



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

19 Giugno 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Concorsi pilotati nella sanità a Catania, processo per l'ex assessore Razza e altri dieci

Secondo l'accusa i progetti finanziati e approvati dall'assessorato alla Salute della Regione Siciliana venivano attribuiti a «predestinati» o congiunti con bandi predisposti ad hoc. Prosciolto Scavone



Il gup Carlo Cannella ha rinviato a giudizio undici persone nel procedimento scaturito da un'indagine dei carabinieri del nucleo investigativo del comando provinciale di Catania su incarichi nell'ambito di progetti finanziati e approvati dall'assessorato alla Salute della Regione Siciliana attribuiti, secondo l'accusa, a «predestinati» o congiunti con bandi predisposti ad hoc ed esami pilotati. Tra loro c'è l'ex assessore regionale alla Salute e neo parlamentare europeo di FdI Ruggero Razza, indagato per turbata libertà di scelta del contraente per la nomina un professionista per un progetto da 10mila euro. Per lo stesso tipo di reato contestato è stata emessa sentenza di assoluzione, per non avere commesso il fatto, dell'ex assessore regionale al Lavoro, Antonio Scavone, che si era dimesso dall'incarico di medico dirigente dall'ospedale di Catania in cui lavorava. Rinviate a giudizio anche Ignazio Igo La Mantia, ex presidente dell'ordine dei medici, e Giuseppe Arcidiacono, dirigente medico dell'ospedale Garibaldi ed esponente di Fdi che si era candidato a sindaco di Catania per poi ritirarsi. A giudizio anche: Alberto Bianchi, Filippo Di Piazza, Sebastiano Felice Agatino Ferlito, Rosalia Maria Leonardi, Eugenio Pedullà, Ernesto Guido Rapisarda, Francesco Lo Re e Daniele Sorelli. Il gup ha emesso anche la sentenza del processo col rito abbreviato e condannato Aldo Missale, ex direttore amministrativo dell'Ordine dei

medici di Catania, accusato di corruzione, a sei anni e otto mesi di reclusione e il medico, Calogero Grillo, accusato di turbativa d'asta, a otto mesi, per quest'ultimo esecuzione pena sospesa. Missale è stato anche condannato a risarcimento alle parti civili, le aziende ospedaliere Policlinico e Garibaldi, l'ordine di medici e una parte lesa, da liquidarsi in separata sede e fissando una provvisoria da 30mila euro ciascuno. Grillo dovrà risarcire il Policlinico universitario, al quale dovrà versare una provvisoria di 10mila euro.

Razza: «Decisione attesa, spero in un processo rapido»

«Nessuna sorpresa: nel nostro sistema processuale l'approdo al dibattimento è la regola, non l'eccezione. Sono ansioso di potermi sottoporre al giudizio di merito, perché la mole di documenti e prove che abbiamo prodotto è la dimostrazione diretta della insussistenza della contestazione». Lo afferma Ruggero Razza, ex assessore regionale alla Salute, sul suo rinvio a giudizio per turbata libertà di scelta del contraente nell'ambito.

«Certo, un po' dispiace - aggiunge Razza - perché tutte le più recenti sentenze della Cassazione unanimemente impongono la configurabilità del reato di turbativa solo all'acquisto di beni e servizi, escludendola in casi analoghi a quello che mi viene contestato. Ma sono molto fiducioso e, trattandosi di fatti risalenti negli anni, posso solo sperare che i tempi della giustizia siano davvero rapidi perché, da soggetto del tutto incensurato e dal casellario immacolato, non desidero rivendicare la presunzione di innocenza, ma che la mia innocenza venga accertata dal Tribunale. Resta in me la radicata convinzione - conclude Ruggero Razza - che chi ha svolto ruoli di grande responsabilità debba avere l'umiltà di accettare che ogni sua decisione possa essere sottoposta al giudizio della magistratura. Nel rispetto dei principi costituzionali, tutti e nessuno escluso, ci si difende nel processo e mai dal processo».

Saltare la colazione? Attenzione al diabete

IL FENOMENO

Gli italiani non amano fare colazione e molti la saltano a piè pari, limitandosi a prendere un frettoloso caffè del risveglio, a casa o al bar. Un'abitudine inveterata, che trova ulteriori seguaci in tempi di 'digiuno intermittente', l'ultima moda per rincorrere la prova costume.

Ma si tratta di un'abitudine salutare? Decisamente no, dice la scienza. Un vecchio proverbio arabo recita 'a colazione mangia quanto vuoi, il pranzo dividilo con un amico e la cena lasciala al nemico' ed è in linea con quello che pensano gli esperti a proposito della ripartizione delle calorie nella giornata. E dunque guai a dimenticare di fare colazione, che al contrario dovrebbe rappresentare il pasto più importante della giornata. Ma cosa si rischia a saltarla d'abitudine? E soprattutto qual è l'ora giusta per farla? La risposta viene da uno studio pubblicato lo scorso anno su *International Journal of Molecular Sciences* da Daniela Jakubowicz e colleghi dell'Università di Tel Aviv.

IL METABOLISMO

I ricercatori hanno appurato che saltare la colazione o farla troppo tardi non fa bene al metabolismo perché manda in confusione l'orologio interno dell'organismo e fa sballare il ciclo nutrizione-digiuno, condizioni associate ad un aumentato di rischio di sviluppare diabete di tipo 2 e al sovrappeso. "Estendere la durata del digiuno notturno fino a mezzogiorno - spiega la Jakubowicz - può avere un effetto devastante sui geni che regolano le lancette dell'oro-

logio biologico e questo ha delle ricadute sulla regolazione del peso, sui livelli di glicemia in generale e in particolare dopo i pasti". Inoltre, saltare la colazione, disturba il controllo dell'appetito, riduce la capacità dell'organismo di 'bruciare' le calorie immagazzinate e favorisce l'auto-digestione della massa muscolare, che finisce col ridursi.

