



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

22 Giugno 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

Italiani, salute a rischio: «Si fa poca prevenzione»

► Il report di Osservasalute: diminuite le visite, si va dal medico solo se già malati ► Le criticità: età media sempre più alta e strutture sanitarie con troppe richieste

IL DOSSIER

ROMA Gli italiani sembrano ricordarsi della salute solo quando stanno male. Intanto la popolazione invecchia, le patologie croniche aumentano e le strutture sanitarie rischiano di collassare per la mancanza di risorse. I risultati della XX edizione del Rapporto Osservasalute, curato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, che opera nell'ambito di Vihtali, spin off dell'Università Cattolica, suonano anche quest'anno come un monito, finora però inascoltato: tra meno di 30 anni l'età media dell'Italia supererà i 50 anni, le malattie croniche sono in aumento, l'attenzione agli screening invece non sembra decollare.

LE CRITICITÀ

Per far fronte alla continua richiesta di assistenza servirebbero sempre più fondi e strutture territoriali, anche solo per accorciare le liste di attesa. Eppure, rispetto agli altri Paesi europei, l'Italia si colloca appena al 13esimo posto per la spesa pro capite, sotto Repubblica Ceca e Malta e molto distante da Francia (3.807€ pro capite) e Germania (4.831€), mentre la Spagna presenta un valore di poco inferiore a quello dell'Italia (2.588€). Germania, Olanda, Austria e Svezia sono invece i Paesi con la spesa, a parità di potere d'acquisto, più elevata, prossima o superiore ai 4mila euro. «Ci si aspetta che nel 2035 spenderemo intorno ai 145 miliardi ma si stima che le risorse saranno molto poche - spiega

stanziamento previsto nel Def 2023 prevede, per il 2025, 135 miliardi di euro e per il 2026 138 miliardi di euro; sostanzialmente resta invariata la quota di ricchezza nazionale allocata sulla sanità pubblica, il 6,2% del pil». Intanto, le conseguenze della pandemia sulle diagnosi fatte in ritardo continuano a preoccupare: l'analisi della mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari nel periodo 2018-2019 era pari a 63,98 per 100mila, mentre era 65,53 nel biennio 2016-2017. In sostanza, nonostante la diminuzione complessiva del dato, è ancora molto alta la quota di decessi attribuibili tumori e malattie cardiovascolari. Secondo l'Osservatorio, il 70% dei decessi evitabili registrati negli ultimi 2 anni è dovuto ai tumori maligni del colon e del retto (19,13%), alle malattie cerebrovascolari (17,96%), ai tumori maligni della mammella (16,88%) e malattie ischemiche del cuore (16,03%). «Questi decessi - sottolineano - si sarebbero potuti evitare se le condizioni che li hanno causati fossero state intercettate per tempo con le campagne di screening». I valori più bassi tra le regioni si registrano a Trento (46,42 per 100mila) e più alti in Campania

(81,41). «La situazione attuale non è solo frutto della pandemia - ricorda Solipaca - La pressione della domanda sul sistema è dovuta anche al costante invecchiamento della popolazione. Gli anziani nei prossimi 10 anni aumenteranno di circa 4 milioni e quindi avremo una domanda più sostenuta di assistenza. Mentre in prospettiva ci aspettiamo che lasceranno il lavoro nel sistema sanitario pubblico il 15% di medici e infermieri, che saranno rim-

piazzati con difficoltà». Non va meglio sul territorio. «Le visite specialistiche - spiegano gli esperti - effettuate nel 2021 ammontano a 23 milioni e 600 mila. Si tratta di un numero ancora inferiore all'anno pre-pandemico: nel 2019 erano 26 milioni e 700 mila». Per quanto riguarda invece le visite di controllo, nel 2021 ne sono state erogate 25 milioni e 243.346, delle quali circa il 58% prescritte da un medico specialista; nel 2019 erano circa 32 milioni e 700 mila. «In questo momento - rimarca Walter Ricciardi, direttore di Osservasalute e ordinario di Igiene Generale e Applicata dell'Università Cattolica, nonché presidente del Mission Board for Cancer della Commissione Europea - il sistema sanitario continua a funzionare come se la popolazione fosse quella di 20-30 anni fa: questo rende impossibile dare assistenza alla popolazione più anziana che non accede a servizi e ai malati cronici. Senza contare che il tema della prevenzione è quasi ignorato. È fondamentale dunque che la sanità sia disegnata in funzione dei bisogni della popolazione».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL NOSTRO PAESE
È SOLTANTO AL
TREDICESIMO POSTO
NELLA CLASSIFICA
DELLA SPESA MEDICA
PRO-CAPITE

RICCIARDI: IL SISTEMA
FUNZIONA COME
20-30 ANNI FA
MA COSÌ È IMPOSSIBILE
DARE ASSISTENZA
AI PAZIENTI CRONICI

il direttore scientifico di Osservasalute Alessandro Solipaca - Lo





Dir. Resp. Marco Girardo

Italiani sempre più pigri e obesi

L'incognita futuro per la sanità

ALESSIA GUERRIERI

Roma

Si è usciti dal Covid in affanno, con un'assistenza sanitaria che ha mostrato diversi punti critici (soprattutto nella medicina territoriale) ma che - anche grazie al Pnrr - può essere riorganizzata per vincere le sfide del futuro. A cominciare dalla sempre crescente tendenza all'invecchiamento e alle cronicità aumentate nel nostro Paese, ad un programma di screening di prevenzione e delle vaccinazioni che non decolla oltre la metà della popolazione (pur con molti divari regionali) e a stili di vita degli italiani che non migliorano. Anzi. Il rapporto Osservasalute 2022, il ventesimo, curato dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane nell'ambito di Vihtali, *spin off* dell'Università Cattolica, traccia un quadro della salute degli italiani che è in «serio rischio» a cui si aggiunge il fatto che, in assenza di una quota sufficiente di nuovi nati, l'età media degli italiani, oggi a 46 anni, potrebbe superare i 50 anni tra meno di 30 anni. Tutto ciò rischia di entrare in rotta di collisione con un sistema sanitario sempre più fragile e sotto-finanziato, specie se lo si confronta con i sistemi sanitari dell'Unione Europea.

Ciò che accadrà nel futuro, tuttavia, dipenderà dalle scelte che si faranno oggi. Lo dice senza mezzi termini Walter Ricciardi, direttore del rapporto Osservasalute, per cui «non si capisce come e perché un paese del G7, come l'Italia, possa dare servizi sanitari ai propri cittadini con il 6,1% del Pil, una percentuale assolutamente inadeguata a risolvere i problemi strutturali». In più, è il suo

grido d'allarme, «il destino sarà quello di avere un servizio sanitario nazionale pubblico sempre più povero per i poveri, che rimarranno in lista d'attesa e sulle barelle dei pronto soccorsi per giorni e un servizio sanitario differenziato per chi, in alcune regioni o grazie al proprio livello economico-sociale, avrà la possibilità di pagarsi il servizio». I dati parlano chiaro. Nel 2022 la spesa sanitaria pubblica si è attestata a 131 miliardi (6,8% del Pil), la spesa a carico dei cittadini a circa 39 miliardi (2% del Pil). Il confronto con le altre nazioni evidenzia, nel 2020, che la spesa sanitaria dell'Italia, a parità di potere d'acquisto, si è mantenuta significativamente più bassa della media Ue-27. «Il settore della sanità sta uscendo faticosamente dalla crisi generata dalla pandemia. Non siamo ancora in grado di stabilire quali danni collaterali alla salute degli italiani abbia causato l'emergenza sanitaria - sottolinea il direttore scientifico di Osservasalute, Alessandro Solipaca, ieri in occasione della presentazione del rapporto annuale -. Certo è che non ci sarà un aumento consistente del finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale da parte dello Stato». Tra le proposte per superare l'*empasse*, il direttore scientifico suggerisce «una modernizzazione dell'organizzazione del Ssn, dei processi e degli strumenti, investendo nella medicina territoriale, considerando inoltre il Pnrr un'occasione unica».

