



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**19 OTTOBRE 2023**

**A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA**

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

quotidiano**sanità**.it

## Sicilia a lavoro per welfare e sanità a supporto di malattie rare e fragilità

***Costruire una rete per la governance socio-sanitaria delle malattie rare e a supporto di fragili e caregiver: questo l'obiettivo dell'incontro al Policlinico "P. Giaccone" di Palermo.***



Riflettere su azioni concrete da mettere in campo per colmare le difficoltà socio-assistenziali e favorire il dialogo tra gli Assessorati coinvolti della Regione Siciliana, rendendo migliore la qualità di vita di malati rari, fragili e loro caregiver. Questo l'obiettivo della II Edizione dell'evento Welfare e Sanità dal titolo "La costruzione di una rete regionale per la governance socio-sanitaria delle malattie rare e fragilità" che ha avuto luogo oggi a Palermo. L'incontro organizzato da Sineos Healthcare Solutions, con il contributo non condizionante di Takeda, ha ottenuto il patrocinio dell'Assessorato della Famiglia, delle politiche sociali e del lavoro e dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, della Confederazione ANCI Sicilia e dell'A.O.U. Policlinico "P. Giaccone". Responsabile scientifico dell'evento è stata **Carmela Tata**, supportata dal board scientifico con la dott.ssa Maria Bonsignore e la prof.ssa Maria Piccione. "Le malattie rare sono patologie complesse multi-organo che necessitano di una assistenza multispecialistica e multidisciplinare (medica, psicologica, sociale etc.) integrata. Ciò implica l'intervento di strutture universitarie e/o ospedaliere di riferimento e strutture sanitarie e sociali territoriali – ha spiegato **Maria Piccione**, associato di Genetica Medica UniPA, Direttore UOC Genetica Medica AOOR Cervello – Villa Sofia Palermo e Referente nazionale Malattie Rare Sicilia - Sono patologie eterogenee,



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

ma spesso accomunate da problematiche assistenziali simili, che necessitano di interventi e tutela specifici, per le difficoltà di diagnosi, per la complessità del quadro clinico, per il decorso cronico e talvolta evolutivo, per i possibili esiti invalidanti e per l'onerosità del trattamento. Il Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026 ha ben definito il concetto di 'rete', indicando il percorso di presa in carico della persona con Malattia rara. Non si può, oggi, pensare di attivare un percorso di vita, senza considerare la globalità della persona secondo un modello 'person-centered', che valuti bisogni e desideri della persona, pianifichi un piano di trattamento avanzato soggetto a revisione periodica, attui una presa in carico che contempli anche le fasi terminali della vita e il sostegno alla famiglia. Diventa, quindi, necessaria – ha aggiunto la professoressa Piccione - un'integrazione socio-assistenziale che possa dare risposte ai bisogni di persone e non di pazienti". "Il dialogo che abbiamo intrapreso non può prescindere dal fine comune che ci siamo posti: vigilare sulla salute dei rari e dei fragili, considerandola nella sua complessità. – ha affermato **Carmela Tata**, Autorità garante per le persone con condizione di disabilità della Regione Siciliana, responsabile UOS NPIA Avola-Noto ASP Siracusa – Se le criticità più rappresentative in Sicilia riguardano la transizione e continuità della cura, è pur vero che stiamo lavorando per dare valore alla qualità di vita dei nostri pazienti. Così come abbiamo oggi sottolineato più volte durante il simposio, non si può più dividere l'ambito sanitario da quello sociale e va considerato il contesto ambientale, la visione di salute che riguarda il benessere nel suo senso più ampio. Un esempio sono i PDTA sulle encefalopatie epilettiche a cui stiamo lavorando noi neuropsichiatri infantili, che partono proprio da questo modo di intendere la salute, come welfare". "Esprimo apprezzamento per l'iniziativa. La diagnosi di una malattia rara è ancora oggi un argomento complesso che richiede una molteplicità di competenze e prestazioni, integrando al meglio l'assistenza sanitaria con l'assistenza sociale - ha dichiarato all'inizio dell'evento **Maurizio Montalbano**, Commisario del Policlinico "P. Giaccone" di Palermo - Data la complessità, la difficoltà nella diagnosi e conseguentemente di una terapia, la malattia rara richiede ancora più sostegno da parte delle Istituzioni per gestire le tante necessità dei pazienti e dare risposte concrete, a loro e alle loro famiglie". Dopo i saluti istituzionali, il primo tavolo si è concentrato sui centri hub e spoke per le malformazioni congenite, cromosopatie e sindromi genetiche. "Le Sindromi genomiche rare ed ultrarare rendono oggi necessario un approccio basato su Centri Hub che si prendono cura della diagnosi e delle indicazioni di follow-up dei pazienti. – ha affermato a tal proposito **Corrado Romani**, Associato di Genetica medica – Università degli Studi di Catania - Tali Centri si debbono poi interfacciare con Centri Spoke nel territorio per arrivare poi al singolo Medico di Famiglia dell'età adulta e al Pediatria di Libera Scelta. Per l'epidemiologia siciliana, la costituzione di due Centri Hub, uno a Palermo e l'altro a Catania, rappresenta un efficiente esempio di organizzazione sanitaria. C'è, tuttavia, ancora molto da fare perché questi Centri possano agire con efficacia".



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

"In Italia sono circa 2 milioni le persone con malattie rare e di questi il 70% sono nell'età pediatrica, la 'R' di Rare si fronteggia con altre 'R': la prima di 'Ricerca', sono poco più di 100 le malattie rare su circa 8.000 classificate come 'rare' nel Mondo che hanno a disposizione una specifica terapia; la seconda sono le 'Reti' e la terza le 'Relazioni'. È indispensabile che per ogni malattia rara vi siano Percorsi diagnostici terapeutici e le 'Reti' a supporto, in questa ottica, Federsanità sta lavorando al progetto 'ReMaRe', orientare e fare rete nelle Malattie Rare in un'ottica di integrazione di aspetti sanitari e sociali." – ha aggiunto **Giovanni Iacono**, vice-presidente nazionale FederSanità ANCI. Cinque tavoli tematici e un confronto finale sui vari argomenti hanno interessato i lavori di un appuntamento che, oltre ad includere le Istituzioni e gli Esperti del settore, ha coinvolto le associazioni pazienti e i caregiver per ascoltare le istanze e interpretare i bisogni, al fine di mettere in campo dei piani di azione che possano apportare benefici e snellire le pratiche burocratiche. "La quotidianità di un malato raro in Sicilia, a volte, diventa un incubo per molteplici ragioni. Innanzitutto per la burocrazia, noi caregiver dobbiamo diventare bravi a interpretare leggi, indicare la prescrizione con esattezza, stare attenti alle persone di cui ci prendiamo cura orientandosi in un mondo a noi sconosciuto, cercando di non impazzire per la moltitudine di storture a cui dobbiamo assistere. Gli esempi che posso fare sono innumerevoli. Uno dei tanti riguarda il fatto che a casa nostra il balcone è pieno di presidi che da 11 anni ci vengono concessi e che una volta che il paziente cresce, non sono più utilizzabili. Probabilmente non sono nuovi di zecca, ma possono essere utili ad altri bambini che ne hanno bisogno, ma non esiste nessun contratto di cessazione per tracciabilità ASP che dica agli addetti che io sono in possesso di determinati presidi e che non posso usarli più, così da metterli a disposizione di altri. – ha affermato **Valentina Tusa**, mamma di una bambina con mutazione COL4A1-A2 – Perché non fare come la Regione Sardegna che viene a ritirarli, li sanifica e li prepara per eventuali necessità di altri?". Tra gli altri disagi, il GRESt estivo e la mancanza di supporto nella quotidianità denunciati da mamma Valentina: "Chi ha una particolare patologia non può partecipare, ad esempio, al GRESt estivo perché mancano volontari professionisti adeguati e perché un infermiere pediatrico ha una remunerazione oraria che si aggira tra i 40 e i 50 euro l'ora di cui dovremmo farci carico noi famiglie. Durante le chiusure per Covid-19, la questione bombole di ossigeno è diventata davvero tragica come lo è tuttora, anche se con meno enfasi rispetto a quel periodo. Altre difficoltà le ho con riguardo alle ricette per i psicofarmaci di cui abbiamo bisogno. Non si crea una prassi e, se si crea, diventa complicata e davvero faticosa! – continua a raccontare Valentina che aggiunge – Se c'è una nota positiva, quella riguarda la Scuola: la Sicilia in effetti è all'avanguardia grazie al personale ASACOM e tutta l'Italia sta adottando questa strategia, cioè quella di formare appositamente il personale per l'assistenza sanitaria. Tuttavia, secondo le esigenze, sono ancora troppo pochi gli addetti ai lavori, in media una persona ogni 40 o 60 bambini e non bastano per seguire i bambini che ne hanno bisogno.