Al contrario, spostare il baricentro delle calorie sulle prime ore del giorno, comporta una serie di vantaggi per il metabolismo.

L'ORGANISMO

Fare colazione è come uno starter per l'organismo, che dà una sferzata di energia agli enzimi e agli ormoni coinvolti nella regolazione del peso corporeo, della glicemia, della sintesi muscolare e dell'appetito. A parità di cibo consumato, si bruciano molte più calorie dopo una colazione, che dopo una cena abbondante.

L'orologio centrale, quello regolato dal ritmo buio-luce, decide che la fase 'attiva' della giornata

inizia tra le 6 e le 8 di mattina, andando avanti fino alle 22,00 quando, con il buio, cominciano ad aumentare i livelli di melatonina, che danno il via alla fase del riposo. Consumare dunque il primo pasto del giorno tra le 6 e le 8 (e comunque non oltre le 9), viene incontro alla domanda energetica della fase attiva del giorno. E dunque, se proprio si vuole fare il digiuno intermittente, è meglio collocare la finestra dell'alimentazione nella prima parte del giorno, riservando il digiuno al tardo pomeriggio e proseguendolo poi per tutta la notte.

IL MENU

Per una colazione ideale sono ot-

time le uova, importante fonte di proteine, che aiutano a sentirsi sazi. Il tuorlo contiene una serie di antiossidanti (come la luteina, che fa bene agli occhi), la colina un nutriente vitale per fegato e cervello, vitamine del gruppo B, A, ferro, calcio e altri minerali. Recenti studi hanno inoltre dimostrato che, contrariamente a quanto ritenuto in passato, le uova non aumentano il colesterolo.

Lo yogurt greco è un altro alimento intelligente se non si ha molto tempo per fare colazione: ricco di proteine, ma non di calorie, è una fonte preziosa di calcio, vitamina B12, zinco, potassio. Contiene inoltre probiotici che giovano alla salute intestinale e di tutto l'organismo. Può essere arricchito con frutti di bosco (mirtillo, lamponi, fragole, more), uno squisito concentrato di anti-ossidanti (antocianine) che proteggono da infiammazione, diabete e varie patologie croniche. Ottimo anche con un po' di frutta secca e semi (contengono grassi amici del cuore, magnesio, potassio e antiossidanti) o con un cucchiaino di semi di chia. Anche il cottage cheese è ottimo per una colazione ricca di proteine; sazia e apporta poche calorie.

PRODOTTI DA FORNO

Bene una fetta di pane integrale, anche tostato, magari con sopra delle uova o un avocado; aiuta a sentirsi 'pieni' più a lungo e non impenna i livelli della glicemia.



I CONSIGLI

IL PRIMO PASTO VA FATTO ENTRO LE 9

Non saltare mai la colazione, che andrebbe fatta se possibile non oltre le 9 del mattino. La raccomandazione arriva dagli stessi diabetologi italiani

FARE IL PIENO SEMPRE DI PROTEINE

Il menu consigliato per la prima colazione? Fare il pieno di proteine (uova, cottage cheese o yogurt greco); aiutano a sentirsi sazi più a lungo

NON DIMENTICARE I SALI MINERALI

Per un piano nutrizionale completo, non dimenticare di fare un refill di vitamine e sali minerali mangiando frutta, frutti di bosco, noci e semi



IL PANE TOSTATO? MEGLIO SE INTEGRALE

Il pane, anche tostato, è meglio integrale. Non fa impennare la glicemia come fanno biscotti e cornetti e tutti i prodotti da forno

OCCHIO ALLA FRUTTA: COLORATA FA BENE

Occhio al colore quando si tratta anche di frutta: la frutta colorata è ricca di anti-ossidanti che proteggono da malattie croniche e degenerative

BENE CAFFÈ E TÈ, MA NIENTE ZUCCHERO

Ottimi sia il caffè (anche "macchiato"), che il tè verde a colazione, ma meglio non zuccherarli. Anche lo zucchero aggiunto può impattare sui livelli di glicemia

come fanno invece i biscotti e i prodotti da forno. Come bevanda, ottimi il caffè (la caffeina facilita il risveglio e migliora le performance fisiche e mentali, da bere nero o macchiato ma senza zucchero. In alternativa, il tè verde, che contiene meno caffeina ed è ricco di antiossidanti che proteggono il cervello.

Maria Rita Montebelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PER GLI ESPERTI, A PARITÀ DI CIBO INGERITO, SI BRUCIANO MOLTE PIÙ CALORIE LA MATTINA PRESTO CHE DOPO UNA CENA

SECONDO L'INTERNATIONAL JOURNAL OF MOLECULAR SCIENCES, NON MANGIARE FINO A MEZZOGIORNO HA RICADUTE SULLA REGOLAZIONE DEL PESO

Il digiuno mattutino o il consumo tardivo del primo pasto giornaliero possono provocare impennate glicemiche: l'allarme dall'Associazione diabetologi italiani



Nella foto grande a, in basso, due tipologie di colazione, che prediligono alimenti diversificati in base alle proprietà



Soltanto il cervello rende umana la supertecnologia

Giulio Maira

«**A**ffascinante e tremenda al tempo stesso». Così papa Francesco, al G7, ha definito l'intelligenza artificiale (AI), invitando i grandi del mondo a riportare al centro l'uomo e a riflettere, non solo sulle grandi opportunità che questa tecnologia prospetta, ma anche sulle inquietudini che essa desta.