Se il Ssn non è in salute, non lo sono neppure gli italiani, sempre meno sportivi, troppo sedentari (soprattutto i giovani), persino obesi e più depressi. Come se non bastasse un accorciamento

dell'aspettativa di vita che si è ridotta di 1,2 anni nel 2021 rispetto al 2019, complice anche la pandemia, il rapporto Osservasalute evidenzia una grande differenziazione territoriale anche per quanto riguarda gli stili di vita. In generale, tuttavia, gli italiani sono sempre più in sovrappeso (il 12% della popolazione, quasi 6 milioni di adulti, è obesa e, complessivamente, il 46,2% dei soggetti di età superiore a 18 anni è in eccesso ponderale) e poco attivi, con più di un terzo delle persone (33,7%) che ha dichiarato di non praticare sport o attività fisica. La sedentarietà è dilagante anche tra i più giovani. Infatti, tra il 2020 e il 2021 c'è stato un forte decremento della pratica sportiva tra i bambini e adolescenti di età 3-17 anni, crollata di 15 punti (dal 51 al 36%). In più gli italiani sembrano sempre più depressi. A partire dagli anni 2011-2012, a livello nazionale il volume di prescrizioni dei farmaci antidepressivi ha registrato inizialmente un lieve aumento, +1,8% dal 2013 al 2016, mentre successivamente l'aumento è stato decisamente più significativo, con i valori che tra il 2017 ed il 2021 sono arrivati a toccare un +10,4%.

IL RAPPORTO

Presentato l'Osservasalute, il monitoraggio dell'Università Cattolica sulla situazione nelle regioni. Più risorse e nuova organizzazione del Ssn per affrontare l'invecchiamento della popolazione e del personale





Dir. Resp. Marco Girardo

INTERVENTO

Salviamo il settore pubblico dal privato E dalla burocrazia

SILVIO GARATTINI

Esistono molte interminabili discussioni che riguardano il ruolo di pubblico e privato nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (Ssn), un bene straordinario che

dobbiamo preservare a ogni costo per i nostri figli e le successive generazioni.

Il commento

a pagina 3

Fondazioni per una migliore gestione degli ospedali

SANITÀ, SALVARE IL SETTORE PUBBLICO DAL PRIVATO. E DALLA BUROCRAZIA



SILVIO GARATTINI

Esistono molte interminabili discussioni che riguardano il ruolo di pubblico e privato nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (Ssn), un bene straordinario che dobbiamo preservare a ogni costo per i nostri figli e le successive generazioni. Con il tempo il privato ha preso un ampio spazio rispetto alla fondazione del Ssn nel 1978. Doveva essere un appoggio o una integrazione quando il Servizio pubblico non poteva rispondere alla domanda dei cittadini, e invece con il tempo e con ampie differenze regionali il privato è divenuto sempre più importante.

Le ragioni del successo privato sono molteplici: in genere, le strutture private pagano meglio i medici e i dipendenti sanitari, sono più efficienti, più pronte a rispondere alle sollecitazioni, ma devono fare profitto. Il profitto non è un peccato, è però una tentazione che può indurre a fare interventi non strettamente necessari o urgenti, a legare incentivi economici al numero di interventi, a reclutare pazienti in altre regioni rispetto alla loro residenza. Esistono anche studi che mostrano come i soldi spesi nel pubblico determinino più salute rispetto a quelli spesi nel privato. Occorre tuttavia riconoscere che anche il pubblico - ovviamente

non-profit - ha i suoi problemi. Essendo legato alla Pubblica Amministrazione risente molto della burocrazia particolarmente ingombrante nel nostro Paese. Gli interventi riguardanti la salute necessitano di tempestività e flessibilità, requisiti incompatibili con la burocrazia. Servono di solito mesi se non anni per nominare un primario o un responsabile del servizio, mentre ogni Ospedale o Struttura sanitaria dovrebbe potere scegliere, senza il timore di sempre incombenti ricorsi al Tar, un primario che risponda ai suoi interessi, naturalmente fra quelli che hanno già ottenuto una idoneità a livello nazionale o regionale. Un primario dovrebbe poter selezionare i suoi collaboratori. Si obietta che si può incorrere in rischi ma, in generale, concedere fiducia aumenta la responsabilità e anche l'impegno, quindi l'efficienza. La burocrazia si esprime spesso in regole contraddittorie. Ad esempio, abbiamo visto come l'acquisto di siringhe fatto da vari ospedali avesse costi incredibilmente diversi. L'acquisto di apparecchiature, spesso con carattere di urgenza, è un altro aspetto in cui la burocrazia determina tempi non compatibili con l'efficienza. L'impiego dei Drg (Diagnosis Related Group), che regolano il prezzo per ogni tipo di intervento a seconda della malattia da curare per via medica o chirurgica, richiede un la-

voro cartaceo o digitale che potrebbe essere sostituito da un budget da utilizzare secondo le regole del buon management, da compensare con rigorosi controlli. Spendiamo oltre 20 miliardi di euro per farmaci che potrebbero essere ridotti se vi fossero più competenze nelle trattative per le forniture.

Possiamo trovare un equilibrio? In genere, quando si cerca di operare cambiamenti significativi, si viene catalogati come velleitari o sognatori, ma ci voglio provare anche solo per suscitare discussioni. La prima cosa da fare è quella di sottrarre il Ssn alla Pubblica Amministrazione per liberarlo dalla burocrazia e quindi anche dalla politica. La struttura più adatta per questo scopo è la Fondazione, una struttura che è retta da un Consiglio d'Amministrazione con Comitati amministrativi regionali. Mantenere un controllo centralizzato può permettere di avere maggior potere per allineare il più possibile a un alto livello tutte le attività regionali che oggi sono a "macchia di leopardo".

Le disponibilità economiche per ogni Regione potrebbero avere una variabilità negli anni per po-





ter ottenere miglioramenti strutturali o degli operatori. Le Regioni dovrebbero allocare un budget per ogni struttura lasciando libertà d'azione "vigilata". Naturalmente, le Fondazioni non hanno scopo di lucro e, quindi, non possono arricchire nessuno, potendo invece pagare salari adeguati agli operatori in base ai ruoli.

Una struttura di questo genere potrebbe espandersi più facilmente e quindi limitare lo sviluppo del privato. Non solo, ma non ci sarebbero problemi a collaborare con altre Fondazioni non-profit esistenti in campo sanita-

rio. Certamente non sono così ingenuo da pensare che sia facile o che questa proposta sia una bacchetta magica. Ma sarebbe bene che, anziché discutere di piccoli dettagli, si potesse ampliare il discorso, tenendo presente che la discussione concentrata sugli ospedali vale anche per le auspiccate Case di Comunità.