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Nel nostro caso, poiché grave, riusciamo ad avere assistenza 4 ore su 5 ed è un grande risultato, ma vedo che ci sono anche tanti altri bambini meno gravi che ne avrebbero bisogno e che invece rimangono scoperti. Potrei continuare all'infinito per raccontare quanti ostacoli devo superare ogni giorno, ma basterebbe mettersi nei nostri panni ed ascoltarci per cambiare le cose e snellire le pratiche da incubo". "Questa seconda edizione dell'evento è stata proposta e organizzata da Sineos per favorire il dialogo tra le Istituzioni e per coordinare le logiche istituzionali e socio-sanitarie alle esigenze del paziente. In ogni progetto che mettiamo in campo, cerchiamo di attribuire valore in senso concreto alle relazioni, in modo da poter contribuire ad una maggiore qualità di vita dei pazienti e dei loro caregiver e a una maggiore efficienza del sistema socio-sanitario. Se diamo priorità alle persone, il resto ruoterà attorno alle sue necessità in maniera efficace e le difficoltà saranno certamente affievolite." – ha concluso **Lino Cirinà**, owner & director della SINEOS Healthcare Solutions.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



Docenti della Facoltà Medica

## Policlinico Giaccone, 46 ricercatori tra i migliori al mondo

*Come ogni anno è stata pubblicata la World's Top 2% Scientist elaborata dalla Stanford University.*

PALERMO. Quarantasei ricercatori del **Policlinico Giaccone**, docenti della **Facoltà Medica** dell'Università di Palermo, tra i migliori del mondo. Come ogni anno è stata pubblicata la **World's Top 2% Scientist**, la classifica mondiale delle scienziate e degli scienziati con livello più elevato di produttività scientifica elaborata dalla Stanford University. **La classifica** si basa su alcuni parametri- numero di citazioni delle pubblicazioni scientifiche con esclusione delle autocitazioni, h-index, posizione del ricercatore nella pubblicazione (primo o ultimo autore che rappresentano le posizioni più importanti), rilevanza della rivista nel panorama internazionale- che la rendono tra le classifiche mondiali **più importanti e selettive** nel settore biomedico. La lista include esclusivamente sino al 2% dei world's top scientist, cioè il 2% dei migliori ricercatori al mondo e delle relative pubblicazioni scientifiche nell'anno a livello internazionale.

«In questa prestigiosa classifica- afferma il professore **Marcello Ciaccio**, Presidente della Scuola di Medicina- nel settore "Medicina Clinica" per l'anno 2022 sono presenti 46 docenti della Facoltà Medica dell'Università di Palermo, testimonianza dell'elevato **valore scientifico** delle ricerche nel settore biomedico portate avanti nella nostra Facoltà e del rilevante ruolo di alcuni dei nostri ricercatori nel panorama scientifico internazionale».

**Le specialità biomediche e i relativi Professori presenti nella classifica sono:**



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

- **Medicina Interna** (Mario Barbagallo, Maurizio Averna, Antonio Pinto, Antonino Tuttolomondo, Manfredi Rizzo, Salvatore Corrao, Pasquale Mansueto, Nicola Veronese)
- **Gastroenterologia** (Antonio Craxì, Calogero Cammà, Salvatore Petta, Vincenza Calvaruso, Giuseppe Cabibbo)
- **Medicina Clinica di Laboratorio** (Marcello Ciaccio, Luisa Agnello, Bruna Lo Sasso, Chiara Bellia, Giulia Bivona, Concetta Scazzone, Rosaria Vincenza Giglio)
- **Anestesiologia** (Andrea Cortegiani, Cesare Gregoretti),
- **Oncologia** (Antonio Russo, Giorgio Stassi, Matilde Todaro)
- **Immunologia** (Calogero Caruso, Francesco Dieli)
- **Igiene** (Claudio Costantino, Walter Mazzucco)
- **Chirurgia** (Giovanni Tomasello)
- **Medicina del Lavoro** (Emanuele Cannizzaro)
- **Endocrinologia** (Enrico Carmina)
- **Pneumologia** (Nicola Scichilone, Maria Rosaria Bonsignore)
- **Ginecologia** (Antonio Simone Laganà)
- **Anatomia** (Francesco Cappello)
- **Pediatria** (Giovanni Corsello)
- **Neurochirurgia** (Giovanni Grasso)
- **Nutrizione Umana** (Silvio Buscemi)
- **Odontoiatria** (Giuseppina Campisi, Giuseppe Alessandro Scardina)
- **Biologia** (Stefania Grimaudo, Stefania Raimondo)
- **Cardiologia** (Salvatore Novo)
- **Patologia Clinica** (Carmela Rita Balistreri)
- **Chimica** (Gaetano Giammona).





Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



Eletto durante il congresso

## Società Italiana di Chirurgia Pediatrica, il nuovo presidente è Carmelo Romeo

*Direttore del Dipartimento Materno infantile dell'AOU "Martino" di Messina, è ordinario di Chirurgia Pediatrica all'Università di Messina.*

È il Prof. **Carmelo Romeo** il nuovo Presidente della **Società Italiana di Chirurgia Pediatrica**. L'elezione è stata ufficializzata durante l'ultimo congresso nazionale tenutosi a Napoli. Direttore del Dipartimento Materno infantile dell'AOU "G. Martino" di Messina, è ordinario di Chirurgia Pediatrica presso il Dipartimento di Patologia Umana dell'Adulto e dell'Età Evolutiva "G. Barresi" dell'Università di Messina. **Un incarico prestigioso**, quello riconosciuto, che valorizza l'impegno e la professionalità profusa in questi anni nel campo della chirurgia pediatrica e che costituisce un ruolo chiave per promuovere gli standard più elevati nella qualità del trattamento chirurgico pediatrico in Italia. La Società Italiana di Chirurgia Pediatrica, **fondata nel 1963**, riunisce unità operative da tutto il territorio nazionale, rappresenta e promuove la Chirurgia Pediatrica quale disciplina dedicata al bambino, è garante presso le istituzioni della salute del bambino e del suo diritto fondamentale a poter contare su cure specifiche. In qualità di Presidente il Prof. Romeo lavorerà attivamente per promuovere l'eccellenza nella **cura chirurgica dei bambini in Italia**, facilitando al tempo stesso il rapporto tra i colleghi e promuovendo il confronto e lo scambio di idee tra chirurghi pediatri, le Società pediatriche e presso gli organi istituzionali. Con l'incarico assunto, il Prof. Romeo entra anche a far parte del **direttivo nazionale** del Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC): un organo che riunisce la gran parte di tutte le società scientifiche di area chirurgica, contando oltre 45000 medici. Il Collegio non solo svolge un ruolo cruciale nell'aggiornamento scientifico, ma costituisce anche un riferimento politico-sindacale per le società che ne fanno parte.





Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Monitorare microbiota vaginale per alleviare i sintomi della menopausa

ROMA (ITALPRESS) – Comprendere l'interazione fra microbiota vaginale e sintomi della menopausa offre nuove possibilità per alleviare tali sintomi e migliorare la qualità della vita delle donne. E' la conclusione di un recente articolo pubblicato su Nature Microbiology che analizza diversi studi condotti sulla correlazione tra composizione del microbiota vaginale e disturbi della menopausa legati

ROMA (ITALPRESS) - Comprendere l'interazione fra microbiota vaginale e sintomi della menopausa offre nuove possibilità per alleviare tali sintomi e migliorare la qualità della vita delle donne. E' la conclusione di un recente articolo pubblicato su Nature Microbiology che analizza diversi studi condotti sulla correlazione tra composizione del microbiota vaginale e disturbi della menopausa legati a sintomi genito-urinari, atrofia vulvogenitale, dispareunia, disuria e infezioni ricorrenti del tratto urinario. Wellmicro (NAMED GROUP) - realtà interamente dedicata all'analisi del microbiota - tramite tecnologia NGS ed elaborazione bioinformatica dei dati - permette di valutare con un test lo stato dell'ecosistema vaginale al fine di comprendere se persiste o meno uno stato di eubiosi, sia in menopausa sia in tutte le altre fasi della vita di una donna. "Nelle donne, prima e dopo la menopausa, la carenza di estrogeni e progesterone conseguente all'esaurimento ovarico, determina una deplezione progressiva dei Lattobacilli, amici e protettori della salute vaginale - afferma la Prof.ssa Alessandra Graziottin Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica dell'H. San Raffaele Resnati di Milano, Prof. ac del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Università di Verona, e Presidente Fondazione Graziottin per la cura del dolore nella donna, Onlus - .Un test ripetuto nel tempo potrebbe costituire un perfetto monitoraggio della salute intima tra prima e dopo la menopausa, come indicatore sia dell'entità dell'alterazione microbiologica sia della popolazione più fisiologica per quella donna, cui tornare. Nelle donne in corso di terapia ormonale sostitutiva (TOS), potrebbe inoltre diventare un ottimo strumento di monitoraggio qualitativo di efficacia della terapia, in parallelo all'accurata valutazione clinica e al dosaggio del pH vaginale".