Nello sviluppo delle nuove tecnologie oggi si parla di interfacce neurali, sistemi che, permettendo lo scambio di informazioni tra il cervello umano e l'IA di una macchina e, collegando tra loro più cervelli e questi a più macchine, possono scaricare, in pochi secondi, dall'uomo alla macchina, e viceversa, pensieri o interi settori di conoscenze. In questo modo si realizzerebbe una sorta di super-mente collettiva con l'obiettivo di far fare all'umanità un balzo cognitivo superiore a quello che i tempi lunghi dell'evoluzione permetterebbero.

Penso sia doveroso porci la questione dei limiti dell'applicazione di queste tecnologie al cervello umano, perché i nostri pensieri, le nostre emozioni e i nostri sogni, non possono essere ri-

dotti a semplici impulsi elettrici che scorrono in qualche area del tessuto cerebrale e che possiamo scambiare a piacere.

LA MACCHINA

Cosa ne sarebbe della individualità che fa di ogni essere umano un'entità diversa dalle altre? Un altro obiettivo di chi fa ricerca sull'IA è quello di realizzare una macchina con un'intelligenza ancora superiore a quella umana. Una tale macchina, definita Intelligenza Artificiale Generale,

potrebbe innescare un cambiamento epocale per l'umanità, nel quale il nostro destino diventerebbe imprevedibile.

Succederà veramente? E quando si realizzerà? In realtà nessuno può saperlo, ma questi pensieri sono al centro del dibattito attuale, tra luci e ombre, grandi prospettive e timori; e sollevano preoccupazioni non solo tecniche o filosofiche ma anche di sicurezza per il genere umano. Bisognerà tenere sempre presente che il futuro dovrà vedere un adattamento reciproco in cui l'uomo si relazionerà a modelli di IA sempre più avanzati, ma in cui le tecnologie, benché straordinarie, dovranno seguire scelte e strategie lasciate nelle mani dell'uomo, perché, ancora per molto tempo, sarà l'uomo punto di partenza di ogni forma del sapere possibile.

Se così non fosse, che fine farebbe un'esperienza di milioni di anni che ha saputo sviluppare la coscienza, l'empatia e un pensiero intelligente? Siamo certi di voler rinunciare a tutto questo e che tutto quello che potrà venire dopo sarà migliore? O non dovremmo piuttosto considerare l'IA semplicemente come una straor-

dinaria opportunità tecnologica governata dall'uomo?

Se sarà così, allora le nuove tecnologie intelligenti potranno veramente essere una delle trovate più geniali nella storia dell'umanità, e potranno aiutarci a comprendere ancor meglio i segreti della vita e del mondo in cui viviamo.

*Professore di Neurochirurgia
Humanitas, Milano
Presidente Fondazione
Atena Onlus, Roma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'applicazione dell'intelligenza artificiale rischia di oscurare i pensieri, le emozioni e i sogni generati dal sistema cerebrale

I NUMERI

20%

Del nostro fabbisogno energetico giornaliero viene speso dall'attività del sistema cerebrale

4

Le componenti base del cervello: neuroni, cellule gliali, cellule staminali neurali e vasi sanguigni

3

Le membrane che circondano l'encefalo e il midollo spinale: dura madre, aracnoide e pia madre

LE INTERFACCE NEURALI SONO DESTINATE A FAR SCAMBIARE LE INFORMAZIONI TRA LA NOSTRA TESTA E LE MACCHINE



Dopo l'ictus attenzione a scegliere i menù giusti

LO STUDIO

L'ictus comporta spesso gravi conseguenze, tra cui la malnutrizione. Che colpisce fino al 60% dei pazienti, può essere causata da vari fattori, tra cui la difficoltà nel deglutire (disfagia), la perdita di appetito, la depressione e l'incapacità di alimentarsi autonomamente.

Al Congresso della Società Italiana di Nutrizione Umana

è stato presentato uno studio che mostra una stretta relazione tra la malnutrizione e la funzionalità motoria e cognitiva in riabilitazione post-ictus. È stato sviluppato da ricercatori dell'Università Federico II di Napoli.

La malnutrizione nei pazienti con ictus rappresenta un fattore di rischio di mortalità e complicanze ed è associata a un più lento e meno efficace recupero. Le conseguenze comprendono perdita di forza e massa muscolare e l'aumento del rischio infezioni. Questi effetti possono compromettere la capacità del paziente di

partecipare attivamente alla riabilitazione, prolungando il recupero e riducendo le possibilità di raggiungere un buono stato funzionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**LA DEMENZA NASCOSTA: IN ITALIA
80MILA I MALATI SENZA DIAGNOSI**

Rizzoli a pagina 17



La demenza nascosta

**In Italia 80mila persone soffrono di degenerazione cognitiva senza saperlo
primi sintomi: piccole amnesie e confusione nel linguaggio. Le diagnosi difficili**

di **Melania Rizzoli**

In Italia è stato stimato in oltre 80mila il numero di persone che sono affette da Alzheimer e ne sono inconsapevoli, un popolo sommerso di futuri pazienti che non hanno mai fatto una visita neurologica, una Tac cerebrale e non hanno ricevuto una diagnosi, mentre la malattia si è già infiltrata anni prima nel loro cervello e sta lavorando ogni giorno silenziosamente e lentamente per distruggerne le capacità funzionali e cognitive.