**Fondatore e Presidente Istituto
di Ricerche Farmacologiche
Mario Negri IRCCS**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Inumeri nel rapporto Eurispes-Enpam

Il 56% dei medici presto in pensione

Più della metà dell'intera classe medica italiana (56%) tra un quinquennio non sarà più operativa. L'invecchiamento del capitale umano e il precariato in sanità rappresentano un problema «che sta per esplodere». È quanto si legge nella ricerca «Il termometro della salute», promossa dall'Osservatorio salute, legalità e previdenza Eurispes-Enpam, presentata ieri a Roma.

La situazione italiana, secondo quanto si apprende dalla ricerca, è molto più complicata di quella di altri partner europei. I medici under 35 anni in Italia sono solo l'8,8%, contro percentuali superiori al 30% in Gran Bretagna, Olanda e Irlanda, o comunque superiori al 20% in Germania, Spagna e in Ungheria. La Francia, che per gli under 35 mostra un dato meno lontano dal nostro, presenta comunque un

15,7% di under 35: quasi il doppio dell'Italia. Nel 2019, ricorda ancora la ricerca, i medici in Italia erano presenti in quota pari a 4,05 su 1.000 abitanti; un dato questo di poco inferiore alla Spagna (4,4) e alla Germania (4,39), e superiore alla Francia (3,17). La quota di infermieri (circa 6,16 ogni 1.000 abitanti; con un 1,4 infermieri per ogni medico) colloca l'Italia agli ultimi posti della classifica dei paesi Ocse.

Numeri allarmanti arrivano anche dal report «Le performance regionali» realizzato dal Centro per la ricerca economica applicata in sanità (Crea). La valutazione 2023 delle performance effettuata dal Crea, in tema di tutela socio-sanitaria offerta ai cittadini residenti, oscilla da un punteggio massimo del 59% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 30% ed è

fatta sulla base di sei parametri che vanno dall'appropriatezza e l'equità delle cure agli aspetti economico-finanziari e l'innovazione. Nella pagella stilata dal Centro di ricerca, il risultato migliore lo ottiene il Veneto ed il peggiore la Calabria. In generale, sono solo otto le regioni italiane promosse. Oltre al Veneto, i primi tre posti vanno alle province autonome di Trento e Bolzano. Seguono Toscana, Piemonte, Emilia Romagna, Lombardia e Marche.



COVID, LE SPESE PAZZE

Nel 2011 Figliuolo
pagò mascherine
a 1,9 euro a pezzo

◉ MANTOVANI A PAG. 15

PANDEMIA *Le spese* Con due anni di ritardo le carte di Figliuolo in arrivo alle Camere

Mascherine e tamponi “d’oro” nei conti dei commissari Covid

» **Alessandro Mantovani**

Se ci fosse un premio “tamponi d’oro” lo vincerebbe Menarini Diagnostica che ha venduto i suoi kit molecolari al commissario Domenico Arcuri nel dicembre 2020 per 32,50 euro ciascuno; poi nell’aprile 2021 ha fatto un cortese sconto fino a 30 euro al generale Francesco Paolo Figliuolo: valore totale delle commesse 26 milioni per quasi 890 mila kit, contando anche i primissimi da 29 euro l’uno. Al secondo posto Diasorin: 28 euro a kit fino a fine 2021, per un totale di oltre 52 milioni, anche quando i prezzi di test e tamponi Covid erano diminuiti sensibilmente con la diffusione degli antigenici che al commissario sono costati a volte meno di 1 euro l’uno.

Prezzi molto variabili anche perché i test non erano tutti uguali. Alla fine del secondo anno pandemico hanno smesso di comprarli a livello centrale, almeno secondo gli *open data* pubblicati sul sito dell’Unità per il completamento della campagna vaccinale (Uccv) che dalla fine di marzo 2023 ha sostituito la struttura commissariale nel post emergenza e fino all’ormai pros-

simo 30 giugno. Tra il 2020 e il 2021 la spesa pubblica nazionale per test, tamponi, reagenti e kit diagnostici, sempre secondo gli *open data*, ha raggiunto i 631 milioni di euro.

Forse a questo punto avremo dati più certi. Con un paio d’anni di ritardo i rendiconti del commissario Figliuolo e del generale Tommaso Petroni, direttore dell’Uccv, dovrebbero essere arrivati alle Camere negli ultimi giorni. “Fatti salvi gli obblighi di rendicontazione” era l’unico contrappeso al potere di agire in deroga a tutte le regole sulla finanza pubblica, ovvero di acquistare beni e servizi senza gare e senza controlli della Corte dei conti, con il solo limite della legge penale in caso di dolo, come previsto dall’articolo 122 del decreto legge 18 del 17

marzo 2020 applicato anche all’Uccv. Quando poi nel marzo 2021 il governo Draghi ha scelto Figliuolo per gestire la campagna vaccinale appena avviata, l’articolo 34 del d.l. 73 del 21

maggio 2021 (come convertito dalla legge 106/2021) ha stabilito che il commissario doveva rendicontare a Palazzo Chigi, al ministero dell’Economia e alle Camere “ogni quattro mesi”. Arcuri, in carica nella fase più difficile quando mancava tutto, aveva già trasmesso i suoi rendiconti a Palazzo Chigi e anche alla Corte dei Conti del Lazio, dove poi non è arrivato altro.

Stando agli *open data*, dal marzo 2020 al dicembre 2022 i commissari straordinari dell’Uccv hanno speso poco più di 5,4 miliardi di euro per beni e servizi: 3,5 al tempo di Arcuri, 1,7 con Figliuolo e 200 milioni con Petroni. A questi vanno aggiunti almeno 11 miliardi spesi dalle Regioni e 3,5 per i vaccini.

IL GENERALE FIGLIUOLO, allora capo della logistica dell’Esercito, ha firmato due contratti per 280 milioni con Sda Express per la logistica dei vaccini. E ben 368 milioni, tra Figliuolo e Petroni, sono andati ai giganti



del lavoro interinale per il reclutamento dei medici e degli altri operatori per i centri vaccinali: 125 milioni al raggruppamento Synergie/Umana, 95 a Gi Group, 65 a Etjca e Orienta, 58 a Manpower. Nel conto ci sono poi farmaci antivirali per oltre mezzo miliardo di euro e anticorpi monoclonali per 218 milioni, richiesti all'inizio del 2022. E 4.942 ventilatori commissionati nel 2020 per le terapie intensive e subintensive.

Quasi metà dei soldi spesi dai commissari, circa 2,4 miliardi, se ne sono andati per le mascherine, ordinate soprattutto nel 2020. Poco meno di un miliardo di euro per 4,1 miliardi di chirurgiche; 822 milioni per 239 milioni di Ffp3 (quelle col filtro) nel primo anno di Covid; 593 milioni per

433 milioni di Ffp2 fino al 2022; quasi 60 milioni per 47 milioni di mascherine di comunità – i pezzi di stoffa usati all'inizio in deroga alle norme sulle certificazioni – prodotte per lo più da Grafica Veneta a 26 cent al pezzo per 48 milioni di euro.

L'eventuale premio "mascherina d'oro" spetterebbe ai cinesi di Wenzhou che tra marzo e aprile 2020, i mesi più duri, hanno incassato 617 milioni di euro per 230 milioni di pezzi fra chirurgiche, Ffp2 e Ffp3. Si è discusso molto del contratto firmato nel luglio 2020 da Arcuri con Fca, l'ex Fiat, per la produzione di mascherine chirurgiche, uno dei più onerosi: 237 milioni di euro per quasi due miliardi di pezzi a 12 centesimi l'uno. Ne servivano diversi milioni al giorno. Scor-

rendo i contratti di quei mesi, Amuchina a giugno e Luxottica a settembre facevano prezzi inferiori (rispettivamente 7 e poco più di 9 centesimi per 260 e 250 milioni di pezzi) magli altri erano quasi tutti superiori, come quelli di Giuntini Spa (abbigliamento), che a maggio 2020 ne avevano vendute al commissario meno di 200 milioni per oltre 70 milioni di euro (38 cent a pezzo). Ne sono anche avanzate molte: quasi tre miliardi, compresi altri dispositivi di protezione.

