contrario la quota a carico del Servizio Sanitario Nazionale è diminuita.

Nel 2023 (ultimi dati Alfa disponibili) la spesa complessiva delle famiglie è pari a 23,64 miliardi di euro, 1,11 miliardi in più (+3%) rispetto al 2022 (quando la spesa era di 22,535 miliardi). Tuttavia, solo 12,99 miliardi di euro (il 55%) sono a carico del Sistema sanitario nazionale (erano 12,61 nel 2022, pari al 56%). Restano 10,650 miliardi (45%) pagati interamente dalle famiglie (erano 9,91 nel 2022, pari al 44%).

Ciò significa che, rispetto all'anno precedente, le famiglie hanno pagato di tasca propria 731 milioni di euro in più (+7,4%). In sette anni (2017-2023), la spesa farmaceutica a carico delle famiglie è cresciuta di 2,576 miliardi (+31,9%). La quota a pro-

prio carico riguarda tutti i nuclei, anche quelli poveri, che devono pagare interamente il costo dei prodotti da banco a cui si aggiunge (salvo esenzioni) il costo dei ticket. Per dare un profilo a coloro che vivono in condizioni di povertà sanitaria, sono prevalentemente uomini (pari al 54% del campione, contro il 46% delle donne) e persone in età adulta (18-64 anni, 58%).

Resta significativa la quota di minori: 102 mila (pari al 22%); più degli anziani che si fermano al 19% (88 mila unità). Sostanzialmente identica è la quota dei cittadini italiani (49%, pari a 225.594 unità) e di quelli stranieri (51%, pari a 237.583 unità). Considerando le condizioni di salute, i malati acuti (65%) superano in misura consistente quelli cronici (35%).

Ma le difficoltà riguardano anche le famiglie non povere. I dati più recenti di Istat rilevano che, complessivamente, 4 milioni 422 mila famiglie (16,8% del totale, pari a circa 9 milioni 835 mila persone) hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di carattere preventivo. Tra queste, 678 mila famiglie sono in condizioni di povertà assoluta (31% del totale, composte da circa 1 milione 765 mila persone), mentre 3 milioni 744 mila sono famiglie in buone condizio-

ni economiche.

Il contenimento della spesa sanitaria si persegue limitando il numero di visite e accertamenti, oppure rinviando e rinunciando a una parte delle cure necessarie.

Chi non si può permettere di usare denaro nella sanità sono più di 3 milioni di famiglie. Ha rinunciato almeno una volta il 24,5% dei nuclei poveri, contro il 12,8% di quelle benestanti. Significa che 536 mila famiglie indigenti sono particolarmente esposte al rischio di compromettere o peggiorare la propria salute. «Contrastare la povertà sanitaria significa praticare gesti di gratuità in grado di aiutare - ha commentato Sergio Daniotti, presidente della Fondazione Banco Farmaceutico Ets - concretamente, le persone che hanno bisogno; ma anche approfondire il fenomeno attraverso un lavoro culturale che contribuisca a far prendere sempre più coscienza dell'entità del fenomeno».

2. NUMEROSE FAMIGLIE RINUNCIANO

SALUTE

Secondo il report annuale di Banco Farmaceutico sono aumentate dell'8,43% le persone con difficoltà economiche riguardo alla propria salute. Sono oltre 100 mila i minori che vivono questa condizione.

463 mila

Le persone che nel 2024 sono state costrette a chiedere aiuto per ricevere farmaci e cure

22%

Le spese degli italiani per farmaci e cure

La quota dei minori tra i "poveri sanitari" (sono più degli anziani che rappresentano il 19%)

23 miliardi

La spesa complessiva

in medicinali delle famiglie italiane nel 2023 in base agli ultimi dati dell'Aifa



**IL NUOVO ELISIR
DI LUNGA VITA?
MANGIARE
UN UOVO AL GIORNO**

Rizzoli a pagina 20



IL SUPER-CIBO Lo studio sui centenari di tutto il mondo

L'elisir per una lunga vita? Mangiare un uovo al giorno

Proteine, vitamine, aminoacidi (e poco colesterolo)
Un toccasana il consumo quotidiano dopo i 50 anni

di **Melania Rizzoli**

La scienza li studia da decenni per carpirne il segreto, ma l'unico elemento certo che è stato trovato in comune nei centenari di tutto il mondo, ovvero nelle persone che arrivano o superano il secolo di vita, è che ognuno di questi soggetti dopo la mezza età ha guadagnato oltre un decennio rispetto alle proprie aspettative mangiando almeno un uovo al giorno. I grandi vecchi del Pianeta infatti, non contano le calorie, non prendono vitamine o integratori, non pesano le proteine, né si curano della «cattiva fama» delle uova, che le descrive come fonte pericolosa di colesterolo, bensì si nutrono quotidianamente di questo prodotto animale, unico nel suo genere, considerato l'alimento più nutriente al mondo, dal costo economico più basso rispetto a qualunque altro

cibo.