I primi campanelli d'allarme infatti, vengono quasi sempre ignorati o sottovalutati, anche se sono presenti e sintomatici, o peggio sono considerati dai soggetti alla stregua di normali deficit dovuti all'età o allo stress, mentre invece quei piccoli e timidi segnali indicano la presenza di una malattia già iniziata da lungo tempo, nella totale inconsapevolezza di chi è già ammalato, che non sa di esserlo, e che viene avvolto pian piano da un declino cognitivo non più reversibile. Infatti la demenza, contrariamente a quanto si crede, non fa affatto parte dell'invecchiamento fisiologico e normale, visto che molte persone ultra novantenni non ne soffrono, ma è una vera e propria patologia, a causa ancora sconosciuta, e quindi incurabile, che si manifesta nei soggetti over 65, ma può colpire anche prima, e

le proiezioni demografiche mostrano una progressione aritmetica nella nostra nazione, dove, in una società che invecchia sempre di più, l'impatto del fenomeno demenziale ha messo in allarme i nostri esperti neurologi, i quali registrano i primi segnali di riconoscimento della malattia in oltre il 50% dei soggetti over 65 che arrivano per altri motivi al loro cospetto.

La maggior parte della popolazione pensa che la demenza inizi sempre con deficit di memoria, cosa assolutamente non vera, poiché nelle fasi iniziali della malattia memoria ed orientamento sono ottimali, mentre i primi segnali significativi indicano un cambiamento di carattere, una minore attenzione alla cura personale, una diminuita capacità di concentrazione, di attenzione o di programmazione, e soltanto dopo molto tempo arrivano i deficit mnemonici, quando, per esempio, durante una conversazione si «perdono» le parole, si dimenticano i nomi o un appuntamento, o si inceppa l'uso semantico del linguaggio, cosa che accade quando la demenza è ormai avanzata nella sua azione distruttiva encefalica.

Tutte le varie e molteplici forme di demenza che sono state individuate nell'essere umano infatti, iniziano «con poco», ov-

vero con piccoli ed impercettibili difetti di una funzione cognitiva, o con disturbi del linguaggio, spesso attribuiti alla fatica della vita quotidiana, ad una giornata impegnativa, oppure allo stress, quello stress che invece indica il confine con la malattia ignorata ma presente, ormai non più in fase iniziale, bensì clinicamente manifesta. In questa fase però, anche per lo specialista neurologo, è molto difficile individuare chi effettivamente è nella fase primitiva della malattia o è semplicemente stanco e stressato, perché il paziente non ha dolori, né cefalee o vertigini, i test neuropsicologici risultano ancora ottimali e le Pet cerebrali possono mostrare piccole aree di ipo-metabolismo non significative, quelle zone cerebrali che invece anni dopo saranno colpite duramente dalla malattia manifesta e che saranno evidenti anche agli altri esami radiologici (Tac, Rmn).

Il processo degenerativo e progressivo delle cellule del cervello infatti, causa una moria a cascata di milioni di neuroni, con un lento deteriora-



il Giornale

mento delle funzioni cognitive (memoria, ragionamento e linguaggio), un fenomeno puntiforme e multiplo che colpisce casualmente diverse aree encefaliche, un fenomeno purtroppo irreversibile, mentre il paziente sta ancora clinicamente bene, non accusa disturbi evidenti durante la prima aggressione della malattia, che però arriva prima o poi a compromettere l'autonomia e la capacità di comprendere o di compiere le normali attività giornaliere, a causa di accumulo di aggregati proteici anomali (Beta-amiloide) e tossici per il cervello, che di fatto comprimono, soffocano e pregiudicano la funzione e la sopravvivenza degli indispensabili neuroni.

La ricerca internazionale non ha ancora individuato la causa di nessuna delle varie forme di demenze degenerative (a parte quelle alcoliche, traumatiche o tossiche), che costituiscono tuttora un insieme di patologie non curabili e quindi non guaribili, poiché i molti farmaci utilizzati nei vari trattamenti (inibitori delle colinesterasi, neurolettici, anti-