**BILANCI 390 MILIONI
ALLE AGENZIE DI
LAVORO INTERINALI,
280 A SDA. E MILIARDI
DI DPI DA SMALTIRE**



Campagna vaccinale
Francesco Paolo Figliuolo. Sotto, il predecessore Domenico Arcuri
FOTO LAPRESSE





Dir. Resp.: Marco Girardo

L'INCONTRO

Leucemie, Ail al Quirinale «Più vicini alle famiglie»

«Abbiamo volontari preziosi e sempre più formati che di fronte alle difficoltà non si risparmiano e non lasciano mai soli i pazienti e le loro famiglie». L'ha dichiarato Giuseppe Toro, presidente nazionale Ail (Associazione italiana contro leucemie, linfomi e mieloma) al termine dell'incontro con il presidente della Repubblica Sergio Mattarella, ieri al Quirinale, durante il quale la delegazione Ail ha illustrato «i nostri risultati, i nostri bisogni e le nostre aspettative». Obiettivo di Ail, ha aggiunto Toro, è «perseguire nell'alleanza concreta con i centri di ematologia e con gli specialisti» e «riuscire a essere sempre più vicini ai pazienti» sensibilizzando «la cittadinanza e le istituzioni». L'incontro si è svolto nella Giornata nazionale per la lotta contro la leucemia, occasione per dare voce ai 15mila volontari Ail attivi in reparti ematologici, Case alloggio e assistenza domiciliare per adulti e bambini fragili, e con la presenza nelle piazze italiane durante le storiche campagne di raccolta fondi “Stelle di Natale” e “Uova di Pasqua” per finanziare assistenza e ricerca scientifica.



INIZIATIVA

Agli Stati generali della professione, David Lazzari indica le priorità del futuro

«Nel nostro Paese urge rafforzare la rete pubblica degli psicologi»

••• Tutte le fasce d'età della nostra popolazione sono interessate da problemi psicologici che hanno, dunque, raggiunto livelli senza precedenti, a partire dalle fasce medio-basse di reddito che vedono un'incidenza maggiore del 30%. Si tratta di milioni di italiani penalizzati due volte, che non trovano risposte in un Paese che ha 5 mila psicologi pubblici per 60 milioni di abitanti, lo stesso numero di 40 anni fa quando venne fondato il Ssn. Siamo l'ultimo Paese in Europa per investimenti pubblici in questo campo, 61 euro l'anno a fronte di 500 euro di Francia e Germania, lo 0,2% in termini reali del Pil a fronte di un costo per i disturbi psichici del 4%

Pil, la maggiore causa di assenza dal lavoro. Ci serve

una rete pubblica di prevenzione, promozione, ascolto e cura psicologica, che faccia perno sulle grandi infrastrutture sociali, con ruoli articolati e complementari, dalla sanità alla scuola, dai servizi comunali al lavoro. Una prima e urgente risposta è nello psicologo di base e in quello scolastico, un rafforzamento del bonus che è ora misura strutturale, fortemente gradita dai cittadini, ma incredibilmente sottofinanziata». Lo ha detto il presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi, David Lazzari, nell'intervento di apertura degli «Stati generali della professione psicologica», or-

ganizzati dal Cnop questa mattina a Roma.

«Ancora nel 2023 - ha aggiunto il presidente del Cnop - gli psicologi sono un lusso negli ospedali, nelle scuole, nelle strutture per anziani, persino nei Centri di Salute Mentale. Si parla di appropriatezza, di costo-benefici ma con gli occhi bendati, perché tutto questo viene ignorato in chi si ostina a pensare che biologia e psicologia sono due mondi separati, come una coppia separata in casa, eppure sappiamo che persino l'attività genetica è influenzata dalla psiche, come ci insegna l'epigenetica. O chi è rimasto fermo a 50 anni fa e pensa che la Psicologia sia solo un lusso per pochi e

non una risorsa per tutti». «E' vero - ha osservato Lazzari -, molti risultati sono stati raggiunti in questi ultimi anni, mai tanti provvedimenti sui temi psicologici, mai tanta attenzione, siamo riusciti ad entrare nell'agen-

da della politica, proprio ieri la Camera ha cominciato l'esame della legge sullo psicologo di base e ho incontrato nei giorni scorsi il Ministro Valditara per mettere a sistema la psicologia nella scuola. Ma la distanza tra la sensibilità ed i bisogni dei cittadini e la realtà dei servizi pubblici del nostro Paese in materia di Psicologia c'è ed è eccessiva» ha concluso.

Numeri

Nel Paese oggi ci sono solamente 5 mila figure pubbliche per 60 milioni di abitanti. È la stessa cifra di 40 anni fa

David Lazzari
Presidente del Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi



POLITICA SANITARIA, BIOETICA



L'osteopatia diventa una professione sanitaria. A breve l'introduzione di una laurea triennale

DI PIER PAOLO TASSI

Luce in fondo al tunnel per i circa 5mila osteopati italiani che con impazienza aspettano novità su riconoscimento del proprio lavoro come professione sanitaria, con la conseguente possibilità di lavorare in strutture sanitarie pubbliche con il solo titolo di osteopata. Possibilità fin qui preclusa in Italia (a differenza di altri paesi limitrofi come Francia e Svizzera). La dead line resta fissata al 30 giugno data entro la quale, seguendo quanto indicato dal Decreto Milleproroghe, il Mur (Ministero Università e Ricerca) dovrà definire il percorso formativo per il conseguimento della nuova laurea triennale in Osteopatia.

Non è però questo l'unico punto posto all'ordine dagli iscritti al Roi, il registro Osteopati d'Italia, la cui attenzione si è concentrata in questi ultimi mesi sul tema delle equipollenze. Ovvero, su come consentire agli osteopati già formati negli scorsi anni presso enti privati, di acquisire lo stesso titolo dei futuri laureandi. È stata in particolare la presidente Paola Sciomachen (alla

Tavola Rotonda organizzata lunedì a Verona in occasione dell'8° congresso nazionale) a ribadire la necessità di non abbassare la guardia auspicando la più rapida chiusura possibile dell'iter legislativo.

Il suo messaggio è rimbalzato anche sulla pagina facebook del Roi dove da mesi vengono condivisi gli umori dei tanti professionisti coinvolti, attraverso la campagna social mediatica #countdown osteopatia. In attesa dell'accordo Stato-Regioni che definirà i criteri delle equipollenze, la soddisfazione è comunque palpabile. Dopo il 30 giugno, infatti, tutti coloro che saranno in possesso dei requisiti richiesti dalla nuova misura potranno esercitare non solo in studi ambulatoriali privati, ma anche presso strutture sanitarie pubbliche, a differenza di quanto accaduto finora.