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Non solo nel momento della menopausa, ma durante tutta l'esistenza di una donna sono numerosi i fattori interni (stato ormonale, età, equilibrio del sistema immunitario) ed esterni (assunzione di antibiotici, utilizzo di dispositivi contraccettivi, infezioni) che influenzano il microbiota vaginale, modificandolo nella composizione e favorendo condizioni patologiche che possono diventare croniche o recidivanti e impattare fortemente sulla qualità di vita. "Le infezioni vulvovaginali rappresentano le più comuni affezioni ginecologiche - afferma il Prof. Filippo Murina, Responsabile del Servizio di Patologia del Tratto Genitale Inferiore e Centro Menopausa dell'Ospedale Buzzi, Università di Milano. In particolare, le vaginosi batteriche possono interessare fino al 60% delle donne, con un'elevata incidenza di ricorrenze. Per quanto riguarda la candidosi vulvo-vaginale, il 75% delle donne nel corso della vita presenta almeno un episodio infettivo e, di queste, quasi il 10% svilupperà una forma ricorrente. Nonostante sia generalmente considerato un disturbo di scarsa rilevanza, la vaginite in realtà esercita un significativo impatto psicologico ed espone al rischio di complicanze ginecologiche ed ostetriche. Sintomi come prurito, bruciore e dolore durante i rapporti sessuali possono alterare significativamente la vita sociale e la vita di coppia. "Il test Wellmicro permette di conoscere la composizione del DNA batterico e fungino del microbiota vaginale - afferma Andrea Castagnetti, Direttore Generale di Wellmicro. Si tratta di un'analisi metagenomica che studia le comunità di microrganismi che vivono nell'ambiente vaginale. Tramite una interpretazione funzionale brevettata è possibile indagare sulla correlazione tra stato di disbiosi vaginale e sintomi o fastidi riscontrati. Lo specialista è quindi supportato nella scelta di strategie terapeutiche maggiormente personalizzate per il mantenimento o il ripristino del benessere intimo".

# Tagliano gli ospedali e si vantano

**L'editoriale**

di **GAETANO PEDULLÀ**

**P**er fortuna del governo le dirette parlamentari fanno meno ascolti dei noiosi programmi di TeleMeloni. Così ieri è passata in sordina la risposta del ministro Schillaci a un'interrogazione dei 5 Stelle sul disastro della Sanità. Per il ministro le cose stanno migliorando e nella prossima Manovra ci saranno soldi a sufficienza, nonostante la previsione sia di tre miliardi contro gli almeno quattro che lo stesso Schillaci aveva chiesto alla Meloni. D'altra parte, lo stanziamento è effettivamente diminuito rispetto al Pil nazionale, ma per il ministro questo è un dettaglio, in quanto la ricchezza prodotta dal Paese negli anni scorsi era minore. Una monumentale supercazzola, che però spiega per-

fettamente il piano delle destre per smantellare il servizio pubblico. L'investimento complessivo, che cala al 6,2% del Pil, oltre ad essere lontano dalla media europea e dal 10,9% della Germania, in realtà se ne andrà in buona parte solo per adeguare i contratti. Al capitolo dei nuovi ospedali e dell'abbattimento delle liste d'attesa andrà invece pochissimo, e così chi ha bisogno di cure non avrà alternativa alle cliniche private. Dall'Esecutivo, dunque, si continua a ingannare il Paese, fin quando non tocca alla realtà scoperchiare tragicamente le bugie. E proprio mentre il ministro difendeva goffamente questo nuovo scempio della Sanità, una donna a Scafati perdeva la vita davanti all'ospedale chiuso. L'intervento di Schillaci è riuscito ma il paziente è morto, insomma. Come nella migliore tradizione di certi baroni universitari.



## Un decreto o un emendamento per i fondi lasciati alle minoranze. Landini: "Testo rinunciatorio" **Manovra, scontro sulla "mancia" da 400 milioni** **Cgil sempre più vicina allo sciopero generale**

**IL CASO**  
**PAOLO BARONI**  
ROMA

**P**er la Cgil quella del governo «è una manovra totalmente rinunciataria, insufficiente e all'insegna del ritorno all'austerità» e per questo il sindacato guidato da Maurizio Landini rilancia la mobilitazione programmando per novembre proteste in tutti i settori ed in tutti i territori per arrivare poi a proclamare lo sciopero generale.

Sul fronte politico, intanto, in attesa che prenda forma il testo della legge di bilancio approvata lunedì in Consiglio dei ministri, scoppia la polemica sulla cosiddetta «legge mancia», ovvero sulla possibilità di venire incontro alle richieste dei parlamentari e dei territori

stanziando 400 milioni di euro. Il governo sarebbe al lavoro per trovare la formula legislativa adatta: un decreto che viaggi di pari passo alla manovra o magari un intervento durante la discussione della finanziaria in Senato. In questo modo l'esecutivo intenderebbe compensare sia l'assenza nella legge di bilancio di un plafond a disposizione dei parlamentari sia la scelta di vietare a tutto il centrodestra di presentare emendamenti.

Nettamente contrarie a questa soluzione le opposizioni che contestano anche l'idea di una manovra blindata. «È clamoroso che i deputati e i senatori della maggioranza accettino di non presentare emendamenti. L'opposizione non rinuncia alle sue prerogative», ha commentato la segretaria Pd Elly Schlein. Attacca anche la presidente di Alleanza Verdi e Sinistra alla Camera, Luana Zanella: «Questa ipotesi della legge mancia, in cambio del si-

lenzio parlamentare sulla manovra, mortifica l'istituzione parlamentare e umilia soprattutto la stessa maggioranza, ormai del tutto silenziata».

Mentre per il presidente di Confindustria Carlo Bonomi la legge di bilancio «è ragionevole, anche se priva di misure strutturali», per la Cgil la manovra «non dà risposte alle tante emergenze del Paese aggravandole, non sostiene la crescita ma anzi comprime la domanda interna: dai redditi fissi alla spesa pubblica, agli investimenti pubblici». Per il segretario generale Maurizio Landini «è una manovra sbagliata che non tutela i salari e non tutela le pensioni, che non introduce il salario minimo, che non combatte l'evasione fiscale, non tassa la rendita e i profitti, che taglia la sanità pubblica e la scuola. Non cancella la precarietà che colpisce in particolare giovani e donne, quindi bisogna proprio proseguire la mobilitazione per cambiarla».

Ieri l'Assemblea nazionale

Cgil «ha condiviso la proposta della Uil sulla necessità di avviare un percorso di mobilitazione unitaria» e per questo al termine Landini ha subito scritto ai segretari generali di Uil e Cisl Bombardieri e Sbarra per organizzare rapidamente un incontro e «definire percorso e modalità della mobilitazione». Lo sciopero generale, insomma, s'avvicina. —

**24**  
**i miliardi di euro**  
**della manovra**  
**approvata**  
**lunedì dal governo**





## SCHILLACI *Medici, su la tariffa in manovra*

È necessario impostare una strategia generale che porti a una completa revisione dell'assistenza ospedaliera. Sulla carenza di personale arrivano i primi segnali di inversione di tendenza con la prossima manovra, che garantirà la crescita della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive. Sono le parole del ministro della salute Orazio Schillaci, in risposta al question time ieri alla Camera dei deputati. «Nella manovra», le parole del ministro, «mi sono adoperato affinché venga previsto l'incremento

della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive per il personale medico e infermieristico al fine di garantire ulteriori risorse per il sistema sanitario e di potenziare i professionisti sanitari, la riduzione delle liste d'attesa e l'utilizzo di esternalizzazioni». In generale, l'obiettivo a lungo termine è quello di impostare «una strategia generale che riveda l'intero assetto sul reclutamento del personale sanitario con misure di carattere sistematico, anche intervenendo d'intesa con il ministero dell'uni-

versità sul tema di accessi a corsi universitari e corsi di specializzazione», il pensiero di Schillaci.



## Il welfare insostenibile

# I clandestini gonfiano i costi della sanità

Frontex presenta i conti degli sbarchi fino ad agosto. Allarme in Francia: spesi nel 2022 oltre 1,7 miliardi

**ANTONIO CASTRO**

■ Lievita la spesa sanitaria in Europa per l'assistenza sanitaria. L'appesantimento a pesare sui conti (Eurostat) dei bilanci dei singoli Paesi è sicuramente l'invecchiamento progressivo della popolazione. Ma anche l'effetto dei costi indotti dalle ondate migratorie degli ultimi anni. Nella prima metà del 2023 - secondo i dati dell'European Union Agency for Asylum sono state 519.000 le domande di asilo. Con un aumento del 28%. Poi l'estate ha favorito - anche grazie al mare calmo - gli sbarchi massicci. A inizio settembre sono stati intercettate nel Mediterraneo centrale oltre 114.600 persone. Il 96% verso l'Italia.