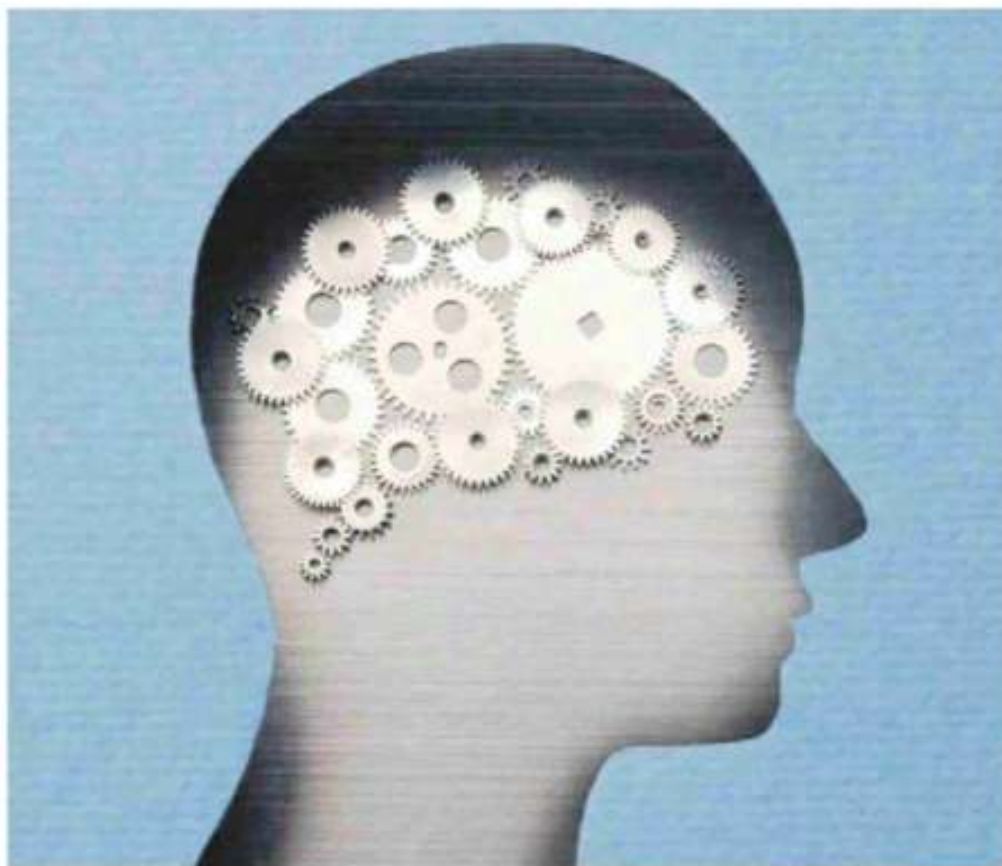
depressivi, benzodiazepine, vitamina B1) hanno avuto un valore terapeutico molto limitato e non risolutivo, per cui sono in atto strategie di prevenzione primaria e secondaria orientate alla modifica degli stili di vita e dei fattori di rischio cardiovascolari. Le future nuove terapie sperimentali, già in uso negli Stati Uniti, anche se non si sa ancora se efficaci, sono rivolte ai pazienti pre-clinici, cioè coloro che sono stati diagnosticati fortuitamente in fase molto precoce, che mostrano cioè minimi sintomi ma positività dei test neurologici, nel tentativo di posticipare più a lungo possibile la fase conclamante della malattia, per cui la ricerca è concentrata soprattutto su coloro che sono stati diagnosticati in fase precocissima, quando la patologia non mostra ancora la sua evidenza clinica.

Il morbo di Alzheimer fino a pochi anni fa in Italia rappresentava oltre il 60% di tutte le forme di demenza, una percentuale destinata ad aumentare progressivamente, con una riduzione significativa della aspettativa di vita dei pazienti, dal momento che la ma-

lattia impiega dai 3 ai 10 anni a causare la morte dei pazienti da essa afflitti.

Secondo i dati dell'OMS ogni anno nel mondo si registrano circa 7 milioni di nuovi casi di Alzheimer tra i 10 milioni di nuovi casi di demenze in totale, ed i fattori di rischio ad oggi individuati sono l'età avanzata, la familiarità, la predisposizione genetica, lo stile di vita e il sesso, essendo le demenze più frequenti nelle donne.

Questa misteriosa sindrome neurodegenerativa del cervello è una priorità mondiale di salute pubblica, poiché i suoi sintomi neurologici sono, nel tempo, destinati a un peggioramento graduale ed inesorabile.





Dir. Resp. Marco Girardo

Janet Currie: «Investiamo sulla salute mentale dei bambini per prevenire il disagio»

Eugenio Giannetta

Chi possiede la conoscenza? Questa è stata la domanda di partenza del Festival dell'Economia che si è tenuto a Torino dal 30 maggio al 2 giugno scorso. Una domanda su cui ha ragionato anche Janet Currie, intervenendo su quanto sia importante investire nella salute mentale dei più giovani. Currie, professoressa di Economia a Princeton, è anche co-direttrice del Centro per la salute e il benessere di Princeton e del programma sulle famiglie e i bambini presso il National Bureau of Economic Research. È una pioniera dell'analisi economica dello sviluppo infantile. La sua ricerca attuale si concentra in particolare sulle differenze socioeconomiche nella salute e nell'accesso all'assistenza sanitaria, nonché sull'importante ruolo della salute mentale e sull'impatto a lungo termine dei problemi di salute nella prima infanzia. Temi che dovrebbero essere sempre più centrali, ma che invece, purtroppo, sono ancora spesso poco battuti, nonostante i numeri. A marzo Fondazione Child e Telefono Azzurro hanno organizzato un congresso internazionale dedicato alla salute mentale di bambini e adolescenti: da quel momento di confronto sono emersi depressione e comportamenti suicidari come sempre più diffusi tra i ragazzi e disturbi d'ansia per un ragazzo ogni cinque. I governi e le famiglie oggi destinano importanti risorse per i bambini. Le ricerche inoltre dimostrano che molti di questi investimenti hanno un alto rendimento, migliorando la salute, l'istruzione, l'occupazione. Tuttavia, nonostante ciò, cresce la preoccupazione per una crisi della salute mentale giovanile. In che misura allora vari tipi di inve-

stimenti nei bambini impattano sulla loro salute mentale? «È stato dimostrato - spiega Currie - che molti investimenti sui bambini, come i programmi prenatali e quelli educativi per la prima infanzia, migliorano la salute mentale. Anche gli investimenti specifici, come la formazione sulle abilità emotive sociali e le misure anti-bullismo, possono essere efficaci. Infine, si deve investire nella formazione dei medici e nell'educazione dei genitori, in modo che i bambini che hanno bisogno di cure mentali ricevano terapie basate sull'evidenza».