Un limite normativo che aveva indotto molti osteopati ad affiancare al proprio percorso formativo una laurea in fisioterapia in quanto già riconosciuta come professione sanitaria. Ma anche un controsenso se si considera

che la pratica osteopatica si è sviluppata proprio in aperta rottura con l'approccio fisioterapico. La prima, sorta in America a fine '800, utilizza infatti un approccio "olistico" (tratta, ovvero, il corpo come un tutto) e non "particolare", basato sull'idea che l'essere umano rappresenti un'unità funzionale dinamica nella quale tutte le parti sono interconnesse. Provando a facilitare, quindi, attraverso la palpazione e la manipolazione di ossa, muscoli, articolazioni e fasce, meccanismi di autoregolazione e di autoguarigione propri del corpo stesso.

Si concluderà così, quasi dieci anni dopo, l'iter iniziato con il ddl Lorenzin del 2014 che aveva previsto la definizione delle competenze professionali dell'osteopata ed il curriculum formativo relativo, necessario affinché venissero istituiti i corsi universitari. La pratica osteopatica, che l'Oms già riconosce, anche in Italia, dunque, entrerà a far parte del Sistema sanitario.





Un vincolo tra madre surrogata e figlio

La gravidanza crea un legame profondo e indissolubile, che viene spezzato con la consegna del bambino ai committenti. Le ragioni della scienza

ELEONORA PORCU

I sostenitori della gravidanza surrogata (o gestazione per altri) considerano questa procedura come una terapia per la infertilità disponibile nell'armamentario della Procreazione medicalmente assistita. In realtà questa procedura non ha nulla di terapeutico e non può essere considerata un progresso scientifico bensì la cessione temporanea di un organo, l'utero. Infatti, per definizione, la gravidanza surrogata è una forma di riproduzione in cui una donna (definita madre surrogata, gestante d'appoggio, gestante per altri o portatrice gestazionale) provvede alla gestazione per conto di una o più persone committenti al quale/ai quali, dopo il parto, consegnerà il nato cedendo i diritti genitoriali attraverso un vero e proprio contratto tra le parti interessate che stabilisce anche la forma della prestazione in lucrativa (con compenso) o altruistica (con "ragionevole" rimborso spese).

Di fatto, chi sostiene la legittimità o l'opportunità di questa prestazione riproduttiva dovrebbe sapere che l'utero non è meramente un contenitore-incubatore intercambiabile ma è il raffinato strumento di comunicazione tra due esseri umani che si parlano in modo singolare e irripetibile costruendo un legame indissolubile tra gestante e feto che contribuirà a costituire non solo il corpo ma anche la struttura psico-affettiva del nuovo individuo. In effetti il feto riceve dalla gestante non solo il nutrimento ma esiste tra loro uno scambio di ormoni, di varie molecole, di cellule che attraverso la placenta entrano nella circolazione sanguigna della madre col fenomeno del micro-chimerismo andando a risiedere stabilmente all'interno di un tessuto, entrando a far parte integrante degli organi della gestante.

Inoltre, attraverso il processo del cosiddetto *imprinting* materno-fetale, il nascituro percepisce le emozioni della madre, naturale o sur-

rogata, costruendo una memoria a livello biochimico, epigenetico e somatico e modellando le strutture fondanti della personalità nella struttura psico-neuroendocrina.

In conclusione, è un dato di fatto che vi è un dialogo molecolare continuo tra l'embrione e la madre fin dai primissimi giorni di gestazione. La gestante surrogata inevitabilmente vivrà la gravidanza in modo diverso da una madre naturale, ripetendosi che il bambino che cresce dentro di lei non è suo, che non lo potrà tenere e, comprensibilmente ergerà barriere per non affezionarsi. Il senso di accoglienza limitata potrà essere recepito dal bambino.

Dal punto di vista psicologico le maggiori criticità si sono verificate nella madre surrogata al momento del distacco dal bambino per la difficoltà di "consegnare" il figlio surrogato al/ai committenti. La madre surrogata è certamente la persona fragile che rende questa pratica discutibile. La maggior parte delle madri surrogate, oltre al compenso finanziario, chiede di avere una relazione calorosa con i genitori previsti come parte della famiglia. La grande maggioranza dei genitori genetici rifiuta e vuole cancellare questa parte della storia del loro bambino, e questa cancellazione può portare a un disagio molto profondo per la madre surrogata.

Da non dimenticare che nelle gravidanze surrogate vengono segnalati nella letteratura scientifica maggiori incidenze di complicanze gravidiche come diabete gestazionale, ipertensione gestazionale, preeclampsia, distacco di placenta, parto pretermine, basso peso alla nascita, emorragie post-partum. Sono stati riportati anche casi di isterectomia post-partum. Abbiamo il diritto di esporre una persona a questi rischi per soddisfare il nostro desiderio di un figlio genetico o semi-genetico?

La crescente industria riproduttiva internazionale, non sempre al servizio dei pazienti, in caso di insuccesso delle tecniche tradizionali, propone con sconcertante disinvoltura il passaggio dal concepimento extracorporeo della classica provetta al successivo cambia-



mento di ovuli e spermatozoi con quelli di donatori, seguito, se la gravidanza ancora tarda ad arrivare, dalla proposta di cambiare l'utero. Questa deriva, sta trasformando la Procreazione medicalmente assistita in Procreazione medicalmente sostituita. Ma sostituire l'utero significa sfruttare donne con vari gradi di ingigenza e umiliare la loro dignità.

Una società civile a misura d'uomo deve affiancare le donne dal commercio del loro apparato riproduttivo, che costituisce una moderna forma di schiavitù femminile, con i mercanti di riproduzione che comprano

gli uteri delle donne indigenti riducendole a contenitori-incubatori magari da abbandonare, a "prodotto" finito e consegnato, come accadde alle madri surrogate nepalesi durante il catastrofico terremoto del 2015.

Ma non è solo lo sconcio del mercimonio a rendere non cedibile l'utero: l'utero non può essere ceduto neppure a un parente come presunto gesto oblativo proprio per la relazione unica e irripetibile che si instaura tra il feto e la donna che possiede l'utero nel quale il feto risiede temporaneamente, relazione che rischia di minare i rapporti tra consanguinei suscitando la competizione sulla titolarità del ruolo materno. Sradicare il vissuto prenatale di questa relazione gestante-feto significa infliggere una ferita perpetua nel nuovo nato e in chi lo ha dato alla luce.

Nessuna giurisprudenza al mondo può regolamentare, misurare, censire, valutare gli scambi biologici dinamici, le emozioni e le tracce cellulari permanenti che restano nei due corpi e nelle due menti alla fine di quel-

la intensa relazione.

La pulsione a realizzare una qualche forma di genitorialità può diventare un desiderio tormentoso e doloroso per una coppia che tuttavia non deve mai dimenticare i diritti del bambino tanto desiderato. E il primo diritto di un bambino è conoscere la propria origine e non essere usato come un genere di consumo ottenuto a ogni costo.

*Medico Chirurgo Specialista
in Ostetricia e Ginecologia
Professore dell'Università di Bologna
Membro del Consiglio superiore di Sanità*

In sintesi

1

Il disegno di legge in discussione alla Camera estende le sanzioni per il reato di maternità surrogata commesso in Italia alle coppie che si recano all'estero per avere un figlio

2

C'è chi vorrebbe legalizzare la «gestazione per altri» solidale. Ma le evidenze della scienza mostrano che il legame tra madre e figlio è indissolubile. E vale in ogni caso.

