



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

31 Ottobre 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Ospedale di Agrigento, Cimo: «Gravi criticità nella Medicina trasfusionale»

Il sindacato: «La carenza di dirigenti medici non consentirà più, a breve, di espletare il servizio di Pronto Disponibilità notturna e festiva».

«Denunciamo **gravi criticità** assistenziali riguardanti la **Medicina Trasfusionale** del Presidio ospedaliero **San Giovanni di Dio** di Agrigento, dove si registra una carenza di dirigenti medici tale da non consentire più, a breve, di espletare il servizio di Pronto Disponibilità notturna e festiva». Lo scrive, il segretario regionale di **Cimo** (Confederazione Italiana Medici Ospedalieri) **Giuseppe Bonsignore**, in una lettera inviata all'assessore regionale della Salute Giovanna Volo, al Dirigente generale del Dipartimento – pianificazione – strategica (Dps) Salvatore Iacolino, al Dirigente generale del Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (D.A.S.O.E.) Salvatore Requerez, al Prefetto della Provincia di Agrigento Filippo Romano e per conoscenza al Commissario dell'ASP di Agrigento Mario Zappia, invitando i destinatari della missiva ad intervenire tempestivamente per scongiurare quanto segnalato.

«La dotazione organica della Medicina Trasfusionale di Agrigento, che opera su **due distinti Presidi Ospedalieri** (Agrigento e Canicattì)- sottolinea il segretario regionale del sindacato dei medici ospedalieri- prevede un Direttore di Unità Operativa Complessa oltre a 6 dirigenti medici al Presidio ospedaliero “San Giovanni di Dio” di Agrigento e 4 dirigenti medici al



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Presidio ospedaliero “Barone Lombardo” di Canicattì. In atto sono presenti oltre al Direttore di UOC (Unità Organizzativa Complessa), 2 dirigenti medici a tempo indeterminato (di cui 1 esentato da attività notturna per motivi di salute) più un dirigente medico a tempo determinato ad Agrigento e nessun dirigente medico a Canicattì». «Tale **drammatica situazione**- aggiunge Bonsignore- non consente ormai da tempo la copertura del servizio di guardia notturna da parte del personale medico limitandosi, finora, allo svolgimento della sola **pronta disponibilità notturna e festiva**, per fronteggiare le emergenze/urgenze (ad es. grave sanguinamento acuto per politrauma da incidenti automobilistici, ferite da arma da fuoco, sanguinamento intra e peri- operatorio, CID post-partum, etc.)». «A breve non sarà più possibile nemmeno la copertura del servizio di Pronta Disponibilità- afferma Bonsignore- come più volte segnalato dal Direttore della UOC di Medicina Trasfusionale, Dr Filippo Buscemi, che ha reiteratamente richiesto di avviare rapidamente il **reclutamento** di dirigenti medici in grado di garantire il regolare funzionamento dell’UOC da lui diretta». «Purtroppo, ad oggi, non risulta essere arrivato alcun **riscontro** né formale né concreto, dal parte della Direzione Aziendale nonostante la più recente segnalazione da parte del Dr Buscemi che il servizio di Pronta Disponibilità risulta coperto fino al prossimo 19 novembre- aggiunge Bonsignore- Si profila all’orizzonte la possibilità di **interruzione di pubblico servizio** che potrebbe comportare importanti conseguenze sulla salute pubblica dei cittadini ricadenti nel territorio di competenza dei due Presidi Ospedalieri».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti
Sicilia**

GIORNALE DI SICILIA .it

La chirurgia maxillofacciale tra tecnologia e nuove tecniche

ROMA (ITALPRESS) – Malformazioni, esiti di traumi e di interventi oncologici al volto e al cranio, sono il target della chirurgia maxillofacciale. Le malformazioni facciali che, se coinvolgono anche il cranio, possono essere definite cranio-facciali, sono per lo più la conseguenza dell'errato sviluppo dell'embrione durante il primo trimestre di gravidanza. Quanto più precocemente arriva l'anomalia