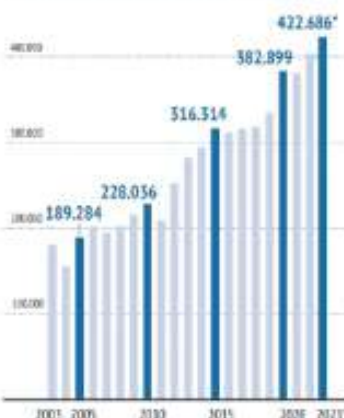
Ma il problema è comune a tutta Europa: secondo l'Ufficio di statistica europeo tra gennaio e luglio 2023 la Germania ha ricevuto oltre 187mila richieste d'asilo. Al secondo posto c'è la Spagna con quasi 99 mila e al terzo posto la Francia con più di 93 mila. Poi l'Italia ha superato tutti anche se noi siamo un territorio di passaggio: vengono e ripartono per il nord Europa che gode di un sistema di welfare più generoso. Sempre che riescano ad arrivarci. I controlli alle frontiere franco italiane - è cronaca di tutti i giorni - sono diventati quanto mai stringenti. L'Inghilterra ha stretto (a pagamento) con la Francia una intesa per bloccare e tenersi i clandestini che vorrebbero attraversare la Manica. Sognando Londra. Ha suscitato in Italia non poche polemiche l'aumento del costo al sistema di assicurazione sanitaria nazionale. Ben 2mila eu-

ro a persona. Salvo poi scoprire che l'aumento del contributo che pagano gli stranieri per avere accesso alle cure del Servizio sanitario nazionale è sì previsto ma solo per specifiche categorie di non aventi diritto all'iscrizione obbligatoria. Il lavoratore già versa (come il datore di lavoro) una quota di contributi per "assicurarsi" un'assistenza sanitaria. Mentre i cittadini extracomunitari, residenti in Italia, potranno continuare a iscriversi al Ssn versando un "contributo" di 2mila euro all'anno, quando oggi si aggira in media sui 1.200 euro (la crescita dunque è di oltre il 60%). «Per i residenti stranieri cittadini di Paesi non aderenti all'Unione europea», si legge in una nota del Mef, «si prevede la possibilità di iscrizione negli elenchi degli aventi diritto alle prestazioni del Ssn, versando un contributo di 2.000 euro annui». Mentre l'importo «del contributo è ridotto per gli stranieri titolari di permesso di soggiorno per motivi di studio o per quelli collocati alla pari», spiegano da via XX Settembre. In Francia (con oltre 422.686 "sans-papiers" al marzo 2023) la polemica sta montando. La Commissione finanze dell'Assemblea generale fa di conto e individua in 1,7 miliardi i costi crescenti per garantire l'assistenza sanitaria dai 600 ai 900mila). E si parla di «aggregato stimato in 1,7 miliardi di euro l'anno», spiega *Le Figaro*.

© RIPRODUZIONI RISERVATA

### I NUMERI

Oltre 400.000 beneficiari  
Variazione del numero di persone  
che ricevono l'assistenza medica statale (AME)



Fonte: Commissione Finanze, Assistenza sanitaria e Sanità (CSP) e Ministero della Sanità e Nuovi, CNP

WUOL





Dir. Resp. Marco Girardo

## STRASBURGO Verso la Direttiva Maternità surrogata «condannata» solo se sfrutta le donne

GIOVANNI MARIA DEL RE  
Bruxelles

È stato ufficialmente adottato, ieri a Strasburgo, il testo di compromesso per la riforma della Direttiva sul traffico di esseri umani, con l'inclusione nell'elenco anche della «maternità surrogata a fini di sfruttamento riproduttivo». Un testo, va sottolineato, che costituisce la posizione del Parlamento Europeo, in vista del negoziato con il Consiglio Ue (che rappresenta gli Stati membri) per arrivare al varo finale della normativa. Ieri, infatti, scadevano i termini per presentare obiezioni, ma poiché queste non sono arrivate, è stato considerato adottato, da procedura, il testo approvato in sede di Commissione sulle Libertà civili (Libe) dell'Europarlamento due settimane fa. Il documento include nelle fattispecie della lotta al traffico anche «il matrimonio forzato, l'adozione illegale, la maternità surrogata a fini di

sfruttamento riproduttivo». Soprattutto l'inclusione della surrogata è un fatto importante, anche se qui va ribadito ancora una volta che non include questa pratica *tout court* tra i reati, ma

solo specificamente quella «a fini di sfruttamento riproduttivo». In altre parole, è considerato reato da perseguire ai sen-

si della Direttiva solo la surrogata per i casi in cui si possa dimostrare che vi è stato sfruttamento, dunque coercizione di una donna. Certamente esclusa è così la cosiddetta «maternità surrogata solidale», e cioè donne che si mettono a disposizione gratuitamente per «aiutare» coppie che non possono avere figli. Va detto che non è neanche chiaro se sia inclusa almeno la pratica commerciale: non basta che ci sia stato un passaggio di denaro, ma deve essere provato che la persona è stata costretta. Non a caso nei negoziati sul testo di compromesso alla Commissione Libe a lungo è stato discusso se includere la parola «commerciale» o meno, alla fine si è soprasseduto.

Certo, commenta Nicola Speranza, segretario generale della Fafce (la Federazione delle asso-

ciazioni delle famiglie cattoliche in Europa), «non si tratta ancora di un divieto *tout court*, perché non è questo lo scopo della Direttiva. Ma si tratta, bisogna dirlo con forza, di un grandissimo passo in avanti, che noi chiediamo da tempo. Auspichiamo che il Consiglio prosegua su questa strada». Speranza ricorda inoltre che «si tratta di una Direttiva che pone gli standard minimi in un ambito specifico come quello della tratta: un'abolizione universale della maternità surrogata resta necessaria e spetta agli Stati membri procedere in tal senso, anche via accordi intergovernativi».





## Colpito l'intestino

### L'influenza arriva in anticipo: 80mila casi a settimana

**ROMA** Boom delle sindromi simil-influenzali: un terzo riguardano stomaco e intestino. I virologi prevedono 10 milioni di casi in Italia, oltre ai 5-6 milioni di vera influenza. Il picco in inverno.

Arcovio a pag. 14



# Boom delle para-influenze: ogni settimana 80mila casi. E non ci si può vaccinare

## IL FOCUS

**ROMA** Siamo stati così a lungo concentrati sulla stagione influenzale che verrà, che in molti abbiamo dimenticato quanto possano essere altrettanto fastidiosi i virus "cugini". Ma loro non ci hanno dimenticato tanto che nelle ultime due settimane si è verificato un vero e proprio boom delle cosiddette sindromi simil-influenzali. «In questi ultimi 10-15 giorni abbiamo registrato un picco di infezioni parainfluenzali, per lo più influenze intestinali», conferma Giovanni Cirilli, il segretario Regionale della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (Fimmg) Lazio. Crampi e dolori addominali, malessere generale, perdita di appetito, febbre, dolori muscolari e mal di testa sono i sintomi più comuni, che possono durare qualche giorno ma che possono lasciare qualche strascico anche per un paio di giorni dopo la guarigione. «Questo è in effetti il periodo di massima diffusione di questi virus: com-

plici le scuole e, in assenza delle misure di contenimento del Co-

vid, si diffondono con più facilità», aggiunge.

I casi non riguardano solo il Lazio. L'aumento è stato segnalato a livello nazionale. «In questo periodo possiamo stimare 60-80mila casi a settimana di forme parainfluenzali, un terzo delle quali riguardano proprio stomaco e intestino», sottolinea il virologo Fabrizio Pregliasco, direttore sanitario dell'Ircs ospedale Galeazzi-Sant'Ambrogio di Milano. I virus cugini dell'influenza, che sono oltre 262 fra tipi e sottotipi, causeranno complessivamente tra autunno-inverno «circa 10 milioni di casi in Italia, che si affian-

cheranno a 5-6 milioni di casi di vera influenza», sottolinea il virologo.

Se sono previsti numerosi casi di sindromi simil-influenzali, in parte è colpa della pandemia. «Stiamo pagando ancora lo scotto delle scorse stagioni alle prese con il Covid», evidenzia Cirilli. «Il nostro sistema immunitario, rimasto per molto tempo "a riposo"

grazie alle misure anti-Covid (perlopiù mascherine e distanziamento sociale), non ha ancora preso il passo pre-pandemia e, quindi, appare ancora poco reattivo agli altri virus», aggiunge.