3

Nell'utero materno si realizza una unione profonda sin dall'inizio della gravidanza con scambio di cellule e di esperienze emotive che non si può spezzare al parto



**Domande
& risposte**

La legge 40 tutela i minori Da cosa nasce il caso Padova

1. Il caso di Padova c'entra con la maternità surrogata?

«A quel che risulta no: riguarderebbe bambini che hanno due mamme e quindi nulla hanno a che fare con la surrogata».

2. Come sono nati?

«Con la pma eterologa, una tecnica di fecondazione assistita che usa il seme di un donatore, come succede anche per alcune coppie eterosessuali. Le coppie di donne fanno la fecondazione all'estero e di regola il parto avviene in Italia».

3. C'è una legge che vieta di registrare i bambini come figli di due donne?

«No. Esiste una regola, nella legge 40 sulla fecondazione assistita, che preclude l'accesso all'eterologa in Italia alle coppie di donne e alle single. Ed esiste un'altra regola, sempre nella legge 40, che dice che a tutela

del bambino nato in caso di fecondazione eterologa debbono essere riconosciuti come genitori entrambi i membri della coppia che ha deciso di metterlo al mondo, fornendo il consenso alla procedura di pma».

4. E allora perché la Procura ha impugnato i riconoscimenti?

«Perché purtroppo anche in giurisprudenza si fa spesso confusione tra queste due regole, non comprendendo che la prima riguarda i comportamenti degli adulti mentre la seconda è diretta ad assicurare piena tutela ai bambini. Nel nostro ordinamento vige il principio della protezione del superiore interesse del bambino».

5. Cosa dice la giurisprudenza sui figli delle coppie dello stesso sesso?

«I giudici di merito, cioè i tribunali e le Corti di Appello, hanno spesso riconosciuto la necessità di assicurare

entrambi i genitori alla nascita ai bambini. La Corte di Cassazione lo riconosce soltanto se il bambino è nato all'estero e deve essere trascritto il suo atto di nascita lì formato».

6. È la sentenza a cui si appellano la Procura e la circolare del ministero dell'Interno. Cosa dice invece la Corte costituzionale?

«Ha sancito che il legislatore può scegliere tra l'adozione in casi particolari o il riconoscimento alla nascita. Si deve dire però che l'adozione è uno strumento che si muove ancora da una prospettiva adulto-centrica, perché assicura il diritto del genitore ad adottare il bambino, ma — visto che è volontaria — non necessariamente il diritto del bambino a che i due genitori che lo hanno messo al mondo siano responsabili nei suoi confronti, ad

esempio lo mantengano, lo educino e in caso di morte gli passino l'eredità».

(Risponde Marco Gattuso, giudice del Tribunale di Bologna e condirettore della rivista di studi giuridici sull'orientamento sessuale e l'identità di genere Genius)

Elena Tebano

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp. Marco Girardo

«Embrioni sintetici», un salto nel vuoto

La creazione di mini-organismi ottenuti da cellule embrionali umane (ma senza fecondazione) apre a nuove forme di vita artificiali. Di natura indefinita

ROBERTO COLOMBO

La notizia della produzione e dello sviluppo, un poco oltre quello corrispondente a due settimane dalla fecondazione, di embrioni umani designati come "sintetici" è rimbalzata nei giorni scorsi dal Congresso di Boston della Società internazionale per la ricerca sulle cellule staminali su tutti i mass-media, ha aperto un dibattito sul valore scientifico del risultato e ha suscitato interrogativi sulla liceità o meno di questo genere di esperimenti embrionali.

Per una loro valutazione etica dirimente non ci aiuta solo lo scopo per cui questi embrioni sono stati realizzati, che - come quasi sempre nella ricerca biomedica - è buono. In questo caso, a detta degli studiosi, è triplice: acquisire conoscenze più precise sui meccanismi cellulari e molecolari che presiedono all'istogenesi e organogenesi embrionale; suggerire possibili interventi terapeutici genetici e/o cellulari per malattie congenite da difetti dello sviluppo embrionale precoce; comprendere e prevenire le cause dell'elevato numero di aborti spontanei peri- e post-impianto legati a difetti dell'annidamento o della placentazione. Conoscere, curare e prevenire sono finalità moralmente positive e degne di essere perseguite. Tuttavia la bontà o la malizia di ogni azione quotidiana, così come di un intervento in laboratorio o nella clinica, non dipende solo dallo scopo cui mira (come vorrebbe un'analisi meramente consequenzialista dell'agire umano, in cui il fine giustifica comunque i mezzi usati) ma anche dalla natura del soggetto/oggetto su cui l'azione viene compiuta, dal metodo e dagli strumenti adottati, e dagli eventi avversi o negativi che da questa azione conseguono sempre o talvolta, e che non è possibile escludere.

Come sono stati ottenuti questi organismi umani in sviluppo embrionale precoce? Cosa ha comportato inevitabilmente tutto questo? Chi o cosa sono queste realtà embrionali, cosiddette "sintetiche", create in laboratorio? Quale è il loro destino al termine dell'esperimento? La risposta alle "domande biotecnologiche" non è estranea per dare una risposta a quelle etiche e giuridiche.

I fatti. L'embriogenesi è stata indotta in cellule staminali embrionali umane (h-Esc) riprogrammate mediante coltura in appositi terreni liquidi in grado di riportarle allo stato cosiddetto *naïve* (primitivo), quello della pluripotenzialità ne-

cessaria per differenziarsi successivamente in tutte le linee cellulari che formeranno i tessuti e gli organi del corpo umano embrionale, fetale e adulto. Le h-Esc utilizzate provengono da linee di h-Esc commerciali o sono isolate ad hoc da embrioni umani ottenuti da fecondazione in vitro e non trasferiti in utero per la procreazione medicalmente assistita. In entrambi i casi, questo comporta sempre la soppressione intenzionale di numerosi embrioni umani "naturali" (per i quali non vi è alcun dubbio scientifico che si tratti di veri e propri embrioni).

L'incubazione di queste cellule "h-Esc *naïve*" nel mezzo di coltura ex utero (Eucom) messo a punto per gli embrioni di topo, in una atmosfera di ossigeno e anidride carbonica modulata da una piattaforma elettronica, ha sviluppato un mini-organismo che ha raggiunto lo stadio della gastrulazione con formazione delle prime linee cellulari differenziate che danno origine, nell'embrione umano generato "naturalmente", a tutti i tessuti embrionali e a quelli degli annessi (incluse le cellule germinali primordiali del sacco vitellino, osservate anche negli embrioni "sintetici", da cui discenderanno gli ovociti o gli spermatozoi del nascituro quando sarà sessualmente maturo). Se lo sviluppo fosse stato lasciato continuare in condizioni idonee - come negli analoghi esperimenti sul topo del 2022 - si sarebbe giunti a vedere la formazione degli abbozzi del tratto gastrointestinale, del cuore a due camere e del cervello.

La scelta degli stessi ricercatori di designare come embrioni umani "sintetici" (hs-Embryos; hsE) questi piccoli organismi in corso di sviluppo tipicamente embrionale, dotati di un genoma interamente umano e di cellule identiche a quelle embrionali umane (perché generate da h-Esc di embrioni umani ottenuti da fecondazione) è significativa. In studi precedenti, in cui non si era ancora giunti a questo stadio di sviluppo, venivano usati termini come "assembloidi", "blastuloidi" e "gastruloidi". "Sintetico" non significa costruito a partire da macromolecole sintetizzate in un laboratorio chimico e di origine a-biologica, ma ottenuto con una procedura biotecnologica "artificiale" diversa sia dalla fecondazione (in vivo o in vitro) che dalla clonazione per trasferimento di nucleo in ovocita enucleato (Snt).

