



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

6 FEBBRAIO 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



A Palermo

Forum sanità pubblica, flash mob contro le nomine dei manager

Diciotto poltroncine bianche piazzate sulla strada e gli striscioni issati dai partecipanti: "Vergognatevi. La salute non si vende".

6 Febbraio 2024 - di [Redazione](#)

Si è svolto il flash mob del **Forum sanità pubblica** Palermo e provincia davanti alla presidenza della Regione contro le nomine dei **manager** delle aziende sanitarie e i criteri adottati. Diciotto poltroncine bianche piazzate sulla strada e gli striscioni issati dai partecipanti con su scritto *"I partiti si spartiscono le poltrone mentre la sanità pubblica muore. Vi dovete vergognare"* e *"La salute non si vende, la sanità pubblica si difende"*. **I partecipanti al flash mob** si sono passati di mano in mano i cartelli con i nomi di Asp e ospedali siciliani per raffigurare il cambio di poltrone da un'azienda all'altra. Un'iniziativa simbolica per manifestare **"disagio, disgusto e dissenso"** sulle nomine nella sanità siciliana decise dal governo regionale a fine gennaio. Alla fine il Forum, avendo da tempo chiesto un incontro direttamente con il presidente della Regione Renato Schifani, ha rinunciato a salire negli uffici per incontrare ancora una volta (come per la manifestazione di ottobre) un rappresentante "tecnico" e non politico del governo. «Siamo stati costretti ad assistere in queste settimane a un teatrino. Un walzer delle poltrone, una ripartizione avvenuta a danno della sanità siciliana e dei siciliani tutti», dichiara **Giorgio Martinico**, uno dei portavoce del Forum- Gli stessi manager che hanno **distrutto** la sanità siciliana vengono riconfermati o semplicemente spostati da una poltrona all'altra. La logica non è quella delle competenze, del merito, della bravure ma solo della spartizione tra partiti politici.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Di fronte a questo **scempio**, con una sanità che sta morendo, ci sembrava giusto venire sotto la presidenza della Regione a far presente al governatore, al quale abbiamo chiesto vanamente ancora una volta un incontro, il nostro disgusto verso questo modo di gestire la sanità e quindi i diritti dei cittadini siciliani». Un sit-in per esprimere disapprovazione contro “**il metodo spartitorio**” che ha governato le nomine. «Una logica che ha superato anche il merito, nel senso che direttori che sono stati pubblicamente ripresi dal presidente della Regione, come il direttore di Villa Sofia e del Civico, sono stati riconfermati se non addirittura promossi- aggiunge **Ernesto Melluso**, un altro portavoce del Forum- Direttori che hanno lasciato marcire il problema delle liste d’attesa, che oggi risulta intollerabili, direttori che non hanno risolto minimamente i problemi del pronto soccorso, anch’essi intollerabili, vengono riconfermati nei loro posti o addirittura promossi». «La scelta di questo governo- prosegue l’altra portavoce del Forum **Laura Di Martino**- è stata di spartire queste poltrone a partiti politici e amici piuttosto che trovare una soluzione basata sulla meritocrazia e sull’etica. Ma ci chiediamo: quali sono le politiche che questo governo vuole mettere veramente in campo per garantire quella che è la **sanità pubblica** e per lo smaltimento delle liste d’attesa? Abbiamo chiesto di incontrare il presidente Schifani. Siamo ancora in attesa di essere ricevuti. Chiediamo di interloquire con la politica, che deve pensare al **benessere collettivo**, applicare lo statuto 32 della nostra Costituzione e dare risposte ai cittadini e non ai partiti politici». Il Forum inoltre ha manifestato solidarietà nei confronti della dirigente dell’Ospedale dei bambini rimossa e trasferita al Civico, dopo la lettera di denuncia di una mamma sulla disorganizzazione nel reparto in cui era ricoverata la figlia: «Hanno trovato un capro espiatorio e hanno risolto il problema così. Si trattava di riorganizzare il servizio, non di procedere con una rimozione».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

A Palermo il IV Summit Itinerante sulle mutilazioni genitali femminili

ROMA (ITALPRESS) – Le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono le procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili e tutte le altre lesioni ai genitali femminili effettuate per motivi non medici, ma per ragioni culturali, di pressione sociale e per tradizioni che perpetuano un distorto ideale di purezza.

ROMA (ITALPRESS) - Le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono le procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili e tutte le altre lesioni ai genitali femminili effettuate per motivi non medici, ma per ragioni culturali, di pressione sociale e per tradizioni che perpetuano un distorto ideale di purezza. Di solito vengono eseguite da un circoncisore tradizionale con una lama e senza anestetico. Si stima che nel mondo (dati Unicef e Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione, Unfpa) vivano almeno 200 milioni di donne e ragazze che hanno subito mutilazioni genitali (MGF) e che circa 68 milioni di donne rischiano di subirle entro il 2030. In Italia, secondo una ricerca dell'Università Bicocca di Milano, le donne che hanno subito queste mutilazioni sono quasi 88.000. Nonostante i grandi numeri, nel nostro Paese sono ancora poche le donne che denunciano la propria esperienza di mutilazione e che mettono in discussione questa pratica. Sono ancora meno le donne che, in un processo di conoscenza e cambiamento chiedono di ripristinare, in forma e funzione, i loro genitali esterni, al fine di ridurre dolori e disagi nella vita di tutti i giorni e per una piena e soddisfacente sessualità. Conoscere e capire questo fenomeno, approfondirlo attraverso il confronto scientifico e culturale è uno strumento fondamentale per divulgare consapevolezza e proporre azioni concrete presentando la chirurgia plastica come strumento di cura. E' con questi obiettivi che si riunirà il 6 febbraio al Palazzo Steri di Palermo, in occasione della Giornata Mondiale della Tolleranza Zero contro le Mutilazioni genitali femminili, il IV Summit Itinerante sulle Mutilazioni Genitali Femminili, organizzato dalla Società Italiana di Chirurgia