Come si possono perciò rendere più concreti gli investimenti? «Sarebbe utile - continua Currie - rendere la promozione della salute mentale dei bambini un obiettivo esplicito dei programmi per la prima infanzia e delle scuole e avere fondi dedicati a questo scopo».

Lo sviluppo e la velocità trasformativa del digitale hanno modificato rapidamente lo sviluppo emotivo e cognitivo dei ragazzi, che si trovano sempre più spesso a dover gestire da soli forme di difficoltà e disagio. Quali investimenti saranno necessari allora nei prossimi anni per concentrarsi su interventi quali formazione e sviluppo nel trattamento dei disturbi mentali dei bambini? «Sarebbe utile - prosegue Currie - mettere a disposizione di bambini e genitori materiali educativi semplici. Il messaggio di tali materiali potrebbe essere, in primo luogo, che è comune per le persone lottare con la propria salute mentale di tanto in tanto, e che la maggior parte delle persone migliora. In secondo luogo si potrebbero fornire alcune informazioni di base sul modo in cui i problemi di salute mentale dovrebbero essere trattati. Per esempio, che è necessario effettuare una valutazione formale, che può essere utile iniziare una terapia e che, se sono necessari dei farmaci, ecco i tipi di farmaci con cui di solito si inizia per quella particolare condizione».

Un altro punto di forza della promozione potrebbe essere favorire il cambiamento a partire dagli ambienti scolastici: «Sarebbe utile - ancora Currie - un maggiore coor-

dinamento tra le autorità educative e mediche. Essere a scuola è un'attività normale per un bambino, quindi sarebbe utile che i professionisti della salute mentale mirassero a sostenere il bambino a scuola. Anche gli insegnanti hanno bisogno di formazione su come affrontare i bambini con problemi di salute mentale».

A proposito di scuola, negli ultimi anni le diagnosi di autismo o Adhd sono andate aumentando. «Uno dei motivi per cui le diagnosi di autismo sono aumentate è che la definizione del disturbo è cambiata. Prima esistevano diverse condizioni e sono state tutte raggruppate nella categoria dell'autismo. Quindi ora ci sono più persone con questa "etichetta". Allo stesso modo, la definizione di Adhd è cambiata e sono aumentate le diagnosi. Oltre ai cam-

bamenti nelle definizioni, sono cambiati anche i modelli di screening: più screening significa più casi individuati. Nel complesso, quindi, non è chiaro se questi disturbi siano in aumento. Inoltre, molti degli elementi che si pensa possano contribuire all'aumento dei casi, come l'inquinamento o il fumo materno, sono in realtà miglio-

rati nel tempo, suggerendo che i tassi dovrebbero diminuire, non aumentare».

Nel frattempo, però, la sanità pubblica ha sempre meno possibilità di investimento: «La quantità di denaro che il settore pubblico spende per la sanità è una scelta. Non c'è una



buona ragione per cui il denaro pubblico per la ricerca sanitaria debba essere scarso. La ricerca privata in campo sanitario è un'industria internazionale multimiliardaria, perché i ritorni sono riconosciuti come molto elevati». La salute in relazione all'economia, poi, è un argomento che apre un'altra riflessione: le disuguaglianze nel mondo. «L'assistenza sanitaria è stata uno dei grandi equalizzatori nella storia dell'umanità. Ad esempio, i miglioramenti nell'assistenza sanitaria, come lo sviluppo e la diffusione dei vaccini contro le comuni malattie infantili, hanno fatto sì che la mortalità dei bambini sotto i cinque an-

ni sia scesa da 93 decessi ogni 1.000 nati vivi nel 1990 a 37 nel 2022, con la maggior parte di questo guadagno nei Paesi poveri, dato che la mortalità era già bassa nei Paesi ricchi». Un'ultima riflessione è quella relativa al mercato del lavoro nel settore sanitario: «Sembra - conclude Currie - che ci sia una carenza di tutti i tipi di lavoratori nel settore sanitario, mentre la domanda è in crescita, il che lo rende un buon settore per i lavoratori».



Janet Currie



Sempre meno sangue nei centri per trasfusioni «C'è un deficit del 20%»

► Con l'estate aumentano i rischi legati alla carenza di plasma negli ospedali
Piano per allargare la platea dei donatori. «Ma è difficile convincere i giovani»

L'EMERGENZA

A Roma manca il sangue, e con l'arrivo dell'estate l'allarme si fa ancora più urgente. A parlare sono i numeri: secondo il Centro nazionale sangue, le unità di globuli rossi prodotte sono minori di quelle trasfuse. Una tendenza, quindi, che costringe la Regione Lazio a importare sangue dalle altre regioni dove invece la raccolta è in positivo. Nel solo mese di aprile del 2024, a fronte di 15.200 unità di globuli rossi prodotte, sono state trasfuse 16.377 unità. In totale, nel corso di un anno, arrivano a mancare tra le 20 mila e le 25 mila unità, circa il 20%. Sacche che devono necessariamente arrivare da fuori per compensare la carenza.