L'inaccettabilità di questi esperimenti è fuori dubbio: essi comportano sia la distruzione di embrioni umani "naturali" per ottenere le h-Esc necessarie per generare quelli "sintetici", sia la distruzione finale di questi ultimi. Come ha recentemente ribadito papa Francesco, in continuità con i suoi predecessori, non è un bene «creare embrioni in provetta e poi sopprimerli».

Come sono state ottenute queste entità in sviluppo precoce create in laboratorio? In cosa consistono? Qual è il loro destino dopo l'esperimento?



La recente creazione di organismi ottenuti da cellule umane definiti "embrioni sintetici" solleva questioni etiche





Dir. Resp.: Marco Girardo

L'ANALISI

Tra provette e algoritmi cos'è oggi l' «umano»?

Sono organismi formati in laboratorio, con caratteristiche analoghe a quelle degli embrioni umani, o veri e propri embrioni umani in vitro, avviati senza ricorrere alla fecondazione?

È questa la domanda fondamentale cui è necessario rispondere per orientarsi nella ricerca sui cosiddetti embrioni sintetici. Fermo restando che se li si forma utilizzando cellule staminali embrionali di origine umana questo significa la inaccettabile distruzione di embrioni umani, resta l'enorme problema della loro natura. Gli scienziati che se ne occupano parlano in generale di "modelli embrionali": entità, organismi viventi, distinti quindi da embrioni umani veri e propri. Lo fanno anche gli studiosi dei due gruppi di ricerca, uno britannico, dell'Università di Cambridge, e l'altro israeliano, del Weizmann Institute of Science a Rehovot, che hanno recentemente suscitato clamore anche al di fuori della cerchia degli ad-

detti ai lavori, quando hanno presentato le loro ricerche in questo ambito a importanti congressi internazionali.

Ma il punto interrogativo resta, perché per rispondere alla domanda è necessario definire cosa è l'umano: la sofisticata ri-

cerca della biologia più avanzata ripropone così il più antico dei quesiti. Fino a che punto si può spingere la "somiglianza" fra i modelli embrionali e gli embrioni umani, continuando a distinguerli con

certezza? Ricordiamo l'indagine parlamentare inglese a proposito della possibilità di produrre embrioni ibridi umano-animale, che pose invano lo stesso interrogativo - cosa è l'umano - a studiosi ed esperti: non si riuscì a trovare una risposta condivisa. Tutti erano in grado di riconoscere un essere umano, un proprio simile, ma nessuno di definirlo in modo convincente al di fuori della biologia della fecondazione naturale, di ovociti con spermatozoi.

E ancora: uno studio recente su modelli embrionali di scimmia ha dimostrato che essi possono indurre una gravidanza (che si interrompe spontaneamente dopo pochissimo). Riusciremo a mantenere in tutto il mondo il divieto di trasferire in utero gli "embrioni sintetici" in questione, per poterne verificare le potenzialità di dare origine a un essere umano?

A pensarci bene, non è poi così diversa la preoccupazione di fondo che emerge a proposito di un'altra frontiera della scien-

za, pur riguardando radicalmente altro: l'intelligenza artificiale. Fino a che punto possiamo spingerci nel suo sviluppo, continuando a distinguerla da quella umana? Se e quando e in che condizioni e in quali settori diventa necessario porre confini alla ricerca e alle applicazioni in questo ambito?

Gli interrogativi sull'umano e su ciò che lo rende tale sono importanti, specie a fronte di straordinari avanzamenti della tecnica e della scienza: sottovalutarli o eluderli significherebbe abbandonare tutto questo a pericolose dinamiche di mercato.

La sofisticata ricerca della biologia avanzata ripropone il più antico dei quesiti. E apre preoccupazioni simili a quelle sollevate dall'intelligenza artificiale

ASSUNTINA MORRESI



Studio Cnr-Ibhc, Tigem, Irccs San Raffaele e Università Cattolica

Il Parkinson e la proteina che «gioca» con la demenza

■ C'è una malattia, il Parkinson, che nel mondo colpisce quasi sette milioni di persone. Li fa tremare, gli rende i muscoli rigidi e la vita complicata. Disturbi provocati dalla morte dei neuroni che producono dopamina a livello del mesencefalo. Spesso questa patologia si associa anche alla comparsa di allucinazioni o difetti di memoria, che in alcuni casi portano alla demenza. I deficit di memoria dovuti al Parkinson e nella demenza a corpi di Lewy sono associati all'accumulo di α -sinucleina, una molecola presente nel cervello, ma che quando si accumula o si aggrega può portare alla morte dei neuroni che producono la dopamina.

Non tutti i deficit di memoria precoci si trasformano in demenza: a volte scompaiono, altre peggiorano, in altri casi degenerano in demenza. Comprendere i meccanismi di questi processi significa capire la natura e il destino dei sintomi cognitivi precoci.

In uno studio condotto dall'Istituto di biochimica e biologia cellulare del Consiglio nazionale delle ricerche

(Cnr-Ibhc) dall'Irccs San Raffaele, dall'Istituto Telethon di genetica e medicina (Tigem) e dall'Università Cattolica e coordinato da Elvira De Leonibus, ricercatrice del Cnr-Ibhc e del Tigem, e pubblicato su *Nature Parkinson's disease NPJ* è stata testata l'ipotesi che la progressione dai primi disturbi della memoria alla demenza possa essere regolata dal sito cerebrale di origine dell' α -sinucleinopatia, malattia associata al peggioramento dei deficit neurologici e all'accumulo anormale della proteina α -sinucleina nel sistema nervoso.

«Il cervello funziona in modo tale che le diverse aree cerebrali svolgono funzioni comportamentali distinte», spiega De Leonibus, «l'ippocampo è importante per la formazione della memoria a lungo termine, il mesencefalo regola le funzioni motorie e motivazionali, grazie al rilascio del neurotrasmettitore dopamina. La demenza implica una compromissione della maggior parte delle aree del cervello».

Quindi, «utilizzando un "modello murino" in cui è possibile aumentare

l'espressione della proteina che si ritiene all'origine dei sintomi cognitivi in modo selettivo, abbiamo osservato che quando l' α -sinucleinopatia ha origine nell'ippocampo provoca l'insorgenza precoce di specifici difetti di memoria e sinaptici che rimangono stabili per mesi e non si associano a neurodegenerazione. Quando l' α -sinucleinopatia ha origine nel mesencefalo provoca deficit sensomotori precoci, seguiti, mesi dopo, da un'insorgenza tardiva di deficit di memoria dipendenti dall'ippocampo. Si evidenzia così un quadro di compromissione comportamentale simile a quello della demenza». Se ne deduce che «l' α -sinucleina patologica avviata in diverse aree cerebrali porta all'insorgenza di difetti comportamentali diversi, con progressione differente, a seconda di quanto la regione cerebrale sia collegata con le altre», conclude la ricercatrice.