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Plastica Ricostruttiva-rigenerativa ed Estetica (SICPRE) in collaborazione con l'Unità operativa di Chirurgia Plastica del Policlinico "Paolo Giaccone" diretta da Adriana Cordova. "L'incontro del 6 febbraio - dice la professoressa Adriana Cordova - è un'occasione per approfondire il tema, informare e sensibilizzare su questa pratica che costituisce nel diritto internazionale una grave violazione dei diritti umani a danno di milioni di bambine, ragazze e donne. Nel programma una tavola rotonda con la partecipazione di ginecologi, sociologi, psicoterapeuti e antropologi, oltre che ovviamente di chirurghi plastici e associazioni del territorio, al fine di creare una sinergia tra le categorie professionali coinvolte nel tema e assicurare la migliore assistenza alle donne vittime di questa pratica". "Il Summit - dice Stefania de Fazio, presidente SICPRE e nel 2019 ideatrice della manifestazione - è l'emblema dell'impegno scientifico e umanitario della SICPRE nei confronti delle donne vittime di mutilazione genitale, un impegno che vogliamo tradurre in percorsi concreti e accessibili. Sosteniamo infatti la creazione di unità ospedaliere multidisciplinari dedicate, le MGF Unit, composte da ginecologi, psicologi, urologi e ovviamente chirurghi plastici, per dare a queste pazienti accoglienza e il miglior trattamento possibile. Accanto alla SICPRE anche ActionAid, al lavoro per approntare una rete di informazione e consapevolezza che coinvolge la società, la scuola e fornisce supporto legale e mediazione linguistica". Le mutilazioni genitali femminili sono riconosciute dall'Organizzazione delle Nazioni Unite come una pratica contro i diritti umani, ma sono ancora eseguite in diverse aree del mondo, dall'Africa all'Indonesia. Possono avvenire nelle prime settimane di vita, durante l'infanzia o all'inizio della pubertà e con modalità e conseguenze diverse. Per quanto riguarda la stragrande maggioranza delle donne che hanno subito le MGF che vivono in Italia, la mutilazione avviene prima della migrazione oppure, nel caso delle seconde generazioni, in occasione di un viaggio nel Paese di origine. Quando si asporta il clitoride (in realtà la sua parte "sporgente") si parla di mutilazione di grado 1; quando oltre a questo si riducono o eliminano le piccole labbra si è di fronte a una mutilazione di grado 2; quando si aggiunge il restringimento dell'introito vaginale, la cosiddetta infibulazione, è stata praticata una mutilazione di grado 3 e 4, a seconda dell'estensione della sutura di chiusura. Anche per i metodi rudimentali solitamente impiegati, le mutilazioni genitali femminili sono spesso causa di gravi infezioni e possono portare alla morte. La conseguenza è pesantissima anche da un punto di vista psichico, a causa del trauma subito e dei disagi conseguenti, tra cui la difficoltà nella minzione (gli esiti cicatriziali rendono lungo e difficile lo svuotamento della vescica), il dolore durante i rapporti sessuali e l'impossibilità di partorire naturalmente.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

La IV edizione del Summit Itinerante sulle Mutilazioni Genitali Femminili si tiene il 6 febbraio 2024 a Palermo, a Palazzo Steri (Aula Magna, Piazza Marina 61), sede del Rettorato dell'Università. La manifestazione è aperta al pubblico e si svolge dalle ore 16,00 alle 19,00 circa. L'approccio scientifico, legale e sociologico al tema delle mutilazioni sarà arricchito da una performance teatrale e dalla presenza di rappresentanti delle associazioni legate al mondo africano che contribuiscono a rendere il Summit un concreto e prezioso momento di riflessione, condivisione e sensibilizzazione. Saranno presenti gli esponenti delle istituzioni cittadine regionali e ministeriali insieme a rappresentanti delle categorie professionali che studiano il fenomeno delle MGF da un punto di vista medico, scientifico e culturale.

Salute 24

Ospedali
Personale, deciderà
un algoritmo

Marzio Bartoloni — a pag. 30

Personale, addio al tetto di spesa Fabbisogni decisi dall'algoritmo

Il nuovo modello. È pronto lo strumento che calcola in base a posti letto e tipologia di pazienti il numero di medici e infermieri necessario a ogni ospedale. L'obiettivo è sostituire l'attuale vincolo sulle assunzioni

Marzio Bartoloni

Finalmente si potrà stabilire quanti medici e infermieri servono in ogni ospedale per singolo reparto in base ai posti letto e alla tipologia di pazienti che sono curati in quelle stesse corsie. Questo grazie a un sistema tagliato come un abito su misura in grado di definire ogni anno per la singola struttura un livello minimo di personale necessario per aprire il reparto (e avere l'accreditamento) e anche un tetto massimo: in questo *range* le Regioni nella loro autonomia potranno decidere quanti camici bianchi e operatori sanitari servono per far funzionare i loro ospedali.

A calcolarlo è il nuovo algoritmo frutto della sperimentazione a cui lavora l'Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, insieme ai tecnici di Regioni, Mef e ministero della Salute. Una sperimentazione, prevista dalla legge di bilancio del 2022 e da un successivo decreto firmato da Mef e Salute sul «metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del Ssn», che è alle battute finali e che consegnerà entro l'estate i risultati di questa metodologia ai ministri Schillaci e Giorgetti dopo una condivisione anche con i sindacati.

Per il mondo della Sanità questo algoritmo potrebbe rappresentare una specie di «sacro Gral» per provare ad affrontare una volta per tutte l'emergenza legata alla carenza cronica di medici e infermieri dopo quasi 20 anni di tetto di spesa sulle

assunzioni del personale nel Ssn che tanti danni ha provocato. Una svolta quella dell'addio a questo tetto di spesa statico - che calcola gli spazi sulle assunzioni su quanto è stato speso nel 2004 tolto l'1,4% - che lo stesso ministro Orazio Schillaci si è impegnato a superare entro l'anno e che anche la premier Giorgia Meloni durante il recente *question time* in Parlamento culminato nello scontro con la segretaria Pd Elly Schlein sulla Sanità ha definito come «un obiettivo che abbiamo e che contiamo di raggiungere quanto prima, compatibilmente con gli impegni di finanza pubblica».

La tabella di marcia sarebbe già definita: dopo il primo test di questo algoritmo sui dati del 2022 su un campione di 9 Regioni nelle prossime settimane arriveranno i risultati sui dati del 2023 stavolta con il coinvolgimento di tutte le Regioni. Una volta calcolati i fabbisogni di personale per ogni ospedale i risultati definitivi saranno consegnati al massimo entro settembre al Governo in modo da poter arrivare all'addio al tetto di spesa con la prossima legge di bilancio da chiudere il prossimo dicembre. Al momento i primi dati raccontano che tutte le regioni - chi più e chi meno (l'Emilia in particolare sarebbe messa meglio delle altre) - si trovano sotto l'asticella massima di personale indicata dall'algoritmo. Il punto di forza di questo strumento è la sua flessibilità e la capacità di fotografare nel dettaglio il fabbisogno del personale partendo dai letti presenti in un ospedale

per i vari reparti (geriatria, medicina, chirurgia, ecc.) e dai cosiddetti Drg - i casi trattati - che indicano anche la complessità delle prestazioni erogate. Un sistema cucito sul singolo ospedale che tiene conto anche delle ore lavorate dal personale (un dato da poco entrato nel sistema di calcolo del conto annuale) e che è in grado di aggiornare la determinazione dei fabbisogni ogni anno in base ai nuovi dati.

«Con questo lavoro consegniamo al Governo la possibilità di superare un tetto statico che per 20 anni ha creato molti problemi: grazie a un algoritmo introduciamo una specie di abito su misura per ogni ospedale», avverte Domenico Mantoan direttore di Agenas che tira le fila dei lavori di questa nuova metodologia. Mantoan sottolinea come finora «sia stata sbagliata la programmazione dei professionisti della Sanità. Questo è uno strumento che offre la possibilità anche di programmare nel tempo il numero di professionisti aggiornando il fabbisogno con un metodo dinamico e non con uno strumento brutale come è stato



quello del tetto di spesa».

Certo sostituire l'attuale tetto sulle assunzioni - in vigore da quasi 20 anni e sempre riconfermato dai Governi di tutti i colori politici (l'ultima modifica nel 2019 consente in realtà di scegliere il più favorevole tra due tetti) - con il nuovo meccanismo non basterà a risolvere il problema della carenza legato anche alla difficoltà di trovare operatori disponibili e alla poca attrattività del

Servizio sanitario, tra stipendi bassi e turni massacranti. Ma può essere il primo passo concreto per superare l'emergenza personale che si è aggravata con il Covid.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A breve i risultati della sperimentazione su tutte le Regioni. Il modello potrebbe entrare nella prossima manovra



DOMENICO MANTOAN
Direttore dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali che tira le fila della sperimentazione del nuovo modello per definire i fabbisogni di personale



Allarme carenza.