## I SINTOMI

Molto spesso è difficile distinguere l'influenza vera dalla simil-influenza, ma qualche piccola differenza c'è. «La classica influenza è riconoscibile da un rialzo brusco della temperatura, con febbre oltre i 38 gradi, almeno un sintomo generale (dolori muscolari-articolari) e almeno un sintomo respiratorio», spiega Pregliasco. La sin-



drome simil-influenzale, pur essendo molto simile all'influenza classica come lascia già intendere il nome, dura di meno. «Siamo sotto ai classici 5 giorni dell'influenza», aggiunge il virologo. Contro i virus "cugini" dell'influenza non

esistono terapie antivirali né vaccini. O almeno non al momento. Le infezioni, quindi, devono essere debellate dal sistema immunitario e noi possiamo solo diminuire l'intensità dei sintomi con

## LE PRECAUZIONI

antinfiammatori, antistaminici e mucolitici. Insomma, dobbiamo semplicemente aspettare che passi. Per guarire, nella maggior parte dei casi, la strategia più indicata è «l'automedicazione responsabile, l'uso di farmaci sintomatici che devono attenuare i disturbi», precisa Pregliasco.

**LA FORMA PIÙ COMUNE È IL VIRUS INTESTINALE CIRILLI (FEDERAZIONE MEDICI GENERALI): «DOPO IL COVID SIAMO PIÙ VULNERABILI»**

antinfiammatori, antistaminici e mucolitici. Insomma, dobbiamo semplicemente aspettare che passi. Per guarire, nella maggior parte dei casi, la strategia più indicata è «l'automedicazione responsabile, l'uso di farmaci sintomatici che devono attenuare i disturbi», precisa Pregliasco.

**Valentina Arcovio**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SI ATTENDE L'ESPLOSIONE DELLA VERA INFLUENZA PREGLIASCO: «QUEST'ANNO AVREMO 6 MILIONI DI MALATI»**

## Influenza stagionale

### I SINTOMI



Dolori ossei e muscolari



Astenia



Raffreddore



Mal di testa



Mialgia



Tosse non catarrale



Malessere generale



Mal di gola



Congiuntivite

### MISURE PREVENTIVE



Lavarsi spesso e bene le mani



Coprirsi la bocca quando si starnutisce



Evitare contatti con chi ha sintomi

### IL VACCINO



#### QUANDO

Da fine ottobre a fine dicembre



#### CHI

Chiunque desideri evitare la malattia influenzale

Withub





# Dal congresso di oncologia l'appello all'Ue

## L'allarme sul legame smog-tumori

### «Più casi, limiti alle polveri sottili»

I casi di cancro in Europa sono in aumento e tra i responsabili c'è anche lo smog.

Nuovi dati sul legame tra tumori e inquinanti atmosferici verranno presentati durante il congresso annuale della *European society for medical oncology* (Esmo) che si apre domani a Madrid: gli esperti chiedono alle istituzioni Ue una legislazione più restrittiva per l'esposizione dei cittadini a sostanze nocive nell'aria. «Dal convegno Esmo 2022 era già arrivato un richiamo alla luce degli esiti di uno studio britannico che indicava come l'inquinamento favorisca l'insorgenza di cancro ai polmoni soprattutto tra chi non ha mai fumato. Quest'anno una ricerca francese evidenzia ulteriori rischi per quello al seno», dice Jean-Yves Blay, direttore Public Policy Esmo.

Gli oncologi chiedono all'Unione europea d'intraprendere misure a favore dell'aria

pulita, come passaggio essenziale per prevenire i tumori polmonari (ma non solo), abbassando entro il 2030 il limite annuale delle polveri sottili (particolato PM 2,5) dagli attuali 25 microgrammi per metro cubo d'aria a 5, come suggerito dalle linee guida sulla qualità dell'aria dell'Oms.

«L'esposizione all'inquinamento atmosferico, a sostanze cancerogene in ambito lavorativo, al radon e al fumo passivo sono responsabili, nel loro complesso, del 10% dei casi di cancro in Europa», sottolinea Blay.

Uno studio che sarà presentato a Madrid evidenzia come le donne che vivono e lavorano in zone con livelli elevati di polveri sottili corrono maggiori rischi di sviluppare un tumore al seno rispetto a quelle residenti in aree meno inquinate. «I ricercatori del Cancer center di Lione hanno confrontato i dati relativi a

2.419 pazienti con cancro al seno con quelli di 2.984 donne sane negli anni fra il 1990 e il 2011 — spiega Giuseppe Curigliano, professore di Oncologia Medica all'Università di Milano —. Hanno così rilevato che il pericolo aumenta del 28% al crescere del PM 2,5 nelle aree urbane più inquinate rispetto a quelle rurali.

«Che fra i molti danni per la salute causati dallo smog ci fossero anche i tumori non è, purtroppo, una novità — ricorda Massimo Di Maio, segretario nazionale dell'Aiom, l'Associazione italiana di oncologia medica —: dal 2013 le polveri sottili sono catalogate fra i cancerogeni certi per gli esseri umani. E sappiamo che il loro effetto è maggiore nei fumatori, che già hanno l'apparato respiratorio fortemente indebolito e danneggiato dal tabacco, ma un numero crescente di studi documenta danni anche nelle persone che non hanno mai toccato

una sigaretta».

Le statistiche globali dicono che ogni anno nel mondo lo smog è responsabile di oltre 250 mila decessi per adenocarcinoma polmonare, oltre a milioni di morti per altre patologie. «L'Oms considera direttamente attribuibile agli inquinanti atmosferici un terzo delle morti premature dovute a infarti o ictus cerebrali, malattie respiratorie e tumori polmonari», spiega Di Maio. «Oltre al cancro ai polmoni, diverse ricerche hanno rilevato un legame, ancora da confermare, anche fra aria inquinata e neoplasie di testa e collo (bocca, naso, gola), vescica, pelle e prostata» conclude Curigliano.

**Vera Martinella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# 28

**Per cento**

Il rischio in più di ammalarsi di cancro al seno nelle aree più inquinate. Il dato emerge da una ricerca del Cancer center di Lione

# 250

**Mila**

I decessi l'anno, nel mondo, per adenocarcinoma polmonare causato dallo smog: le polveri sottili sono catalogate fra i cancerogeni certi

# 10

**Per cento**

I casi di tumore in Europa dovuti a inquinamento atmosferico, sostanze cancerogene in ambito lavorativo, radon e fumo passivo

### La scheda

- Si apre domani a Madrid il congresso annuale della *European society of medical oncology* (Esmo)

- Gli esperti chiedono all'Ue norme più restrittive per limitare l'esposizione dei cittadini alle polveri sottili: gli studi parlano di più casi, non solo al polmone, e tra chi non fuma



**Cosa sono**

### PM2,5

PM, dall'inglese *Particulate Matter*, è l'insieme delle sostanze sospese nell'aria che hanno una dimensione fino a 100 micrometri (un micrometro è la millesima parte di un millimetro), considerate gli inquinanti di maggior impatto in città. Le particelle più leggere di queste polveri sottili hanno una dimensione inferiore a 2,5 micrometri: il PM 2,5, in grado di entrare più in profondità nei polmoni





*La classifica della World Bank*

# La longevità perduta dopo la pandemia

## “Il segreto nella lotta a obesità e diabete”

**di Elena Dusi**

L'Italia ha il long Covid. L'emergenza pandemia è finita a maggio, ma l'aspettativa di vita stenta a riprendersi. Se dieci anni fa ci batteavamo per un posto sul podio della longevità con Giappone, Corea del Sud, Francia e Spagna, oggi siamo scesi al 14esimo posto nella classifica dell'aspettativa di vita della World Bank e al decimo in quella dell'Onu.

Il Covid tra 2020 e 2021 ha causato in Italia la perdita secca di un anno di vita media, ma a oggi il calo è stato recuperato a metà. «Finita la pandemia, ci saremmo aspettati un ritorno ai valori normali in tempi rapidi. Non abbiamo una spiegazione chiara del perché la nostra aspettativa di vita stenti a riprendersi», riflette Daniele Vignoli, professore di demografia all'università di Firenze e coordinatore di Age-It, il più grande polo di ricerca sulle sfide dell'invecchiamento in Italia, con 350 ricercatori e un finanziamento del Pnrr di 114 milioni di euro. Varato il 15 settembre all'ateneo fiorentino, Age-It ha già la prima sfida: perché l'Italia non è più campionessa di longevità? Gustavo De Santis, anche lui docente di demografia all'università di Firenze (si occupa per Age-It degli indicatori di mortalità), mette sul tavolo i numeri. «Nel 2019, prima del Covid, l'aspettativa di vita per i maschi era di 81,1 anni. Il picco più basso durante la pandemia è stato di 79,8. Ora abbiamo recuperato solo fino a 80,5». All'appello mancano 0,6 anni: 8 mesi di vita. «Le donne avevano un'aspettativa di vita di 85,4 anni. Durante il Covid sono scese a 84,5 e

ora sono a 84,8». Il divario di longevità fra i due sessi, che prima del Covid si stava richiudendo (aveva raggiunto un massimo di 6 anni), è tornato stabile, dal momento che la pandemia ha causato più vittime tra gli uomini. «In altri paesi – prosegue Vignoli – non vediamo una fatica nel risalire la china come in Italia».