Elvira De Leonibus, ricercatrice





Dir. Resp.: Marco Girardo

La ricerca italiana « assedia » la Sla

Nella Giornata mondiale emerge l'eccellenza dei progetti che nel nostro Paese permettono di svelare nuovi segreti di una malattia ancora inesorabile

ENRICO NEGROTTI

Solo dalla ricerca scientifica può nascere la speranza di combattere efficacemente la Sclerosi laterale amiotrofica (Sla). L'ha ribadito la Fondazione italiana di ricerca per la Sla (Arisla) nella Giornata mondiale di ieri dedicata a una delle più gravi malattie neurodegenerative. Il 21 giugno è una data scelta perché è il punto di svolta astronomico dell'anno solare e la ricerca può rappresentare, appunto, l'inversione di prospettiva auspicata da chi soffre di questa patologia. «È proprio dai bisogni dei pazienti – sottolinea Mario Melazzini, presidente di Fondazione Arisla – che i ricercatori traggono ogni giorno una forte motivazione. Abbiamo speranza e fiducia nella ricerca, e la vediamo perché il punto di svolta arrivi prima possibile per tutte le persone con la Sla».

La Giornata mondiale è promossa dall'Alleanza internazionale delle associazioni sulla Sla e le malattie del motoneurone, di cui fa parte l'Associazione italiana Sla (Aisla), che nel 2023 celebra il suo 40° anno di attività. E guarda a questa Giornata con speranza e consapevolezza: «Due sentimenti – sottolinea Fulvia Massimelli, presidente Aisla – che, insieme, possono essere rigenerativi. Insieme, infatti, possono porre l'attenzione sulla ricerca scientifica, faro per il nostro lavoro, e alle risposte ai bisogni della nostra gente, al sostegno, necessari per migliorare la qualità di vita della nostra comunità».

Alla ricerca scientifica ha sempre dato un contributo anche Paolo Annunziato che, dopo una lunga battaglia contro la Sla, si è spento domenica scorsa a 62 anni, come si

riferisce in questa stessa pagina. Fu presidente della Biobanca nazionale sulla Sla e direttore del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr): «Non è vero che non esiste una cura per la Sla, occorre solo scoprirla» era la frase che ripeteva e che hanno ricordato Fulvia Massimelli e Alberto Fontana, presidente dei Centri clinici Nemo.

In occasione della Giornata mondiale, Arisla ha analizzato le pubblicazioni scientifiche derivate dai progetti di ricerca finanziati dal 2009 a oggi: «Ciò che emerge di più significativo – puntualizza Melazzini – è che sul totale di 372 pubblicazioni quasi il 70% ha avuto un impatto molto alto sulla comunità scientifica internazionale». Complessivamente, dal 2009 a oggi, sono stati investiti da Arisla circa 15 milioni di euro finanziando 98 progetti di ricerca, di cui 20 attualmente in corso, in diversi ambiti (ricerca di base, preclinica e traslazionale, clinica e tecnologica) supportando 143 ricercatori selezionati attraverso 16 bandi.

Proprio i ricercatori sostenuti da Arisla sono i protagonisti della campagna lanciata da qualche giorno sui profili social (Instagram, Facebook, Twitter) della Fondazione, attraverso contributi video in cui spiegano le caratteristiche dei loro studi. Sono già disponibili i primi video: Marta Fumagalli (Università di Milano) si occupa del ruolo che hanno nella malattia gli oligodendrociti, «cellule del sistema nervoso centrale che nella Sla risultano disfunzionali» concorrendo alla degenerazione dei motoneuroni, e al successivo blocco dei muscoli volontari. La sua ricerca «ha l'obiettivo di sperimentare una nuova strategia che possa aumentare la funzione trofica degli oligodendrociti», proteggendo i motoneuroni dalla degenerazione e rallentando la progressione della malattia. Savina Apolloni (Università di Roma Tor Ver-

gata) ha studiato «con diversi approcci come modulare la neuroinfiammazione, tipica della malattia». L'obiettivo del progetto di ricerca di tipo preclinico è «verificare l'efficacia del farmaco niclosamide, usato da anni per altri scopi, come possibile terapia per la Sla».

Studia la Sla da quasi 20 anni Manuela Baso (Università di Trento): «Ci sono tanti approcci terapeutici in sperimentazione, ma per capire se funzionano, c'è bisogno di verificare dei marcatori di malattia, spie che si accendono quando c'è un problema e noi dobbiamo vederne lo spegnimento quando curiamo».

Nel laboratorio all'Istituto di Farmacologia traslazionale del Cnr di Roma, l'équipe di Mauro Cozzolino sta «sviluppando nuovi farmaci molecolari, gli oligonucleotidi antisense, capaci di correggere in maniera specifica il difetto di un meccanismo fisiologico delle cellule, che «quando è alterato porta alla degenerazione dei motoneuroni». L'obiettivo è «testarne la validità in modelli di studio della malattia».

Nei prossimi giorni seguiranno le presentazioni di Caterina Bendotti (Milano), Bert Blaauw (Padova), Emanuele Buratti (Trieste), Serena Carra (Modena), Luca Muzio (Milano), Michela Rigoni (Padova), Nicola Ticozzi (Milano), Elena Ziviani (Padova).





Dir. Resp.: Marco Girardo

Humanity 2.0

Tecnologie emergenti, tutta salute?

PAOLO BENANTI

Il World Economic Forum in vista del prossimo evento mondiale ha chiesto questa settimana ad alcuni Pionieri della Tecnologia 2023 come le tecnologie emergenti stiano cambiando la salute globale. Tra le risposte, emerge il ruolo cruciale dell'intelligenza artificiale (AI) e dell'apprendimento automatico nel migliorare la diagnosi, il trattamento e la fornitura di assistenza sanitaria, a condizione che si tutelino la privacy e la sicurezza dei dati dei pazienti. Le prospettive sono tutte positive per quanto riguarda il ruolo della tecnologia ma non tutte con lo stesso valore etico. Per esempio Logan Kim, ceo di Nuvilab, ha sottolineato come l'AI stia cambiando il campo della nutrizione e della salute di precisione, migliorando la registrazione delle diete e fornendo

dati personalizzati utili per la medicina preventiva. Andrés Lawson, ceo di Osana, invece vede nel futuro dell'AI e dell'apprendimento automatico il rendere l'assistenza sanitaria più accessibile ed economicamente sostenibile, ma è importante adottare un approccio "safety-first" e garantire la collaborazione tra gli stakeholder.

Alicia Chong, ceo di Bloomer Health Tech, enfatizza il potenziale dell'AI nel fornire biomarcatori digitali per comprendere meglio il sistema cardiovascolare nelle donne, portando a migliori risultati per le malattie che colpiscono in modo sproporzionato il sesso femminile. L'obiettivo è passare da biomarcatori limitati a indagini basate sull'IA e dati continui raccolti da indumenti quotidiani come i reggiseni.

Daniella Gilboa, ceo di Aivf, parla dell'embriologia computazionale: macchine capaci di analizzare e selezionare embrioni per la fecondazione in vitro, fornendo risultati più accurati rispetto agli

esperti umani e offrendo trattamenti personalizzati. L'IA può così migliorare le cure, abbassare le barriere all'accesso e fornire migliori possibilità a tutti.

Alok Anil, ceo di Next Big Innovation Labs, sottolinea come l'IA possa trasformare l'ecosistema sanitario globale, rendendo più efficienti i cicli di sviluppo dei farmaci e consentendo una maggiore collaborazione tra industria e servizio sanitario.

Leggendo le idee di questi pionieri della tecnologia una cosa colpisce: la tecnologia sembra destinata a impattare sulla sanità dove si può massimizzare il guadagno e ripagare gli investimenti. Cioè in quegli ambiti e per quei pazienti che già hanno le cure migliori. Affrontare il problema della disuguaglianza e della democratizzazione delle cure come una chiave dello sviluppo è anch'esso uno dei temi dell'algoretica.