Si stima che manchino almeno 70mila infermieri e circa 20mila medici. A pesare su queste carenze è il tetto di spesa sul personale che da quasi 20 anni frena le assunzioni nel Servizio sanitario



Medici italiani i più vecchi nella Ue, pressing per farli lavorare fino a 72 anni

In là con gli anni, insufficienti soprattutto sul territorio, sempre più tentati dal privato o addirittura dalla fuga all'estero. È il ritratto dei medici italiani che emerge dall'ultima fotografia scattata nei giorni scorsi dall'Istituto Nazionale di Statistica in relazione ai diversi disegni di legge sull'accesso ai corsi di laurea in Medicina.

Il dato che colpisce ancora una volta è l'età avanzata dei nostri camici bianchi effetto anche del tetto di spesa sul personale che da quasi 20 anni frena il turn over (si veda articolo a fianco): secondo l'Istat i medici italiani sono i più anziani d'Europa visto che il 55,2% ha più di 55 anni, a fronte del 44,5% in Francia, del 44,1% in Germania, del 32,7% in Spagna. In particolare i medici specialisti in attività nel sistema sanitario pubblico e privato, hanno una età media nel 2022 pari a 53,7 anni, con una quota pari al 49,2% di medici specialisti con 55 anni e più. Tra le specializzazioni più diffuse, la percentuale di specialisti over 54 supera il 50% tra i cardiologi, i ginecologi, gli internisti, gli psichiatri e soprattutto i chirurghi (58,6%); diverse altre specializzazioni fanno registrare comunque un ritmo di "invecchiamento" molto sostenuto: tra il 2012 e il 2022 la quota di over 54 anni tra i medici d'urgenza è passata dal 26% al 41,8%; tra gli oncologi dal 23,7% al 32,8%; tra i geriatri dal 32,8% al 45,2%.

Il fenomeno è stato più volte segnalato anche dai sindacati medici, che hanno previsto che a causa della cosiddetta gobba pensionistica circa 40mila professionisti lasceranno la professione solo nel triennio 2023-2025. Il presidente della Fnomceo Filippo Anelli ricorda infatti come oggi in Italia c'è un 20-30% in più di medici rispetto alle condizioni ordinarie che va in pensione ma questo squilibrio si esaurirà nel giro di 5-6 anni. «Perché tra 10 anni in Italia - spiega Anelli - ci saranno poco più di 6mila medici che andranno in pensione, rientrando così, sostanzialmente in una fascia di normalità rispetto all'eccessivo numero di professionisti che oggi hanno un'età maggiore in

confronto alla media europea».

Insomma l'emergenza carenza medici colpisce gli ospedali in questo momento e lo farà ancora per qualche anno. Per questo non mancano iniziative di ogni tipo per riempire questi vuoti a partire dal nuovo tentativo in Parlamento per portare l'età pensionabile dei camici bianchi a 72 anni: da domani dovrebbe partire l'esame degli emendamenti al decreto milleproroghe e tra quelli segnalati c'è anche una modifica a firma di Luciano Ciocchetti (Fdi) che prevede appunto fino al 2025 la possibilità per dirigenti medici e sanitari di restare in servizio su base volontaria fino a 72 anni con un ruolo di formazione e tutoraggio del personale più giovane, ma rinunciando agli incarichi dirigenziali come quello da primario. Il via libera è in salita viste anche le critiche dei sindacati medici, ma la maggioranza sembra intenzionata a non mollare e non si esclude una riformulazione da parte del Governo. È invece ormai sicuro il via libera allo scudo penale per il personale sanitario che interviene sulla colpa medica: i camici bianchi saranno punibili penalmente solo per colpa grave. Resterà invece sempre possibile avanzare richieste di risarcimento in sede civile.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA LETTERA DI 65 ASSOCIAZIONI

Malati rari, l'appello al governo

Le famiglie chiedono nuovi test neonatali
 Il dibattito sullo screening per la Sma
 Le scelte delle Regioni per la prevenzione
 Ostacoli sul lavoro per 7 persone su 10
 «Servono misure di aiuto per i caregiver»

di **Chiara Daina**

Nascere con una malattia rara (per «rara» si intende che colpisce non più di 5 persone ogni 10mila) significa spesso avere una vita difficile. Gli effetti che provoca possono essere gravi, invalidanti, persino letali nell'infanzia. «Non c'è più tempo da perdere: bisogna allargare gli screening neonatali alla lista di patologie rare per cui esistono già delle terapie efficaci in grado di salvare la vita o di impedire che il neonato vada incontro a pesanti disabilità»: è l'appello che 65 associazioni di malati rari e familiari hanno rivolto con una lettera alla presidente del Consiglio e al ministro della Salute per chiedere al più presto un decreto di aggiornamento del pacchetto nazionale del test neonatali obbligatori offerti dalla sanità pubblica con l'inserimento delle dieci patologie rare ritenute ammissibili allo screening dal gruppo di esperti dello stesso Ministero. Malattie che se ricercate alla nascita grazie ai farmaci disponibili possono essere curate.

«Finora nessuno ci ha risposto» dichiara Stefania Tobaldini, presidente dell'Associazione italiana Anderson-Fabry, promotrice dell'appello. Il Ministero della Salute fa sapere al *Corriere* di aver proposto un emendamento al decreto Milleproroghe - al vaglio

del ministero dell'Economia: se dovesse passare verrebbe votato la prossima settimana alla Camera - per anticipare intanto l'entrata in vigore dello screening per la Sma, l'atrofia muscolare spinale, una delle nuove patologie candidate al test neonatale (le altre sono le immunodeficienze congenite severe e le malattie da accumulo lisosomiale). «La Legge di Bilancio 2019 aveva stabilito che l'elenco di patologie da sottoporre a screening neonatale fosse revisionato almeno ogni 2 anni, ma nonostante le nostre tante sollecitazioni stiamo scontando un drammatico ritardo», denuncia Tobaldini. Gli screening consistono in un prelievo di sangue nelle prime 48-72 ore di vita del bambino per identificare la malattia prima della comparsa dei sintomi: «Non sono una spesa ma un investimento che evita un domani di girare alla cieca in cerca di una diagnosi, spreco del tempo in visite ed esami inutili, e di rischiare gravi danni». Giancarlo La Marca, responsabile del laboratorio di screening neonatale dell'ospedale pediatrico Meyer di Firenze, che fa parte del gruppo di lavoro ministeriale, chiarisce che «individuare il disturbo alla nascita consente di intervenire subito e in modo mirato per rallentare la patologia, migliorare la qualità di vita e in alcuni casi persino guarire».

Oggi in tutte le regioni sono erogati gratuitamente ai nuovi nati gli esami per la diagno-

si precoce di 49 malattie rare congenite (lo spettro più ampio a livello europeo), per la maggior parte di tipo metabolico. In attesa del decreto di aggiornamento, secondo l'Osservatorio malattie rare, circa metà delle Regioni (Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Veneto, Liguria, Puglia, Piemonte, Valle d'Aosta, Toscana, Province di Trento e Bolzano) si è attrezzata per fornire a proprie spese lo screening per la Sma. «Bambini che prima non arrivavano a due anni oggi sopravvivono e possono sedersi e anche camminare grazie a una terapia genica che corregge il gene difettoso», spiega La Marca. «Un diritto che resta negato però in metà del Paese. E ancora meno - incalza la direttrice dell'Osservatorio Ilaria Ciancaleoni - sono le Regioni che in autonomia riescono a offrire i test per la malattia di Fabry e di Gaucher».