ROMA (ITALPRESS) - Malformazioni, esiti di traumi e di interventi oncologici al volto e al cranio, sono il target della chirurgia maxillofacciale. Le malformazioni facciali che, se coinvolgono anche il cranio, possono essere definite cranio-facciali, sono per lo più la conseguenza dell'errato sviluppo dell'embrione durante il primo trimestre di gravidanza. Quanto più precocemente arriva l'anomalia di sviluppo, tanto più grave è la malformazione. La correzione arriva il più presto possibile, per garantire al bambino il migliore sviluppo. Costantemente esposti, la faccia con il cranio sono le regioni del corpo più colpite da eventi traumatici. Grazie alle possibilità tecnologiche sempre migliori, correzioni e ricostruzioni post-oncologiche sono sempre più soddisfacenti, con risultati insperati anche fino a pochi anni fa. Sono questi i temi trattati da Aldo Bruno Giannì, presidente del Comitato di Direzione della Facoltà di Medicina e Chirurgia e professore ordinario di Chirurgia Maxillofacciale dell'Università degli Studi di Milano, intervistato da Marco Klinger per Medicina Top, format tv dell'agenzia di stampa Italtpress. "La chirurgia maxillofacciale è una branca medica, si accede alla specialità tramite la laurea in medicina. E' un termine un pò difficile, la parola maxillo sta a indicare la porzione intermedia del viso - ha spiegato -. Di fatto si occupa di tre grandi patologie. Quella traumatica, compresa quella dei tessuti molli, la patologia malformativa, per esempio il labbro leporino o la più diffusa malocclusione dei denti, e poi c'è il terzo grande ambito che è quello della patologia oncologica, molto vasto". Un tipo di chirurgia che come altre nasce in epoca di guerra: "In funzione di quella che era la traumatologia da guerra, nacque la chirurgia maxillofacciale per quanto riguarda le fratture delle mandibole e del mascellare - ha spiegato Giannì - Prima, questi pazienti dovevano rimanere con la bocca bloccata per moltissimo tempo, da lì è nata la volontà di ampliare la possibilità di curarli in maniera mirata, riducendo questo tipo di terapie un pò desuete.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Quindi ci si è specializzati, è stato l'inizio. A differenza di altre specialità - ha aggiunto - la maxillo ha avuto uno sviluppo soprattutto grazie alla scuola europea". Il professore ha citato due esempi di patologie e malformazioni su cui si interviene in ambito di chirurgia maxillofaciale: "Uno dei problemi più diffusi è il progenismo, con l'inversione dei rapporti tra arcata dentale superiore e inferiore, che provoca però anche disfunzioni respiratorie, e poi problemi dal punto di vista psicologico in gente giovane. Questa forse è la vera chirurgia estetica, potremmo dire. Trattiamo anche i tessuti molli: contestualmente, trattiamo osso e tessuti - ha sottolineato -. C'è anche il caso opposto in cui la mandibola è scarsamente rappresentata. La mandibola in questi casi è talmente indietro che la colonna d'aria di notte sparisce e il paziente va in apnea notturna. Non è dunque solo un problema morfologico. Spesso si tratta di interventi necessari, non solo a livello estetico". La chirurgia maxillofaciale si occupa del viso e la tecnologia è sempre più d'aiuto per ottenere risultati importanti in una parte del corpo delicatissima: "Il viso è la regione con maggiore gonfiore in caso di traumi minimi, figuriamoci con quelli importanti, per questo spesso è necessario un approccio multidisciplinare con i neurochirurghi. Per quanto riguarda le malformazioni ai denti, ci interfacciamo anche con gli ortodontisti - ha ricordato Gianni -. E c'è persino un rapporto con gli ingegneri: in caso di tumori facciamo ricostruzioni con gli autotrapianti, segmenti dello stesso paziente che vengono spostati, ma grazie alla possibilità di avere tac tridimensionali molto precise, ovvero una riproduzione virtuale di tutto lo scheletro con i difetti di quel caso, otteniamo le dimensioni esatte del punto su cui intervenire per delle ricostruzioni customizzate. La precisione e l'accuratezza sono ancora più importanti quando si tratta del viso, fanno la differenza anche da un punto di vista morfologico". Infine, uno sguardo al futuro di questo tipo di chirurgia: "Il concetto deve essere che la tecnologia non deve sostituirsi alla capacità del chirurgo, ma oggi abbiamo tante possibilità - ha riconosciuto Gianni -. Abbiamo la realtà aumentata che ci consente di essere sempre più precisi grazie al virtuale, una cosa neanche immaginabile quindici anni fa. Non possiamo oggi pensare di non utilizzare tutte queste tecnologie, costose ma che devono diventare il nostro patrimonio. Oggi - ha concluso - grazie all'esperienza degli ultimi trent'anni e alla tecnologia siamo in grado di offrire una qualità di ricostruzione che, fermo restando che è meglio non avere questi problemi, fino a qualche anno fa non era pensabile".

La salute

Medici, sciopero sulle pensioni Tagliati anche gli incentivi sui farmaci generici

di **Michele Bocci**

Un brutto scherzo ai produttori di generici ma anche ai cittadini. C'era un breve passaggio nella prima bozza della manovra che nelle versioni successive è scomparso. Prevedeva che i farmacisti ricevessero un incentivo dallo Stato, di 0,28 euro a scatola, per vendere i farmaci cosiddetti equivalenti al posto di quelli di marca a brevetto scaduto (e con prezzo più alto). Quella indicazione nell'ultima versione della manovra è sparita, sostituita con una quota premiale per i farmacisti di 10 centesimi (0,11 euro dal 2025) su tutti i farmaci senza brevetto, generici e di marca.