Una situazione critica, che con l'arrivo della stagione estiva preoccupa gli ospedali. D'estate, infatti, tra il caldo e le vacanze, chi dona regolarmente tende a interrompere l'attività. Si parla di una flessione che si aggira attorno al 10% in meno rispetto a una media di donazioni già bassa. Per questo il Centro Regionale Sangue è già al lavoro per mettere in atto un piano di emergenza che ha l'obiettivo di intercettare nuovi donatori. Tra pochi giorni è prevista la prima riunione organizzativa, perché se i donatori vanno in vacanza, «purtroppo non si fermano gli interventi, le trasfusioni e i trapianti», spiega Stefania Vaglio, docente di Medicina Molecola-

re alla Sapienza di Roma e Direttore del Centro Regionale Sangue Regione Lazio. «L'estate è il nostro momento critico - racconta - luglio e agosto sono i mesi peggiori. Il problema è legato soprattutto alle ferie. Per questo invitiamo tutti a donare, prima di partire». E poi c'è tema del caldo, che disincentiva anche i più volenterosi.

A Roma lo scorso anno sono state registrate temperature record, e quest'anno si prevedono scenari simili. «Con il caldo le persone non sono incentivate ad uscire - aggiunge ancora Vaglio - Ma nelle nostre sale c'è l'aria condizionata. E ci occupiamo di tutte le esigenze dei donatori, dall'acqua al cibo. L'attenzione ai donatori per noi viene prima di qualsiasi cosa».

I DONATORI

L'obiettivo del Centro Regionale Sangue è soprattutto quello di ampliare lo spettro dei cittadini disposti a donare. Oggi, infatti, la maggior parte dei donatori ha tra 46 e i 55 anni: circa 43 mila persone. C'è poi un'altra fascia d'età di donatori 55-65 anni, e una piccola percentuale di over 65. In sintesi: la maggior parte dei donatori ha più di 46 anni. La fascia dei più povera dei donatori è quella dei 18-25. Nel 2023 sono stati 20800: meno della metà dei donatori di 46-55 anni. Un problema da risolvere al più presto, secondo il Centro Regionale Sangue. Perché dopo i 65 anni non si può più donare, e se non arrivano nuovi donatori, il problema della mancanza di sangue nel Lazio sarà ancora più preoccupante. «Anche per-

ché il fabbisogno di sangue non andrà a diminuire negli anni, anzi - sottolinea Stefania Vaglio - una grossa percentuale di sangue viene utilizzato per le cure primarie dei pazienti anziani. Quindi, con l'aumento dell'età della popolazione, ci sarà ancora più bisogno di sangue».

IL PIANO

L'obiettivo che si è posto il Centro è arrivare all'autosufficienza nei prossimi due anni. Da raggiungere con incontri in tutte le scuole per informare e coinvolgere i giovani, e con la presenza delle autoemoteche nei grandi eventi, come è già successo in occasione degli Internazionali di tennis e degli europei di atletica. «Siamo lì non tanto per chi vuole donare in quel momento, ma soprattutto per far conoscere a tutti il problema - aggiunge Vaglio - E dato che ci avviciniamo al Giubileo, speriamo che anche i pellegrini diventino donatori. Infondo è un evento religioso, e ci auguriamo di vedere solidarietà».

Chiara Adinolfi

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp. Marco Girardo

La Puglia amplia gli screening neonatali Carta d'identità genetica per 300 malattie

NICOLA LAVACCA

Bari

I neonati in Puglia avranno la carta d'identità genetica che consentirà di diagnosticare precocemente 300 malattie rare. Il progetto, partito ieri, consiste nell'esaminare 407 geni con il prelievo dal tallone di una goccia di sangue, per individuare eventuali malattie genetiche, selezionate per età d'insorgenza, significativa mortalità, trattamenti disponibili ed efficacia della diagnosi anticipata sul migliore percorso assistenziale.

Inizialmente saranno 3mila (1.500 all'anno) i neonati da testare, partoriti nei punti nascita più importanti per casistica, con l'obiettivo di estendere la pianificazione all'intero territorio regionale.

La Puglia, tra le prime al mondo ad adottare questo significativo e importante programma di prevenzione, è già all'avanguardia sul fronte della diagnosi precoce neonatale che attraverso lo screening super esteso obbligatorio sui bambini venuti alla luce nei primi 2-3 giorni di vita dà la possibilità di analizzare ben 61 malattie rare, compresa la Sma (atrofia muscolare spinale).

«Nel concreto è prevista la mappatura parziale del genoma per non incorrere in problematiche di carattere etico - dichiara Fabiano Amati, presidente della Commissione regionale Bilancio e programmazione nonché, promotore e primo sottoscrittore della legge regionale sul Genoma Puglia -. È quanto di più avanzato c'è al mondo. Va sottolineato come su questo ambito siano

in corso diversi progetti importanti negli Stati Uniti (BabySeq), in Inghilterra e nella Ue (Screen4Care). A differenza degli screening obbligatori, si tratta di un progetto di ricerca, per cui l'adesione è su base volontaria legata al consenso dei genitori. L'obiettivo è quello di mettere la Puglia al passo con questa entusiasmante prospettiva di diagnosticare prima per curare meglio».

Con la legge regionale 31 del 2023, la Regione Puglia ha approvato il finanziamento di un progetto di ricerca avanzata che riguarda la possibilità di ampliare lo screening genetico a 300 malattie genetiche. Verrà effettuata un'analisi Ngs (Next Generation Sequencing), cioè di sequenziamento in parallelo con tecniche di nuova generazione, che analizzerà i 407 geni che determinano una serie di malattie monogeniche per le quali una diagnosi precoce potrebbe consentire di migliorare il percorso di assistenza e terapia.