L'indagine

Una recente survey dell'Osservatorio (condotta su oltre 400 associazioni) ha messo in luce le principali difficoltà che affrontano le persone con una malattia rara e i loro parenti. Quasi il 70% delle famiglie lamenta disagi per aver dovuto lasciare o ridurre il lavoro per prendersi cura del malato e



spesso pagare di tasca propria alcuni servizi, come psicologo, fisioterapista e supporto a domicilio. Circa il 20% dei pazienti più giovani afferma di aver avuto problemi nel proseguire gli studi e il 44% degli adulti ha dovuto diminuire il lavoro o rinunciarvi, o non ne ha trovato uno adatto alle sue condizioni. Più di una persona su 3 evidenzia una carenza di figure professionali (come lo psicologo) nella presa in carico e criticità nell'accesso a terapie, bonus e aiuti economici. Un altro 30% ha riscontrato ostacoli nel riconosci-

mento dell'invalità civile e della legge 104. Si aggiungono il disagio nel muoversi a causa delle barriere architettoniche (28%) e le difficoltà a ottenere l'esenzione dal ticket per visite ed esami (27%) e i permessi lavorativi (17%). «Riteniamo prioritarie - conclude Anita Pallara, presidente dell'associazione Famiglie Sma - le misure di sostegno per i caregiver familiari e l'assistenza alla persona per frequentare spazi pubblici e avere una vita sociale: chi ha una malattia rara

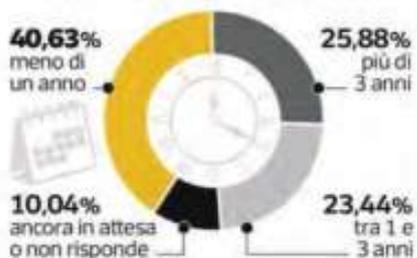
non può essere considerato solo un paziente e non ha bisogno solo sanitari».

Giocare d'anticipo
Con un prelievo di sangue nelle prime 48-72 ore di vita si può identificare la malattia

LA MAPPA DELLE DIFFICOLTÀ

(indagine su 1.105 tra pazienti caregiver e rappresentanti di Associazioni)

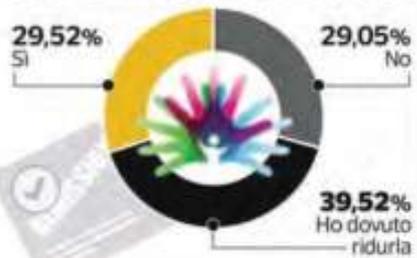
DOPO QUANTO TEMPO DAL PRIMO SOSPETTO È STATA FATTA LA DIAGNOSI



DOVE È STATA FATTA LA DIAGNOSI



HAI DOVUTO RINUNCIARE AL LAVORO PER ASSISTERE COME CAREGIVER UNA PERSONA CON MALATTIA RARA?



LUOGHI DI CURA



107.000 €
 «Costo» medio annuo per ogni persona con malattia rara

MAGGIORI DIFFICOLTÀ IN RELAZIONE

(in percentuale)

...AI DIRITTI



...ALL'ASSISTENZA



Fonte: VII Rapporto dell'Osservatorio malattie rare



IL COLLOQUIO

Orazio Schillaci

“Social, è allarme dipendenze Piattaforme e scuole ci aiutino”

Il ministro della Salute: “Si manifesta anche con la diffusione dei disturbi alimentari
Una strage silente: dopo gli incidenti stradali, è la prima causa di morte tra i giovani”

PAOLO RUSSO
ROMA

«In occasione della Giornata mondiale per la sicurezza in Rete, più di uno studio ha fatto suonare il campanello d'allarme sul rischio di dipendenza da videogiochi per oltre un ragazzo su dieci o sul cyberbullismo, che colpisce una fetta simile degli studenti» confida il ministro della Salute Orazio Schillaci, che accetta di parlare di quanto ritiene una vera emergenza. «Sono rimasto colpito dal dato riportato sabato dall'inchiesta de *La Stampa* sul mezzo milione di giovani e giovanissimi che nel nostro Paese è dipendente dai social network - spiega -. Si tratta di un fenomeno che numerosi studi correlano all'aumento dei disturbi mentali sempre più diffusi, non solo nella nostra generazione Z, ma anche in quella Alpha. Ossia, tra i nati dopo il 2012. Non a caso definiti anche “screenagers” per il tempo che trascorrono davanti agli schermi di pc, tablet e smartphone». Il ministro è netto, non esita a definire il problema «una nuova emergenza sanitaria, che si manifesta anche con la sempre più preoccupante diffusione dei disturbi alimentari, ai quali recenti studi attribuiscono oltre quattromila morti l'anno tra i ragazzi sotto i 24 anni». Secondo lui «dopo gli incidenti stradali è ormai questa la prima causa di morte tra i nostri giovani. Una strage silente, di fronte alla quale non possia-

mo restare indifferenti». Schillaci ci tiene però subito a sgomberare il tavolo da qualsiasi equivoco: «Io non ne faccio uso ma dico che i social vanno ben utilizzati, non demonizzati. È infatti innegabile che queste piattaforme offrono ai giovani strumenti per creare, mantenere o sviluppare relazioni interpersonali anche nel mondo reale. Ci sono indagini che dimostrano come le forti amicizie adolescenziali possano essere rafforzate dall'interazione con i social media. Anche se questo finisce per fare più ricco chi è già ricco nel senso delle relazioni sociali». Il ragionamento è questo: chi ha maggiori difficoltà a relazionarsi è sempre più spinto verso una bolla dal cambio di strategia dei nuovi social network come Tik Tok, che con i loro algoritmi segreti propongono a velocità sempre maggiore video e contenuti adatti più a trattenere davanti allo schermo che ad essere condivisi con gli altri. «In questo modo è chiaro che chi ha un problema, ad esempio con il cibo, finisce per amplificarlo, per questo è necessario chiedere ai colossi che governano nella Rete il mondo dei social più trasparenza su modalità di profilazione degli utenti e selezione dei contenuti», continua il ministro. Che prima di lanciare delle proposte ci tiene però a chiarire che «imporre divieti nella Rete non ha senso, sia per la facilità con la quale possono essere aggirati, sia perché se vogliamo prevenire l'“Internet Addic-

tion Disorder” dobbiamo partire da tutto ciò che può servire a rinforzare l'autostima e il rispetto di sé, la capacità di gestire i conflitti, il senso critico nei confronti di messaggi e immagini mediatiche». Subito dopo però Schillaci qualche idea la mette sul tavolo della riflessione sulla “social dipendenza” da cui derivano depressione, ansia, anoressia e bullismo tra i nostri ragazzi.