A ottobre 2022 *Nature Human Behaviour* ha pubblicato una ricerca dell'università di Oxford e dell'Istituto Max Planck per la ricerca demografica sul rimbalzo dell'aspettativa di vita in Europa dopo il Covid. In Norvegia la vita si è addirittura allungata rispetto al 2019 (lo stesso, fuori Europa, è accaduto a Corea del Sud e Taiwan). Francia, Belgio, Svizzera, Danimarca, Finlandia e Svezia sono tornate rapidamente ai livelli pre-Covid. Ad arrancare in modo simile all'Italia sono Spagna, Germania e Gran Bretagna, mentre l'Europa orientale è ancora in fase di calo (Bulgaria e Slovacchia in primis). La vita si accorcia anche negli Stati Uniti, dove i dati sulla mortalità portano la zavorra di malattie metaboliche, omicidi e overdosi.

Perché l'Italia fatichi più degli altri a recuperare la sua proverbiale longevità resta oggetto di speculazione. «Può darsi che l'aspettativa di vita abbia un limite naturale», suggerisce De Santis. «Dal 2000, quando eravamo a 80 anni, è aumentata in media di 3 mesi ogni anno. Non poteva continuare, avremmo raggiunto età esagerate. Ammesso che un tetto esista, non sappiamo a quale età possa essere fissato».

In Europa, nota Eurostat, da quando si è esaurita l'emergenza Covid siamo tornati a vedere un eccesso di mortalità solo una volta: quest'estate, forse a causa del caldo. Il clima potrebbe far sentire il suo peso sulla salute, ma fra gli indagati figura anche un sistema sanitario azzoppato da carenza di fondi e personale. Il tema spinoso in Age-It è affidato a Gianluca Aimaretti, professore di endocrinologia all'università del Piemonte orientale, presidente della Società italiana di endocrinologia e medico all'Ospedale Maggiore della Carità a Novara. «Il tema dell'assistenza sul territorio è importante per tutti, ma in particolare per gli anziani. Il 70% di loro ha malattie croniche che richiedono cure e controlli continui. A loro non servono ospedali eccezionalmente specializzati, ma medici di famiglia sempre reperibili, case di comunità, un'assistenza che prosegua a casa dopo un eventuale ricovero. Basterebbe combattere obesità e diabete per far risalire l'aspettativa di vita, e non di poco».

Di questo non si può dare la colpa al Covid. «I primi segni di rallentamento – sottolineano sia De Santis che Vignoli – erano comparsi nei dati italiani sulla longevità già poco prima della pandemia». Per assistere gli anziani, poi, ci vorrebbero i giovani. Ma se il fronte della longevità ar-



ranca, quello della natalità è fermo al palo. Nella storia, la fine di ogni crisi ha visto un aumento delle nascite. «Con il Covid è avvenuto in pochi paesi del Nord Europa», spiega Vignoli. «Ma certo non da noi. In Italia piccoli segnali positivi si sono visti solo 9 mesi dopo la fine dei lockdown, per il rinnovato ottimismo. Ma col ritorno delle restrizioni le nascite riprendevano puntualmente a calare». A sorreggere la grande volta

degli anziani insomma ci sono pilastri fragili: le nuove generazioni che si assottigliano. «Da quarant'anni abbiamo meno di 1,5 figli a coppia. Il risultato è che oggi a mancare sono i genitori, prima ancora dei figli», dice il coordinatore di Age-It. «Senza di loro si entra in una spirale di denatalità che ha conseguenze anche sull'assistenza agli anziani. È possibile uscirne, ad esempio valorizzando il ruolo strategico delle migrazioni».

Persi 8 mesi di vita. La media non torna sopra gli 83 anni. Dal podio scesi al 14esimo posto

**I PAESI PIÙ LONGEVI,**  
CLASSIFICA DELLE NAZIONI UNITE

	HONG KONG (CINA)	85,5
	MACAO (CINA)	85,4
	GIAPPONE	84,4
	SVIZZERA	83,8
	COREA DEL SUD	83,5
	ISOLE FAROE	83,5
	SINGAPORE	83,4
	AUSTRALIA	83,3
	SPAGNA	83,2
	NORVEGIA	83,1
	SVEZIA	83,1
	ISLANDA	83,1
	MALTA	82,9
	ITALIA	82,8
	LUSSEMBURGO	82,7

**L'AUMENTO DELLA LONGEVITÀ IN ITALIA**  
(MEDIA TRA MASCHI E FEMMINE)







**RICERCA** Pubblicati i risultati dell'iniziativa Usa (ed europea) lanciata 6 anni fa. Mappata la complessità che può aiutare la cura di tante patologie

# Il labirinto cervello: un nuovo atlante rivela 3mila tipi di cellule

ANDREA LAVAZZA

Poco più di un secolo fa Ramón y Cajal e Camillo Golgi litigavano alla cerimonia di conferimento del premio Nobel su come leggere i recenti (allora) studi sul cervello umano. Era stato il fisiologo italiano a inventare la "reazione nera", che diventò lo strumento principale per chiarire la struttura del sistema nervoso centrale e il suo funzionamento. Lo studioso spagnolo, di poco più giovane, replicò il metodo, arrivando a conclusioni diverse. Cajal era infatti sostenitore della "teoria del neurone", secondo la quale il cervello è composto da unità fondamentali - le specifiche cellule nervose - separate da zone "di contatto", dette poi sinapsi. Golgi pensava invece che esistesse una "rete nervosa diffusa", fatta di tanti elementi intrecciati, in continuità tra loro.

Era il 1906 e si stava aprendo una rivoluzione nella comprensione dell'organo umano più importante e complesso. Il livello dell'osservazione era simile al distinguere a distanza le singole vette di un'enorme catena montuosa. Oggi stiamo disegnando una carta che va ben oltre singoli spuntini di roccia e i piccoli cespugli su ciascuna montagna. Per non parlare della composizione in termini di minerali.

Siamo riusciti a stimare in 86 miliardi il numero delle cellule nervose e in altri 86 miliardi le cellule d'altro tipo nel cer-

vello. E adesso arriva una mappa straordinariamente dettagliata grazie all'iniziativa "Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies Initiative - Cell Census Network" degli National Institutes of Health americani, una collaborazione che ha coinvolto decine di centri e centinaia di neuroscienziati anche europei.

Il lavoro è stato pubblicato in 21 articoli sulle riviste *Science*, *Science Advances* e *Science Translational Medicine*.

L'analisi nel complesso ha documentato l'esistenza di 461 categorie generali di cellule cerebrali che comprendono più di 3.000 sottotipi, un numero inaspettato che apre importanti prospettive di ricerca e anche, in prospettiva, di applicazioni cliniche.

Come spiega Gemma Conroy su *Nature*, l'impresa - perché di un'impresa dura sei anni si tratta - è cominciata con il sequenziamento del RNA di oltre 3 milioni di singole cellule

in 106 punti dell'intero cervello umano, utilizzando campioni di tessuto provenienti da

tre donatori maschi deceduti, cui è stata aggiunta la dissezione della corteccia motoria di una donatrice già utilizzata in studi precedenti (i 4 veri "protagonisti" della ricerca).

Si è potuto così lavorare a diversi livelli per esaminare la composizione cellulare del cervello adulto (dell'essere umano e in parallelo dei primati non umani e dei roditori) considerando gli aspetti trascrizionali, epigenetici e funzionali.

Per esempio, gli studiosi hanno analizzato i marcatori chimici che attivano o disattivano i geni in oltre 500.000 cellule. Anche lo stesso gene nello stesso tipo di cellula può avere caratteristiche diverse. Un gene viene attivato con un "interruttore" nella parte anteriore del cervello e con un altro nella parte posteriore, evidenziando differenze che non si potevano cogliere altrimenti. Individuare gli interruttori che attivano o bloccano l'espressione genica nelle cellule cerebrali potrebbe servire per una diagnosi fine dei disturbi cerebrali e sviluppare trattamenti personalizzati.

Ma il tesoro di questo atlante sembra davvero pieno di sorprese e di possibilità. La strada aperta da Golgi e Cajal si mostra sempre più promettente e affascinante.