«Saranno analizzati solo quei geni per i quali esiste una evidenza che la diagnosi in epoca neonatale-infantile precoce potrebbe significativamente migliorare la storia della malattia - chiarisce Fabiano Amati -. Nel complesso saranno esaminati 407 geni responsabili di 300 malattie genetiche su base mendeliana (monogeniche). Le condizioni sono state scelte nell'ambito di diverse categorie di patologie metaboliche,

endocrinologiche, ematologiche, neurologiche e immunologiche».

È importante precisare che lo screening non esclude in maniera assoluta che il neonato abbia le malattie analizzate, in quanto finora negli studi più ampi effettuati la capacità diagnostica non supera l'80-85 per cento dei casi. Pertanto, è necessario eseguire, come per tutti gli screening, un test di conferma.

La carta d'identità genetica avrà come punto di riferimento il laboratorio di Genetica medica dell'ospedale "Di Venere" di Bari, diretto da Mattia Gentile che insieme al suo staff analizzerà i campioni di sangue prelevati dai neonati, mentre l'Asl di Bari si occuperà di mettere a punto ulteriori procedure di allestimento tecnologico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INIZIATIVA

Il progetto di ricerca coinvolgerà 3mila neonati in due anni. Saranno esaminati 407 geni, le cui anomalie causano patologie rare, in modo da avere una diagnosi precoce che consente di migliorare assistenza e terapie

Si usano le tecniche di sequenziamento di nuova generazione. Il promotore della legge regionale, Amati: l'adesione dei genitori è su base volontaria



LA STORIA

Non c'è posto per Omar, il rifugiato con il cancro

MARINA LUZZI

Taranto

Non ha neanche trent'anni, Omar. Eritreo, rifugiato politico, un tumore all'intestino al quarto stadio. Poca vita rimasta e nessun posto per lui in un centro d'accoglienza. Omar i diritti ce li ha ma solo sulla carta. Oggi vive in una Rsa, una Residenza sanitaria assistenziale per anziani, con una retta pagata dal Comune di Taranto, che si è assunto un onere non suo. La responsabilità dei migranti sui territori è infatti in capo in buona parte alle prefetture. Vivendo in una Rsa, Omar non ha una residenza, e quindi non può richiedere l'invalidità e non essendo in accoglienza non può ricevere il cosiddetto "pocket money" i 2.50 euro giornalieri utili alle necessità minime. Ad Omar è garantito un posto letto e il vitto. Anche per sostenere i costi dell'ambulanza che lo accompagna al vicino ospedale per sottoporsi alla chemioterapia è stato necessario richiedere l'aiuto del Comune. Una battaglia legale quotidiana, combattuta per lui dalle volontarie e dai volontari dell'associazione tarantina Ohana. Sono loro a seguirlo da quando nell'agosto del 2022 è sceso dalla Geo Barents ed è stato condotto nell'hotspot di Taranto e sottoposto ai primi esami medici. «Appena arrivato è stato subito trasferito in ospedale - racconta l'avvocata Daniele-

la Lafratta - ed ha iniziato le cure chemioterapiche. Un periodo difficile, con interventi di rimozione di parte della massa, complicanze e ulteriori operazioni ma nessuno era in grado di spiegarci cosa avesse, la sua aspettativa di vita, quello che rischiava sotto i ferri. Non essendoci nella Asl di Taranto mediatori linguistici, il consenso in-

formato è stato delegato ai volontari stranieri della nostra associazione che parlano arabo o tigrino. In quel periodo il suo status era ancora quello di richiedente asilo. Siamo riusciti a formalizzare la richiesta di asilo con la collaborazione dell'Ufficio Immigrazione della questura di Taranto, che si è recato nell'hospice per malati terminali nel quale era stato momentaneamente trasferito con i mediatori e la Scientifica, per prendere le impronte digitali». Con lo status di rifugiato la strada sarebbe dovuta essere in discesa ma non è stato così. «Per la residenza - prosegue la Lafratta - ci si rimbaltava la responsabilità tra uffici del Co-

mune. Anche qui siamo intervenuti con i nostri mediatori volontari perché i Servizi Sociali non li garantivano. Di recente ci siamo rivolti all'associazione "Avvocati di strada" per ottenerla come senza fissa dimora e speriamo si muova a breve qualcosa. La Prefet-

tura ha formalizzato una richiesta di un posto in un centro gestito dal Servizio Sai il 23 dicembre 2022 ma non abbiamo avuto alcun riscontro, né ci hanno ricontattato. Intanto a medicinali, vestiario, ricarica del cellulare, cambio e lavaggio biancheria provvedono i tarantini di cuore». L'8 maggio 2023 è partita una seconda richiesta al Sai, stavolta dall'associazione stessa, come quella fatta a marzo 2024 e la successiva del mese scorso. «Certo, serve accompagnarlo a fare la chemioterapia ma Omar è forte, scende i sei piani dell'ospedale dopo la chemio a piedi - spiega sorridendo la Lafratta - va a correre. Lui ora ha bisogno non di assistenza continua ma di sentirsi integrato, con momenti di svago condivisi, lo studio dell'italiano. Ogni tanto mi chiede: "ma perché non mi vogliono? Che ho fatto?"». Finora alle tante richieste, anche informali e telefoniche, dal Sai solo una risposta: tutto pieno. «Possibile - conclude Daniela Lafratta - non ci sia un posto in tutta Italia? Diamogli la possibilità di vivere dignitosamente quello che gli resta».

Vive in una Rsa a Taranto, dove è sbarcato con Geo Barents.

Nessuno finora ha accolto la sua richiesta di alloggio in un Sai, nel frattempo si cura grazie all'impegno di un'associazione