«Credo si debba chiedere uno sforzo in questo senso ai colossi del web che gestiscono queste piattaforme - insiste il ministro della Salute -. Accusarli di avere “le mani sporche di sangue”, come si è spinto a dire qualche senatore americano è sicuramente eccessivo, ma anche il dibattito che si è aperto sul tema, soprattutto nei Paesi anglosassoni, suggerisce come sia venuto il momento di chiedere a chi gestisce un mercato da 270 miliardi di dollari di fare la propria parte». Da qui l'idea di «introdurre degli avvisi “pop-up” che allertino gli

utenti quando l'utilizzo dei social media ha superato un tempo ritenuto potenzialmente dannoso e che recenti studi britannici collocano al di sopra delle due ore. Ho letto un sondaggio secondo cui 7 giovani su 10 sarebbero persino favorevoli a un sistema di au-



LA STAMPA

tospegnimento. Ma, senza arrivare a misure dal sapore proibizionistico, sarebbe sufficiente avvisarli del pericolo, magari fornendo informazioni e consigli sulla dipendenza dai social media». Uno dei fattori che alimenta l'epidemia di disturbi alimentari è l'assillante riproposizione di modelli estetici irraggiungibili. Su questo Schillaci crede «sarebbe già molto utile se le piattaforme, e anche i grandi marchi della moda, evidenziassero quando le immagini di quei corpi perfetti sono state "photoshoppate" per migliorare l'a-

spetto di modelle e persone». Per il ministro però servirà anche «educare i ragazzi all'uso sicuro dei social nella scuole, coinvolgendo insegnanti, genitori e istruttori sportivi».

Un'educazione civica 4.0 che richiederà al più presto l'apertura di un tavolo con gli attori interessati. Magari promuovendo percorsi educativi e il trattamento dei comportamenti compulsivi. Obiettivi del progetto "generazione Z", coordinato dall'Iss, che indaga sulle dipendenze da inter-

net tra 11 e 17 anni e che offrirà ai decisori più di uno spunto su cui riflettere. —

I divieti in Rete non hanno senso, ma serve chiedere uno sforzo ai colossi del web

Propongo pop up che allertino gli utenti quando l'uso dei social supera un certo tempo

Sarebbe utile se i marchi della moda scrivessero quando le immagini sono "photoshoppate"

L'allarme

Esiste il rischio di dipendenza da videogiochi per oltre un ragazzo su 10. Nella foto, il ministro Grazio Schillaci



Così su La Stampa



Domenica scorsa il direttore Andrea Malaguti ha dedicato il suo editoriale proprio al mondo dei social e all'allarme che provocano



il dossier

Due milioni di minori con disturbi mentali E soltanto uno su 4 è seguito da esperti «Pochi gli psichiatri»

Maria Sorbi

■ La prof accoltellata a Varese, quella aggredita ad Abbiategrasso. E ancora, il preside assalito dalla mamma di uno studente, l'insegnante bersagliato con i proiettili di plastica dai suoi alunni. Le forme di violenza sui docenti sono sempre di più e di varia natura. Ognuna scoperchia un problema diverso: il bullismo, i genitori «molli», la fragilità giovanile, un disturbo psichico che non ha mai avuto un nome.

L'ultimo episodio di Varese dà il pretesto per addentrarsi in un tema passato troppo spesso in secondo piano: il disagio psichico. Spesso confuso con impulso adolescenziale, con malessere post pandemico, con debolezza e ribellione tipiche dell'età. Eppure il quadro italiano è preoccupante, a cominciare dai numeri: i ragazzini tra i 10 e i 19 anni che manifestano disturbi psichici sono 2 milioni secondo il rapporto Sinpia, la società italiana di neuropsichiatria infantile. Ma solo il 20% riceve una diagnosi, gli altri restano in un limbo che, se va bene, li lascia nell'ombra di una quotidianità difficile e annodata. Se va male, li fa varcare il cancello

della scuola con un coltello in mano, incapaci di gestire e frenare istinti, rabbia e tutto quel mondo interiore che li rende frustrati. Il prof diventa il bersaglio più vicino, quello più «scomodo», quello da affrontare.

Solo il 25% di chi ha un disturbo riceve un trattamento appropriato. E la responsabilità non può cadere solo sulla scuola. Spesso chi ha bisogno di un ricovero non viene ricoverato. Chi invece viene dimesso resta abbandonato a se stesso. Mancano neuropsichiatri infantili (bisognerebbe formarne 400 all'anno), mancano posti letto (ce ne sono 400 e ne servirebbero almeno 700) e nel Servizio sanitario nazionale servono almeno 15mila psicologi contro i 5mila di oggi. Soprattutto mancano le strutture semiresidenziali, i centri diurni, gli interventi intensivi a domicilio.

Il problema quindi è aggravato sia dal fatto che molti giovani non chiedono aiuto sia dalle difficoltà ad accedere ai servizi di salute mentale. Una rete c'è (il bonus psicologo, la presenza di uno psicologo a scuola) ma evidentemente

non è sufficiente visto l'aumento delle richieste (soprattutto dopo la pandemia) e il sottobosco di malessere da stanare. Non solo, il sistema informativo sulla salute mentale che raccoglie i dati dai dipartimenti e li invia al ministero della Salute riguarda solo i cittadini italiani da 18anni in su. Quindi spesso del disagio giovanile non c'è traccia nei rapporti ufficiali. Insomma, i «buchi» sono parecchi e non può essere solo la scuola a farsi carico di tutto. Perché, anche quando i ragazzi sono seguiti bene e conosciuti da anni, non basta.

Il ministro all'Istruzione Giuseppe Valditara sta cercando non solo di portare lo psicologo a scuola ma anche di insegnare alla comunità scolastica ad essere «solidale» nei confronti di chi ha un disagio. E creare una rete sociale potrà contribuire a responsabilizzare i genitori perchè affrontino (non da soli) il problema dei propri figli. Il ministero sta anche lavorando per migliorare il sostegno: innanzitutto con insegnanti specializzati e non più «migrati» da altre materie. E poi garantendo più stabilità, sia stabilizzando i docenti, sia dando la possibilità alle famiglie di ragazzi disabili di chiederne la presenza per almeno tre anni.

LE LACUNE

Non ci sono abbastanza posti letto, centri diurni e interventi a domicilio

NELLE AULE

In arrivo prof di sostegno specializzati, psicologi e rete solidale per i genitori





Dir. Resp. Marco Girardo

I CASI Già 15 detenuti si sono tolti la vita

C'è l'emergenza sanitaria dietro ai suicidi in carcere Meloni: servono più posti

Quindici detenuti si sono tolti la vita nelle carceri italiane dall'inizio dell'anno: una carneficina. Gli ultimi due sabato e domenica scorsi, nelle case circondariali di Caserta e Verona. Per don Carlo Vinco, Garante comunale dei detenuti a Verona, occorre offrire opportunità di relazioni e di lavoro ai detenuti. Samuele Ciambrello, garante regionale in Campania, denuncia invece l'indifferenza della politica. La presidente del Consiglio, Giorgia Meloni sostiene che la soluzione è avere «più posti» e non «togliere i reati, come vuole la sinistra».

In un'intervista ad "Avvenire", Irene Testa, Garante per la Sardegna, parlando anche del caso Zuncheddu, l'innocente recluso per 33 anni, sottolinea invece che «così com'è, il carcere non riabilita nessuno».

David Maria Riboldi, cappellano della casa circondariale di Busto Arsizio, interviene sulla sentenza della Corte costituzionale sui colloqui in carcere, per sottolineare che la privazione della libertà è un concetto diverso dalla privazione degli affetti.

Fulvi, Liverani e Riboldi a pagina 11

Suicidi in cella, la strage silenziosa «Servono più medici e psichiatri»

FULVIO FULVI

Quindici detenuti si sono tolti la vita nelle carceri italiane dall'inizio dell'anno: una carneficina. Il vortice della morte dunque non si ferma, nonostante le denunce dei Garanti e l'impegno quotidiano di polizia penitenziaria, cappellani, mediatori culturali e dei circa 17mila volontari che prestano servizio "dietro le sbarre".