Che sia di uccello o di gallina, ogni singolo uovo, composto da tuorlo ed albume in egual misura, è una preziosa fonte di micronutrienti, ed il contenuto racchiuso nel suo guscio è ricco di proteine ad elevato valore biologico, di aminoacidi essenziali, quelli cioè non prodotti dall'organismo, di vitamine, in particolare la A e la D, la K, la B6 e la B12, di acido folico, e di molti sali minerali come il ferro, il calcio, il fosforo e il potassio, tutti elementi a spiccata azione antiossidante, fondamentali contro l'invecchiamento e le degenerazioni cellulari. L'albume è costituito principalmente di acqua all'87% e di proteine al 13%, ed è pressoché privo di grassi, mentre la componente lipidica del tuorlo, rappresentata solo per il 65% dai trigliceridi (contro

il 98% degli altri cibi) e dall'abbondante presenza di lecitine contenute, insieme ai fosfolipidi conferiscono proprietà salutistiche e funzionali, tra i quali il potere emulsionante dei grassi, i quali, pur essendo di origine animale, sono prevalentemente monoinsaturi e polinsaturi, ovvero benefici per l'organismo, essendo noto che sono i grassi saturi ad essere responsabili dell'aumento dei lipidi nel sangue. Il temuto contenuto di colesterolo, il 5% circa ogni 200mg/uovo, è bilanciato dall'alta presenza di lecitine, molecole emulsionanti che



Rocca: «Noi un esempio»

Fascicolo sanitario il Lazio primo in Italia

Il Lazio è la prima Regione italiana per completezza e servizi offerti dal fascicolo sanitario elettronico (Fse). A certificarlo è la Fondazione Gimbe. Secondo il rapporto il Lazio è al vertice (100%) per completezza di documenti

e servizi. Al secondo posto il Piemonte (94%).

Magliaro a pag. 61



Lazio, fascicolo sanitario «Siamo i primi in Italia»

► Il governatore Rocca rivendica i risultati certificati dalla Fondazione Gimbe. Nel Fse dei cittadini inseriti il 100% dei documenti contro una media nazionale del 79

IL PRIMATO

Il Lazio è la prima Regione italiana per completezza e servizi offerti dal fascicolo sanitario elettronico (Fse). A certificarlo è la Fondazione Gimbe. La Gimbe, presieduta da Nino Cartabellotta, «ha lo scopo di favorire la diffusione e l'applicazione delle migliori evidenze scientifiche con attività indipendenti di ricerca, formazione e informazione scientifica» per migliorare il servizio sanitario pubblico. Secondo il rapporto Gimbe, il Lazio è al vertice (100%) per completezza di documenti e servizi. Al secondo posto il Piemonte (94%), poi via via le altre regioni fino al fanalino di coda della Puglia (63%).

COS'È IL FSE

Il fascicolo sanitario elettronico è un sistema di raccolta dei dati attinenti la storia clinica di un paziente, rendendo disponibili le informazioni e i documenti prodotti dal Sistema Sanitario Nazionale da medici e operatori sanitari anche di strutture diverse (ASL, Aziende Ospedaliere, medici di famiglia e pediatri, ecc.) e da strutture sanitarie private. Contiene ad esempio referti, lettere di dimissioni, verbali di pronto soccorso, prescrizioni e tutto il materiale che descrive i diversi eventi clinici occorsi durante tutta la vita di un paziente.

«Cambiare il volto del Servizio Sanitario Regionale è una sfida complessa. Tuttavia, quando una Fondazione autorevole ed indipendente come Gimbe certifica che il Lazio è la prima Regione italiana per completezza e servizi offerti dal



Fascicolo Sanitario Elettronico, la soddisfazione è grande».

«SODDISFAZIONE GRANDE»

Esulta il presidente della Regione, Francesco Rocca, che aggiunge: «Siamo consapevoli che c'è ancora molto lavoro da fare, ma è chiaro a tutti che da un anno e mezzo abbiamo riportato al centro una visione che ha messo nuovamente il cittadino al primo posto. Il fascicolo sanitario elettronico è uno strumento molto importante: possiamo definirlo come una sorta di carta di identità sanitaria e il nostro lavoro è anche quello di fare in modo che i cittadini la percepiscano come tale, facendo sì che aumenti il consenso

dei cittadini alla consultazione dei propri dati da parte del personale sanitario. Stiamo lavorando molto anche in questa direzione, usando modelli di comunicazione che vedono la collaborazione di tutti gli attori del servizio sanitario regionale. In qualsiasi parte del mondo ci si trovi, attraverso l'Fse si può risalire alla storia clinica del paziente, così da potergli garantire le cure più appropriate», ha spiegato il Presidente. «Inoltre, la digitalizzazione che il Fascicolo immette nel Servizio Sanitario Regionale consentirà di poter effettuare tanti servizi che si inseriscono nel programma di snellimento burocratico che stiamo portando

avanti. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ci consente di finanziare questa ed altre misure per una sanità sempre più moderna e a misura di persona. Noi non perderemo tempo e neanche un centesimo per garantire ai cittadini laziali un Servizio Sanitario all'altezza della seconda Regione Italiana».

Fernando M. Magliaro

**«LA DIGITALIZZAZIONE
CONSENTIRÀ DI
POTER EFFETTUARE
TANTI SERVIZI PER
UNA SANITÀ A
MISURA DI PERSONA»**