E così c'è un intero settore industriale in subbuglio, quello delle aziende che producono gli equivalenti, come è salita improvvisamente la tensione tra i medici che dopo le novità sulle pensioni attaccano e minacciano lo sciopero. «Con un inaccettabile attacco ai diritti acquisiti - dicono il segretario di Anao Pierino Di Silverio e il presidente di Cimo Guido Quici - si riducono le aliquote di rendimento dei contributi versati prima del 1996 colpendo quasi il 50% del personale attualmente in servizio con una perdita stimabile tra il 5% e il 25% dell'assegno pensionistico annuale. Un vergognoso cambio delle regole in corso». I camici bianchi non erano soddisfatti della manovra già dopo la prima bozza, adesso la situazione rischia di diventare esplosiva. Chiedono il ritiro del provvedimento sul-

le pensioni ma anche più risorse per il sistema sanitario. Altrimenti, si arriverà a uno stato di agitazione, in vista di uno sciopero generale entro dicembre.

Tornando ai farmaci, non è chiaro di chi sia figlio il cambiamento ma dovrebbe essere nato al Mef, non al ministero alla Salute. Dietro ci sarebbero le pressioni di alcune industrie, prevalentemente italiane, produttrici di farmaci di marca. L'Italia è sempre il Paese europeo dove si usano meno generici ma nell'ultimo anno c'era stato un aumento del consumo, di circa il 3,8%, più alto della crescita della spesa, all'1,4%. La conquista di pezzi di mercato da parte degli equivalenti deve aver allarmato i concorrenti che producono il brand e si sono fatti sentire dal governo. Tra l'altro, con il nuovo sistema di incentivi lo Stato spende la stessa cifra, circa 100 milioni. Quindi la questione non è economica.

Per spingere i farmacisti a promuovere il generico sono previsti da molto tempo sconti dei prodotti e azzeramento delle trattenute per i negozi. L'idea di dare un premio sulle confezioni è più recente, l'ha avuta il ministro alla Salute del passato governo, Roberto Speranza, e prevedeva un compenso di 0,12 euro a scatola. Gli effetti secondo gli osservatori si sarebbero visti nel tempo e sarebbero stati ovviamente più importanti con l'aumento previsto nell'ultima manovra poi stoppato dal Mef.

La legge prevede che quando vie-

ne prescritto un medicinale a carico del sistema sanitario, lo Stato riconosca il prezzo di riferimento, cioè quello del generico. Se il cittadino vuole comunque il prodotto di marca paga la differenza, che a seconda delle molecole può andare da qualche decina di centesimi a diversi euro. Ebbene, gli italiani ogni anno tirano fuori di tasca propria tantissimo, un po' più di un miliardo di euro, per quella differenza. Tra l'altro la spesa pro capite è più alta nelle Regioni dove ci sono più difficoltà economiche, quelle del Sud. La misura dell'incentivo serviva a ridurre, magari anche lentamente, i consumi di farmaci di marca per i quali esiste il generico.

L'associazione dei produttori di equivalenti, Egualia, ha scritto anche alla Conferenza delle Regioni per esprimere «grande preoccupazione sulle ripercussioni che tali misure avrebbero sul già limitato utilizzo dei farmaci equivalenti a livello nazionale». CONTRIBUZIONE RISERVATA

Il numero

0,10 euro

Premio ai farmacisti
Cambia l'incentivo ai farmacisti su ogni confezione di farmaco equivalente. Era di 28 centesimi e scende a 10 (11 dal 2025)

1 mld

Spesa in eccesso
La scelta dei prodotti di marca al posto del generico costa ogni anno un miliardo in più alle famiglie



La nuova figura Pochi gli infermieri di famiglia

Marzio Bartoloni — a pag. 24

L'infermiere di famiglia resta ancora una rivoluzione mancata

La nuova figura. Cruciale per le cure sul territorio e a casa dei pazienti. Il fabbisogno minimo è di 20mila operatori, ma al momento ne sono operativi circa 3mila. Intanto le Regioni si muovono in ordine sparso

Marzio Bartoloni

L'infermiere di famiglia è uno dei nuovi protagonisti della Sanità del territorio: quella assistenza cioè che dovrebbe avvicinare finalmente le cure a casa dei cittadini evitando così che questi ingolfino ospedali e pronto soccorso. Lì dove già c'è è diventato un punto di riferimento soprattutto per i pazienti cronici e gli anziani con più patologie. Ma oggi questa figura così importante è in realtà ancora solo una comparsa e rischia di restarlo per molto tempo ancora nonostante il Pnrr e il conseguente Dm 77 - il decreto che nel 2022 ha delineato gli standard della nuova Sanità territoriale - faccia affidamento sull'«infermiere di famiglia e di comunità» (questa la denominazione ufficiale) per aiutare i pazienti a casa, negli ambulatori e nelle Case di comunità che stanno cominciando finalmente ad aprire i battenti grazie ai fondi europei del Piano di ripresa e resilienza.