Le ultime due tragedie si sono consumate nella solitudine delle celle delle Case circondariali di Caserta e Verona. Domenica scorsa, nell'istituto pena-

le casertano di Carinola, si è impiccato, con una cintura legata al termosifone, un disabile di 58 anni: si chiamava Carmine, era recluso nella sezione dei "sex offender" e costretto a vivere su una sedia a rotelle. Sabato notte, invece, nella prigione scaligera di Montorio, usando un lenzuolo anodato alle sbarre, ha deciso di morire un cittadino ucraino di 38 anni: era stato dimesso da pochi giorni dal reparto psichiatrico perché aveva già tentato di suicidarsi, lascia la moglie e una figlia piccola.

È una crisi insostenibile quella che sta incrinando l'intero sistema penitenziario: nei 189 istituti di pena italiani ogni giorno si muore (20 sono stati, peraltro, dal 1° gennaio, i decessi di detenuti per cause diverse dal

suicidio) e scoppiano con frequenza impressionante risse, aggressioni, rivolte. Si impongono interventi immediati da parte del governo, ma non serve il "pugno duro": sovraffollamento di strutture spesso vetuste e malsane, gravi carenze negli organici di agenti penitenziari (ne mancano 18mila) e degli altri operatori sono le cause principali di un'emergenza che si trascina ormai da troppo tempo.

Quello del detenuto ucraino con disagi psicologici conclamati è il quinto suicidio a Verona in meno di tre mesi. «Ogni dram-





ma però è diverso dall'altro, spesso si dimentica che stiamo parlando di persone con una loro storia di sofferenza - commenta don Carlo Vinco, Garante comunale dei detenuti, una vita a fianco degli "ultimi" -, perché chi finisce "dentro" viene sempre da situazioni di povertà, economica ma anche culturale e familiare. C'è bisogno innanzitutto di relazioni e di lavoro: a Montorio, 550 detenuti in un edificio che ne può contenere al massimo 335, mancano le opportunità, non bastano la scuola, i corsi di formazione e i pochi laboratori attivati, nessuna azienda del Veronese a cui ci siamo rivolti ha risposto all'appello per dare lavoro ai reclusi all'interno della struttura, in base alla legge Smuraglia che prevede agevolazioni alle imprese».

Secondo Samuele Ciambrello, garante regionale della Campania, la regione più colpita dalle morti in cella (a Napoli Poggioreale, in gennaio, tre suicidi in

dieci giorni), «la tendenza dei suicidi in carcere in Italia, dove il tasso è 20 volte superiore a quelli delle persone libere, è sorprendente soprattutto per la politica che è indifferente: occorrono risposte concrete qui e ora, prima che ci sia l'irreparabile». Il ministro Carlo Nordio, intanto, parla di un piano "Reclività zero", con la ristrutturazione di vecchie caserme da adattare a carcere e lavori di ristrutturazione da far realizzare agli stessi detenuti. Le nuove prigioni sarebbero destinate a quei condannati per reati meno gravi e a ridotto

allarme sociale in via di scarcerazione.

Per la presidente del Consiglio Giorgia Meloni la soluzione è avere «più posti» e non «togliere i reati, come vuole la sinistra». «Il sovraffollamento si risolve - ha detto ieri la premier parlando a Tokyo - aumentando la capienza delle carceri, assumendo e sostenendo la polizia penitenziaria, come abbiamo fatto: è l'unica risposta seria che può dare uno Stato. Non sono d'accordo - ha precisato - che persone colpevoli non seguano il corso dei procedimenti giudiziari».

Ma si pensa anche di assumere medici, psicologi e psichiatri da destinare agli istituti di pena in un'azione coordinata con autorità sanitarie, enti locali, comunità terapeutiche e ordini professionali. Lo ha detto ad *Avvenire* Irma Conti, del Collegio nazionale dei garanti per le persone private della libertà personale presieduto da Maurizio

D'Ettore che si è insediato da un paio di settimane. «Le risorse per potenziare la sanità, fisica e psichica, dei detenuti sono indispensabili - sostiene Conti - e devono essere tra le prime risposte al problema del sovraffollamento». In attesa di varare un piano di interventi da sottoporre al governo, il Collegio dei garanti ha iniziato un giro di incontri per conoscere più da vicino la realtà carceraria. «Siamo già stati in 4 strutture della Campania e abbiamo parlato anche con tanti detenuti che ci hanno dimostrato disagi e difficoltà, abbiamo in agenda altre visite».

L'EMERGENZA

Nel 2024
si sono uccisi
già 15 detenuti,
gli ultimi due a
Verona e Caserta.
I Garanti: «Risorse
per la sanità». Don
Vinco: «Le aziende
diano lavoro ai
reclusi». La premier
Meloni: «Più posti
e non togliere i reati»



Dovevano restare in casa ma adesso agli asintomatici l'Inps non paga l'indennità

A inizio 2022 si è esaurita la copertura finanziaria per i dipendenti del settore privato, costretti per legge alla quarantena pure se sani. L'ente minimizza: «Sono pochi casi»

di **PATRIZIA FLODER REITTER**

■ La caotica gestione pandemica continua a presentare il conto. A lavoratori del Veneto e del Friuli Venezia Giulia stanno arrivando contestazioni per i certificati medici dai quali risultavano assenti in quando positivi al Covid. Il periodo di riferimento è dal 1° gennaio 2022, data a partire dalla quale l'Inps non ha più versato l'indennità di malattia ai dipendenti del settore privato che avevano contratto il virus Sars-Cov-2, senza mostrare una sintomatologia evidente.

«Non è possibile il riconoscimento delle indennità economiche per gli eventi riferiti alla quarantena», informava l'istituto, come invece era accaduto fino al 31 dicembre 2021. L'indennità di malattia sarebbe spettata unicamente ai sintomatici, perché era venuta a mancare la copertura finanziaria. Però l'isolamento era ancora obbligatorio per legge. Nella circolare del 30 dicembre 2021, il ministero della Salute la riaffermava, seppure con modalità differenti tra vaccinati e non. Per coloro che non avevano mai ricevuto una dose o che non avevano

completato il ciclo primario, l'obbligo era di 10 giorni; per i pluridosati bastavano 5 giorni.

Questo significava che un numero molto alto di lavoratori era ancora tenuto alla quarantena, breve o lunga che fosse. Guai a loro, se si fossero presentati in ufficio, in azienda, nell'attività commerciale di cui erano dipendenti: rischiavano la denuncia secondo l'articolo 260 del testo unico della legge sanitaria 265 del 1934, l'arresto da 3 a 18 mesi e l'ammenda da 500 a 5.000 euro. Adesso si sentono dire che la certificazione medica era «non idonea», perché non potevano dichiararsi in malattia. Erano positivi, però senza sintomi. Obbligati alla quarantena ma senza retribuzione? «Non potevano uscire di casa, ed era questo aspetto a venire certificato», ha protestato **Salvatore Cauchi**, medico di famiglia a Treviso. I certificati erano «atti di isolamento emanati dagli Uffici igiene delle differenti aziende sanitarie», spiega al *Mattino di Padova*. «Noi dottori abbiamo dato un contributo, ma per giustificare la quarantena non era necessario il nostro certificato: la competenza era dell'Ufficio igiene».