**L'ALLARME** L'attesa media perché sia riconosciuta la patologia è di quattro anni e mezzo

# Fibromialgia, il peso del ritardo diagnostico

DANILO POGGIO

**L**e diagnosi delle malattie reumatologiche in Italia arrivano troppo spesso in ritardo e la malattia già avanzata comporta difficoltà nella presa in carico, l'aggravamento dei sintomi e un aumento esponenziale della spesa pubblica. È l'allarme lanciato dalla Società Italiana di Reumatologia (Sir) e Federfarma Servizi, con i risultati emersi da uno studio realizzato nelle Marche su 600 persone. Ogni paziente affetto da fibromialgia deve attendere in media quattro anni e mezzo e deve incontrare sette specialisti prima di arrivare da un reumatologo, mentre solo il 18% dei malati riesce a dare un nome ai propri disturbi entro tre mesi dalla manifesta-

zione dei sintomi.

Quando si arriva alla visita reumatologica vera e propria, la malattia è ormai peggiorata, con aumento dei dolori e delle turbe cognitive, che includono difficoltà di concentrazione, perdita di memoria e disturbi del sonno. Come spiega Fausto Salaffi, responsabile nazionale del registro Fibromialgia Sir, «sarebbe necessario implementare un percorso diagnostico terapeutico specifico. Oggi esiste un'app, rivolta ai medici di medicina generale, dedicata alla fibromialgia, con un questionario di 7 domande per la sua individuazione. Quando le risposte positive raggiungono l'80% deve essere consigliata la visita con il reumatologo».

Più in generale, i ritardi colpiscono circa 1 milione dei 5,4 milioni di malati. Sono necessari anche 7 anni per scoprire di soffrire di artrite

psoriasica, 5 per la spondilite anchilosante, 3 per la sclerosi sistemica e 2 per l'artrite reumatoide, anche se la diagnosi precoce è un tema universale in reumatologia. Il 57% dei pazienti dichiara di aver bisogno di aiuto nello svolgimento delle attività quotidiane e il dolore e i sintomi invalidanti, con danni articolari e conseguenti disabilità, peggiorano all'aumentare dei tempi di attesa, mentre vengono meglio arginati con le cure precoci.

«I farmacisti possono svolgere un ruolo fondamentale sul territorio», aggiunge Antonello Mirone, presidente Federfarma Servizi - indirizzando le persone dallo specialista. Per questo, ne abbiamo formati moltissimi: contiamo di incrementare il numero di farmacie coinvolte per aumentare le possibilità di individuazione delle patologie in fase precoce».

Un'attenzione che deve co-

involgere tutti i soggetti coinvolti: «Ci battiamo da anni - conclude Gian Domenico Sebastiani, presidente Sir e direttore della Uoc Reumatologia del S. Camillo-Forlani di Roma - per sensibilizzare sull'estrema importanza della diagnosi precoce, che avrebbe anche un forte impatto sulla spesa pubblica, riducendone i costi nell'interesse di tutti. Stiamo portando avanti molte attività di ricerca, di formazione, di relazioni con le istituzioni ma anche di comunicazione perché è essenziale incrementare la conoscenza. Nell'ambito della campagna mediatica, abbiamo preparato anche degli opuscoli. A distribuirli potranno essere gli stessi farmacisti, che rappresentano spesso il primo contatto per i pazienti che iniziano ad avere dei sintomi».

I pazienti arrivano alla prima visita specialistica già colpiti da gravi sintomi, spesso invalidanti. I reumatologi: problema che tocca anche altre patologie



Gian Domenico Sebastiani







Dir. Resp. Marco Girardo

**MALATTIE RARE** 15mila in Italia

## Miastenia gravis, un farmaco dà nuove speranze

PAOLO VIANA

L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha appena approvato la rimborsabilità di un nuovo trattamento della miastenia gravis generalizzata - efgartigimod, una terapia biologica estremamente precisa, derivata da un frammento di anticorpo "progettato" per legarsi al recettore Fc neonatale che inibisce l'azione dell'immunoglobulina IgG che interviene nel meccanismo muscolare - per gli adulti positivi all'antico top antirecettore dell'acetilcolina (85% dei malati). Un passo importante, ha testimoniato Renato Mantegazza, direttore di Neuroimmunologia al Besta di Milano, intervenuto ieri al forum di Argenx, che ha sviluppato il trattamento e uno studio osservazionale su 2.500 pazienti, un terzo dei quali italiani. Questa malattia rara, alquanto sconosciuta, tanto invisibile non è se colpisce tra 56mila e

100mila persone in Europa e 15mila nel nostro Paese. Può interessare ogni muscolo del corpo, dalle palpebre alla respirazione. La miastenia grave è forse la meno rara tra le rare, in effetti. Il problema è che i pazienti la rilevano tardi e il medico ancor di più: «La diagnosi avviene spesso in ritardo di anni - ha sottolineato Rocco Liguori, ordinario di Neurologia a Bologna - e la malattia è caratterizzata da una fluttuazione dei sintomi, in cui si alternano miglioramenti spontanei e peggioramenti acuti che possono culminare nella crisi miastenica, che può richiedere l'ospedalizzazione e un intervento medico immediato».

Questa malattia autoimmunitaria - il nostro sistema difensivo si "confonde" e colpisce la giunzione neuromuscolare e danneggia la contrazione del muscolo - comporta danni personali e sociali importanti. Da un disturbo della masticazione o da uno sdoppiamento dell'immagine che vediamo si arriva a non poter svolgere le attività quotidiane (78% dei pazienti) e lavorare (81%), dovendo cambiare mansioni (se non si perde il lavoro) e moltiplicando i costi sa-

nitari. «In uno o due anni, se non è riconosciuta è stabilizzata, la malattia può evolvere in modo importante» ha confermato Liguori.

L'approccio medico deve essere multidisciplinare. Si parte con l'oculista, perché il sintomo più comune è lo sdoppiamento dell'immagine, piuttosto che l'otorinolaringoiatra. Per essere trattato, il paziente necessita di un supporto molto complesso. «Di fronte a questa malattia i medici hanno la consapevolezza di non saperla gestire e c'è un continuo rimpallo» ha detto Mantegazza, il quale ha sottolineato l'importanza dell'empatia medico-paziente per questa malattia cronica. «Il medico non deve mostrare di aver paura» ha ammonito. L'ansia e la frustrazione nei malati sono ricorrenti, perché tra diagnosi e insorgenza dei sintomi passa un periodo anche lungo. I più colpiti non sono più giovani e donne, come si credeva: sempre più dai 50 anni in su e anche dopo i 70 anni.





Dir. Resp. Marco Girardo

**FINE VITA** Diocesi preoccupate

## Veneto e Friuli, corsa per normare il suicidio assistito

FRANCESCO DAL MAS

**L**a proposta di legge di iniziativa popolare (campagna di "Liberi subito") sulle "Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito", con 7mila firme, ha iniziato il suo percorso nella terza Commissione del Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia, con la previsione di approvarla entro la fine di novembre. I promotori si pongono l'obiettivo di «definire il rispetto e la diretta applicazione, quanto a ruolo, procedure e tempi dei Servizi sanitari nazionale e regionale, di verifica delle condizioni e delle modalità di accesso alla morte medicalmente assistita affinché l'aiuto al suicidio non costituisca reato, così come delineato dalla sentenza della Corte costituzionale 242/2019».

Analoga proposta, supportata da 9mila firme, è stata presentata in Consiglio regionale del Veneto e in queste ore si sta discutendo se farla transitare prima in quinta Commissione, per un supplemento di contributi, o farla approdare direttamente in assemblea entro la fine dell'anno. In entrambe le Regioni c'è una maggioranza trasversale all'approvazione delle due leggi, che passa anche attraverso il Centrodestra, oltre che il Centrosinistra. E in Veneto il presidente Luca Zaia si è distinto nel sollecitarne la discussione e, quindi, l'approvazione. Guglielmo Cocco, che presiede il Coordinamento Persona, Famiglia e Vita nell'Archi-

diocesi di Udine, ha obiettato che «non si può accettare tranquillamente che decisioni su argomenti che riguardano in modo profondo la persona umana, siano delegate a tribunali, a commissioni, adesso al Consiglio regionale e non al Parlamento». I promotori della proposta di legge hanno spiegato di agire sulla base della sentenza della Corte costituzionale del 2019. «Ma la Corte ha ingiunto al Parlamento di legiferare, non alle Regioni - insiste Cocco -. Ha solo detto che il sistema sanitario regionale dovrebbe fornire gli strumenti di accertamento, non ha detto alle Regioni "legifera". In questo caso si tenta di far entrare in maniera surrettizia dalla finestra quello che non dovrebbe entrare dalla porta».