Quindi, le aziende sanitarie obbligavano alla quarantena i

positivi, con o senza sintomi, e se i lavoratori avessero infranto le disposizioni rischiavano multa e arresto. Dovevano rimanere isolati per necessità di salute pubblica, per evitare di infettare la popolazione, però l'Inps non riconosceva l'indennità di malattia. Un cortocircuito possibile solo durante la gestione dell'emergenza sanitaria da parte dell'ex ministro della Salute, **Roberto Speranza**.

La Cgil Modena, ad aprile 2022, segnalava: «Resta da capire come saranno remunerati i lavoratori isolati in quanto positivi al Covid, ma asintomatici. Per questi i medici di famiglia ragionevolmente dovrebbero indicare sul certificato "isolamento Covid +" e non "malattia Covid" trattandosi di soggetti che non sono a tutti gli effetti ammalati, in quanto asintomatici, ma solo positivi». Nell'agosto dello stesso anno, a Trento le tre sigle Cgil, Cisl e Uil denunciarono il mancato riconoscimento da parte dell'Inps dell'inden-



VERITÀ

nità di malattia agli asintomatici. Avevano già ricevuto diverse segnalazioni da parte di lavoratori e sollecitavano una risposta chiara da parte dell'istituto a livello statale, perché si trattava di «un'interpretazione indebitamente restrittiva» della «nozione di malattia».

Lo ribadirono a livello nazionale i segretari confederali di Cgil, Cisl, Uil, **Francesca Re David**, **Angelo Colombini** e **Ivana Veronese**: «La malattia Covid è malattia anche se non si hanno sintomi». Siamo a febbraio 2024, e chiarezza non è stata fatta. I lavoratori stanno ricevendo contesta-

zioni per periodi di malattia non immaginari, bensì imposti per legge e sarebbero già partiti i primi ricorsi. L'Inas Cisl ha riferito al quotidiano veneto di casi diversi, dalla contestazione dell'assenza di una sintomatologia precisa a «certificazioni retrodatate, magari perché, in totale buona fede, medici e pazienti erano rimasti in attesa di certificazioni dalle Aziende sanitarie arrivati in ritardo, o mai arrivati». Il dottor **Cauchi** respinge al mittente i rilievi. «I certificati erano atti di sanità pubblica», ha risposto, e non era necessario indicare i sintomi che accompagnavano la positività. «Quanto alla retroattività», ha aggiunto, «era

stato l'Inps stesso ad autorizzarci».

Dall'ufficio stampa dell'Istituto precisano che «si tratta di un numero estremamente circoscritto di casi che contempla una moltitudine di patologie non solo Covid». Inoltre ricordano «che tutti i fragili erano esclusi dalla presentazione del certificato e quindi anche dalla richiesta di integrazione partita in questi giorni». Vedremo che posizione assumerà a riguardo il ministero del Lavoro, anzi il governo, per scongiurare nuove discriminazioni.

I medici: «La malattia va riconosciuta anche senza disturbi rilevanti causati dal virus»

Contestati i certificati ai positivi: «Essere in isolamento non dà diritto al versamento»



TAMPONIFICIO Coi test e tappeto si trovavano i «malati sani» [Ansa]



Alzheimer: rafforzata la teoria dei prioni

Lo studio

Come cambia la ricerca

titoli un po' sensazionalistici come "L'Alzheimer può essere trasmesso da una persona all'altra" più che spaventare rafforzano una ipotesi, secondo cui le placche di beta-amiloide - la proteina che si accumula nel cervello in chi soffre di questa demenza - si comportano come prioni, ovvero proteine mal ripiegate che si autoalimentano e causano gravi malattie cerebrali. Nel recente studio gli autori hanno riferito che una procedura medica ora vietata potrebbe aver infettato involontariamente i pazienti con le proteine che causano la malattia di Alzheimer. Tra il 1959 e il 1985, ai pazienti con bassa statura era stato somministrato l'ormone umano della crescita (hGH) per aumentare la loro altezza. A quel tempo, tuttavia, l'ormone veniva estratto da cadaveri umani. Quasi 2.000 persone hanno ricevuto questa procedura. Molti hanno ricevuto iniezioni multiple nel corso degli anni. Nel 1985, divenne chiaro che alcune persone erano state infettate da lotti di hGH contenenti proteine prioniche che causavano la malattia neurodegenerativa mortale della malattia di Creutzfeldt-Jakob, nota anche come "morbo della mucca pazza".

Ora, i ricercatori riferiscono che alcuni di questi campioni di hGH potrebbero anche essere stati contaminati con beta-amiloide, la proteina collegata al-

l'Alzheimer. Otto pazienti hanno iniziato a sviluppare i sintomi neurologici di demenza quando avevano un'età compresa tra i 38 e 55 anni, mentre la forma più comune (Alzheimer sporadico), colpisce le persone più avanti negli anni. I sintomi a esordio precoce sono invece solitamente collegati a una rara forma genetica della condizione, tuttavia, questi pazienti non avevano marcatori genetici di Alzheimer. Il nuovo studio, quindi, dimostra che la malattia di Alzheimer può essere acquisita, ma soprattutto offre la prova mancante per collegare questa condizione alla malattia da prioni, con cui condivide molte caratteristiche: le proteine - beta amiloide e tau - sono alla radice della patologia di Alzheimer; queste proteine si diffondono in tutto il cervello come prioni mal ripiegati; la beta amiloide si forma in fibrille e fogli, come un prione mal ripiegato; la malattia di Alzheimer, come quella cau-

sata dai prioni, può essere sporadica, ereditaria, ma anche acquisita da altri esseri umani.

Stanley B. Prusiner, direttore dell'Istituto per le malattie neurodegenerative dell'Università della California a San Francisco (Ucsf), sostiene da tempo che l'Alzheimer sia una malattia a "doppio prione" - in cui sia l'amiloide-beta che la tau "distruggono" il cervello. Prusiner, che ha ricevuto il Premio Nobel nel 1994 per il suo lavoro sui prioni, ha affermato in una nota che questo studio dovrebbe determinare un grande cambiamento nella ricerca sull'Alzheimer. Resta da vedere se la notizia di una forma di Alzheimer acquisita dopo un intervento medico avvicinerà questo cambiamento.

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il nuovo studio offre la prova mancante delle caratteristiche in comune tra Alzheimer e malattia da prioni



L'intervista. **Alessandro Miani**, Presidente
Società italiana di Medicina ambientale (Sima)

«Dall'inquinamento disturbi cardiocircolatori e cancro al polmone»

Francesca Cerati

Possiamo immaginare la Pianura Padana come una grande stanza con un soffitto alto alcune decine di metri, di conseguenza c'è una stabilità atmosferica molto simile a quella che troviamo negli ambienti confinati. Ecco come la descrive Alessandro Miani, professore aggregato di Prevenzione ambientale dell'Università di Milano e presidente della Società italiana di Medicina ambientale (Sima), e l'Italia, proprio a causa di questa area chiusa tra le Alpi e gli Appennini, è il primo Paese in Europa per numero di decessi prematuri dovuti all'inquinamento atmosferico: circa 80 mila e secondo l'Iss il 40% di questi sono attribuibili a ciò che respiriamo all'interno delle nostre case e negli uffici, dove peraltro l'inquinamento è 5 volte superiore rispetto a quello esterno e dove trascorriamo il 90% della nostra vita.

Cosa contribuisce di più all'inquinamento?

A livello statistico nazionale, tra le sorgenti inquinanti al primo posto ci sono le combustioni per il riscaldamento, responsabili di oltre il 50% delle emissioni; al secondo posto per la produzione di particolato secondario ci sono gli allevamenti intensivi, e in Pianura padana ce ne sono molti; al terzo posto c'è il traffico, che incide su base nazionale per il 22%, ma in una città come Milano è oltre il 70% sul totale dell'emissione. L'attività industriale e quella agricola sono al penultimo e ultimo posto rispettivamente. Oggi, che stiamo vivendo un periodo siccitoso e un inverno particolarmente temperato,

oltre ai danni per l'agricoltura, arare dei campi secchi vuol dire alzare più polveri e questo incide per il 9% sul totale delle sorgenti inquinanti. Ma l'effetto peggiore è dovuto al fatto che la mancanza di venti forti e di precipitazioni, mantengono sospesi più a lungo in atmosfera le sostanze tossico-nocive che respiriamo.

Quali gli effetti sulla salute?

Le polveri sottili sono dei pro-infiammatori che nel tempo possono sviluppare tumori o altre patologie. E in Italia c'è un grandissimo aumento di malattie correlate all'inquinamento atmosferico. Oggi nel nostro Paese un bambino su 77 nasce con un disturbo del neurosviluppo a causa di quello che respirano i genitori, mentre il tumore è diventata la prima causa di morte per malattia in età pediatrica. Negli adulti, la prima causa di morte correlata all'inquinamento sono i disturbi all'apparato cardiocircolatorio (infarto e ictus), la seconda il cancro al polmone e la Bpco (broncopneumopatia cronica ostruttiva).

Quanto impatta sul Pil?

È stato calcolato che i costi sanitari diretti dovuti all'inquinamento atmosferico in Europa incidono mediamente per il 10% del Pil nazionale di ogni Stato membro.

Parliamo di contromisure

L'abbandono del fossile, dove è possibile, è una delle strade, ma non è l'unica. Esistono per esempio sistemi di filtrazione avanzatissimi che possono essere posti sui camini delle aziende e delle abitazioni se ci

fossoro degli incentivi. Altre tecnologie zero energivore sono i coating fotocatalitici trasparenti al biossido di titanio a base di etanolo, che hanno scientificamente dimostrato di ridurre gli inquinanti dell'aria fino a un massimo del 30% applicandoli sulle superfici murarie e vetrate degli edifici; implementare il verde urbano e peri-urbano, anche sulle facciate e sui tetti, con specie a bassa impronta idrica e alta capacità di filtrazione ed assorbimento, utili anche a mitigare gli effetti sulla salute delle isole di calore urbano in estate. Questa soluzione riduce la temperatura di un edificio fino a -3 gradi, il che significa meno energia e meno inquinanti. E ancora progettare le città in chiave di prossimità per ridurre gli spostamenti. Insomma serve una "Mitigation Action" su larga scala, cioè un grande piano di azione per la mitigazione dell'inquinamento atmosferico, ma con un approccio su base scientifica, con una visione di medio-lungo periodo che affronti i temi a più livelli, con più tecnologie e interventi mirati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La farmaceutica continua a crescere Restano i nodi materie prime e prezzi

La filiera. Il valore della produzione viaggia sopra i 50 miliardi grazie al traino dell'export e alla domanda cresciuta dopo il Covid. Le fragilità riguardano i prezzi che non rendono più sostenibili alcuni medicinali e la dipendenza dall'estero di principi attivi

Marzio Bartoloni

Da una parte ci sono i numeri inequivocabili che confermano una crescita della manifattura farmaceutica italiana che nel 2023 ha superato per la prima volta il muro dei 50 miliardi di produzione e che crescerà ancora nel 2024 confermandosi ai vertici europei, grazie soprattutto all'export che intercetta una domanda in grande espansione dopo il Covid. Dall'altra la competizione sempre più agguerrita a livello globale sulla produzione e la ricerca di nuove cure per le quali le aziende farmaceutiche investiranno 1.600 miliardi di dollari fino al 2028.

Una competizione in cui l'Italia rischia di correre con alcune zavorre che potrebbero rallentarne la corsa come quella della difficoltà ad approvvigionarsi di materie prime (difficoltà che condivide con l'Europa), che vanno dai principi attivi che arrivano soprattutto da Cina e India ai materiali per il packaging (vetro, carta, ecc.) a cui si aggiunge il fardello tutto italiano dei prezzi bassi e fissi stabiliti dal Servizio sanitario nazionale. Fragilità, queste, che si accentuano anche a causa dei nodi regolatori tutti italiani: dai tempi troppo lunghi per accedere alle nuove terapie che in Italia possono raggiungere i 14 mesi (contro i 2 mesi della Germania) fino al meccanismo dei tetti e del payback che ogni anno costringe le aziende a ripianare metà dello sfondamento del tetto di spesa.

I numeri della crescita

È stata Prometeia l'ultima a certificare lo stato di salute della manifattura farmaceutica prevedendo una crescita del fatturato per il 2024 del 3,9 per cento. Si tratta di un dato che non stupisce visto che il settore è tra quelli che trainano la manifattura, come dimostrano anche i dati Istat che stimano una crescita della produzione del 9-10% nel 2023, per un valore complessivo che per la prima volta dovrebbe sfondare il tetto dei 50 miliardi confermando l'Italia come Paese tra i leader in Europa.

Questa crescita avviene soprattutto perché sta tirando l'export, che cresce di un poderoso 5% nel 2023 in linea con la crescita degli ultimi anni e riguarda oltre il 90% della produzione. Aumenta costantemente anche l'occupazione (+2%) con il settore che sfiora ormai i 70mila occupati che diventano 150mila con i fornitori: il 90% sono laureati o diplomati e il 44% sono donne (diventano il 53% nella Ricerca e sviluppo). A trainare la crescita è stato il rafforzamento della filiera farmaceutica italiana, in grado di intercettare la grande domanda di farmaci esplosa su scala mondiale durante e dopo la pandemia. «Grazie al traino dei consumi esteri ci proiettiamo in un 2024 con un'ulteriore crescita. Tuttavia ci sono delle condizioni operative interne con cui dobbiamo fare i conti», ha ricordato recentemente al Sole 24 ore il presidente di Farmindustria, Marcello Cattani.

Nodi e fragilità in Italia

Il primo problema è l'equilibrio tra costi e prezzi. «I primi sono netta-

mente più alti con un +30% rispetto al 2021, mentre i prezzi dei farmaci che non seguono l'inflazione - ha spiegato Cattani - restano stabili se non addirittura in calo e questo è un problema. L'Italia non può vivere solo di export, va accompagnata la domanda interna dei farmaci: non solo quelli innovativi, ma anche quelli a più alta diffusione perché c'è il rischio che la produzione di diverse terapie oggi rimborsate non sia più sostenibile. Penso ad esempio ad antibiotici, neurolettici, diuretici, alcuni antinfiammatori e anticoagulanti».

Il nodo dei prezzi bassi si registra in uno scenario in cui l'aumento dei costi di energia e materie prime e l'inflazione tagliano i margini d'impresa, e questo fa sì che l'Italia «sia esposta all'eventualità che le materie prime vadano in Paesi che pagano di più o che qualcuno venga a comprare farmaci in Italia perché costano meno», ha aggiunto Cattani, sottolineando che: «stiamo lavorando con il Mimit e il ministero della Salute per creare una piattaforma che dia slancio a nuovi investimenti e all'attrattività nella produzione industriale e farmaceutica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

+3,9%

CRESCITA FATTURATO NEL 2024

Prometeia prevede una crescita del fatturato del settore della farmaceutica per il 2024 del 3,9%