In Commissione a Trieste si sono ascoltati i primi portatori d'interesse, che sono entrati nel merito della proposta. Al termine dei lavori, il presidente Carlo Bolzonello ha precisato che altri 21 esperti, entro fine novembre, saranno auditi in Commissione. Il presidente ha sottolineato che «le audizioni servono a garantire l'approfondimento sul tema e ha suggerito di porre quesiti e chiedere chiarimenti dal punto di vista tecnico, giuridico, etico, sociale e morale degli auditi», rimandando il confronto politico all'interno del Consiglio regionale in occasione della discussione che sarà non solo sulla proposta di legge di iniziativa popolare riferita alle procedure e ai tempi per l'assistenza sanitaria al suicidio medicalmente assistito, ma anche su una mozione sul fine vita. I consiglieri regionali del Veneto Stefa-

no Valdegamberi (Gruppo misto) e il vicepresidente Nicola Finco (Lega), hanno chiesto che la proposta venga calendarizzata in Consiglio regionale a Venezia «unitamente al disegno di legge "Disciplina Regionale per la promozione delle cure palliative e dell'assistenza sanitaria alle persone affette da malattia terminale o inguaribile. E sul divieto dell'eutanasia».

Il mondo cattolico, sia in Friuli Venezia Giulia che in Veneto, non sta alla finestra rispetto al dibattito in corso. A giorni uscirà una lunga e approfondita nota della Conferenza episcopale del Triveneto e della Commissione per la Pastorale della salute dal significativo titolo "Suicidio assistito o malati assistiti?". Ancora lo scorso mese di maggio i vescovi delle 15 diocesi avevano anzitutto confermato la vicinanza e la solidarietà concreta a persone e famiglie in ogni fase della vita, e in particolare nei passaggi più travagliati e dolorosi. Avevano poi raccomandato che nessuno sia mai lasciato solo, ma sia sempre accompagnato e sostenuto, attraverso il maggiore ricorso alle cure palliative, oggi sempre più efficaci e fruibili, e anche potenziando il sistema di strutture che le possono garantire. Nello stesso tempo ribadivano il no a ogni forma di accanimento o abbandono terapeutico. Nei prossimi giorni «ulteriore approfondimento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





# Il pronto soccorso è chiuso per lavori: muore una donna

► Scafati, la 59enne aveva avuto un malore vicino all'ospedale. Il sindaco: «Riapritelo»

**Petronilla Carillo**

Una donna di 59 anni è morta per un malore improvviso accusato nei pressi dell'ingresso dell'ospedale di Scafati, senza avere la possibilità di essere soccorsa perché il Pronto soccorso è chiuso da giugno per lavori. L'ira del sindaco Aliberti che chiama in causa Regione e Asl chie-

dendo con urgenza la riattivazione del punto di primo intervento e la riorganizzazione del 118.

A pag. 11

# Pronto soccorso chiuso morta per un malore nei pressi dell'ospedale

► Scafati, è lite anche sull'arrivo del 118 Il sindaco Aliberti: «Noi senza assistenza» ► Il presidio è in fase di smobilitazione interi reparti inattivi, solo 24 i posti letto

## IL CASO/I

**Petronilla Carillo**

È morta così, davanti al cancello sbarrato dell'ospedale Mauro Scarlato di Scafati dove il marito l'aveva portata dopo un malore. Carla, 59 anni, era dal dentista in compagnia del coniuge quando si è sentita male: immediata la corsa in ospedale, a poca distanza dallo studio medico, nella speranza di trovare un medico disposto a visitarla. Poi la telefonata al 118: ma, per la donna, non c'è stato nulla da fare. Per ora la fa-

miglia non ha presentato alcuna denuncia ma è il sindaco di Scafati, Pasquale Aliberti, a sollevare gli scudi e puntare l'indice contro la poca assistenza dei cittadini sul territorio. Mela della discordia è proprio l'ospedale che, a detta del primo cittadino, è in fase di smobilitazione da parte dell'Asl Salerno, su decisione della Regione Campania nell'ottica di un ridimensionamento di medici e strutture. Il reparto di primo intervento dello Scarlato è chiuso da tempo mentre un'ala della struttura lo scorso anno fu devastata da un incendio. A giugno scorso altri reparti furono chiusi per consentire alcuni lavori di adeguamen-

to e di ristrutturazione dell'ospedale: gli interventi avrebbero dovuto durare sessanta giorni ma, ad oggi, i locali non sono stati riaperti e l'ospedale conta soltanto 24 posti letto (12 lungodegenza, 6 pneumologia e 6 malattie infettive), 4 in ria-



nimazione (2 Covid e 2 non Covid). Ventiquattro posti rispetto agli oltre 70 di un anno e mezzo fa (prima dell'incendio). Inoltre restano chiusi il laboratorio analisi, la Radiologia, la farmacia e diversi reparti: con apparecchiature mediche abbandonate a se stesse. Voci interne parlano anche di trasferimenti del personale sanitario subito dopo il Covid, periodo nel quale lo Scarlato divenne punto di riferimento per la cura del virus in tutta la provincia.

## IL SINDACO

«Va subito aperto - dichiara il sindaco Pasquale Aliberti - il punto di primo intervento dell'ospedale e deve anche essere riattivato il 118 con personale sanitario qualificato, altrimenti siamo davanti ai terroristi della sanità. Totale solidarietà alla famiglia della signora che, colta da improvviso male nei pressi dell'ingresso dell'ospedale, non ha avuto la possibilità di essere soccorsa perché da qualche mese la direzione sanitaria ha chiuso il punto di primo intervento. Da sindaco ho chiesto informazioni su quanto accaduto, anche alla luce dell'intervento della nostra polizia municipale, e ho appreso che la signora è stata soccorsa dal marito, che era con lei e che ha tentato un massaggio cardiaco. I nostri agenti della Municipale mi hanno riferito, inoltre, che una volta arrivati sul posto hanno allertato subito il 118, ma l'ambulanza è arrivata dopo oltre mezz'ora. Quanto è accaduto è gravissimo. Chi deve intervenire lo fac-

cia per evitare che tragedie simili si verifichino ancora. Premesso che la battaglia per il pronto soccorso è trasversale e va al di là delle ideologie, non sento di riversare responsabilità sui medici. Sono gli unici a non avere colpe, essendo anche loro vittime di una sanità che non tutela i diritti di nessuno». E ancora: «Tutti sanno, come io stesso ho denunciato anche ultimamente, che il 118 in questa Regione è composto solitamente da un autista, da un operatore sanitario e, nella migliore delle ipotesi, da un infermiere. Pertanto, auspico che questo episodio tragico possa indurre la Regione, la direzione sanitaria dell'Asl e tutti gli enti preposti a comprendere che va immediatamente disposta la riapertura del punto di primo intervento, i cui lavori sono terminati da tempo, e che va urgentemente riorganizzato il servizio del 118 garantendo che in una città come Scafati, e in una regione come la Campania, lo stesso servizio venga assicurato dal personale sanitario idoneo, dai medici, gli unici qualificati per gestire emergenze importanti».

## IL MEDICO

A rispondere al primo cittadino sulle capacità di gestire le emergenze del 118 è un medico che ieri è intervenuto in soccorso della signora. «È falso che l'ambulanza ha impiegato mezz'ora - spiega - il Saut di Angri ha ambulanza medicalizzata ma, evidentemente, era impegnata in altre emergenze: siamo stati chiamati noi da Angri, per for-

tuna ero di turno altrimenti la chiamata sarebbe stata passata ai colleghi che dovevano arrivare da più lontano. L'attivazione è stata alle 12.15, l'ambulanza è partita subito ed arrivata alle 12.25, il tempo per interventi urbani è di 8 minuti, extraurbani di 15: la paziente era già in arresto cardio circolatorio senza alcun segno vitale o neurologico. Il marito non stava eseguendo, quando siamo arrivati, nessun massaggio cardiaco».

## LA REPLICA

Intanto domani ci sarà un incontro tra la direzione generale dell'Asl e il Comune già programmato precedentemente. Il dg dell'Asl Salerno, Gennaro Sosto, è però molto chiaro: «Il problema sono le risorse umane. Abbiamo bandito un concorso e sono state presentate soltanto 17 domande: personale che dobbiamo impiegare in tutte le strutture di competenza». Il dg dichiara anche che i lavori sono stati consegnati soltanto un paio di settimane fa e che l'Asl sta provvedendo alle pratiche amministrative e alle certificazioni necessarie per la consegna dei locali, pur restando sempre il problema personale. «Devo garantire almeno sette medici per farli ruotare nei diversi turni e garantire una presenza h24 sette giorni su sette». E spiega anche che la signora è deceduta al di fuori della struttura dove un medico non può andare essendo una competenza del 118.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'ASL PARLA  
DI CARENZA DI MEDICI  
E DI LOCALI  
RISTRUTTURATI  
«MA IN ATTESA  
DI COLLAUDO»**



**DISMISSIONE**  
L'ospedale di Scafati in via di smantellamento: intere ali del presidio non funzionanti, una è stata interessata da un incendio nei mesi scorsi. Flessano attivi solo 24 posti letto. Chiuso il pronto soccorso. Il sindaco accusa Regione e Asl