A dirlo sono innanzitutto i numeri: dei 19.617 infermieri di famiglia previsti come minimo fabbisogno da questi standard (uno ogni 3mila abitanti) ne sono davvero operativi poco più di un decimo: l'ultima rilevazione dell'Agenas (l'Agenzia per i servizi sanitari regionali) risalente a giugno 2021 parlava di soli 1380 in servizio, «oggi sono di più, in diverse Regioni come a esempio la Lombardia sono cresciuti, ma il numero complessivo si aggira sui tremila infermieri di famiglia, siamo dunque ancora molto lontani dal target previsto», assicura Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Ordini professioni infermieristiche. Tra l'altro una volta tanto le risorse ci sono pure: le prime sono state stanziare nel 2020 con il decreto Rilancio con fondi sufficienti

per assumerne oltre 9mila, poi la legge di bilancio per il 2022 ha messo in pista fondi pluriennali per le assunzioni nella Sanità territoriale senza dover neanche «scontare» i paletti del tetto di spesa sulle assunzioni. Ma la situazione è cambiata poco. «I problemi essenzialmente sono due: - aggiunge Mangiacavalli - il primo è il fatto che gli infermieri sono introvabili e se lo sono per gli ospedali lo sono anche per il territorio, il secondo è più complessivo ed è legato al fatto che manchi un percorso specifico per questa figura che non deve partire solo dalla formazione per cui va immaginata anche una laurea magistrale, ma da un trattamento economico e di carriera che valorizzi questa tipologia di infermiere come altre figure specializzate. Invece già a partire dai concorsi che vengono banditi oggi si cercano genericamente solo degli infermieri».

Nel frattempo come spesso accade nella Sanità italiana le Regioni si muovono in ordine sparso: c'è il Veneto che è l'unica Regione che ha normato in tutti gli aspetti la figura dell'infermiere di famiglia e comunità (dalla valorizzazione delle competenze al percorso di formazione), ma anche altre Regioni - tra queste Friuli, Lombardia, Emilia, Toscana e Lazio - che hanno previsto norme ad hoc su questa figura. Nel resto delle Regioni ci sono riferimenti normativi oppure mancano del tutto come è nel caso di Umbria, Molise e della Provincia di Bolzano.

A provare a disegnare un identikit definitivo dell'infermiere di famiglia e comunità è stata recentemente l'Agenas con le sue linee di indirizzo dove si prevede che lavorerà a livello ambulatoriale, domiciliare o, più in generale, nella comunità. Non solo come «un erogatore di assistenza

sanitaria», ma anche come «potenziale attivatore di servizi assistenziali». In questo ruolo si integra con «i professionisti presenti nella comunità (medici di medicina generale/pediatrati di libera scelta, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, infermieri di assistenza domiciliare integrata)». Il percorso formativo prevede il conseguimento di un master universitario di primo livello ad hoc, ma potranno accedere a questo ruolo anche infermieri che operano già in ambito territoriale e abbiano maturato un'esperienza almeno biennale. «Ecco ripartiamo da questo documento e facciamo che tutte le Regioni lo facciano proprio per dare finalmente una spinta a questa figura», conclude la presidente degli Ordini degli infermieri Barbara Mangiacavalli.

«RIPRODUZIONE RISERVATA»
LINEE GUIDA

L'Agenas ha appena pubblicato delle linee guida sull'identikit di questa figura e sui requisiti

«Gli ostacoli sono due: mancano gli infermieri da assumere e serve un percorso che valorizzi questa figura»



Maxi stipendi e benefit: l'Arabia Saudita punta sugli infermieri italiani

Dopo la Svizzera – che negli ultimi tre anni ha drenato all'Italia 2.500 infermieri e oltre 3.500 medici -, e dopo il Qatar e gli Emirati Arabi, ecco anche l'Arabia Saudita, che da alcuni mesi ha lanciato in Europa un vasto piano di arruolamento di professionisti della sanità. Impegnato in un rafforzamento del sistema sanitario, a causa dell'avanzamento dell'età media della popolazione e dell'aumento del numero degli abitanti, entro il 2030 il governo saudita dovrà aver reclutato 44 mila medici e ben 88 mila infermieri. La campagna acquisti si concentra soprattutto sull'Italia, per l'elevata qualità della formazione che garantisce. E dallo scorso maggio, quando è partita, si sono già fatti avanti 1.650 operatori italiani, dei quali 850 medici specialisti, 600 infermieri, 150 tra fisioterapisti e osteopati. E poi tecnici di radiologia e di laboratorio e logopedisti. Il fatto è che per l'80% gli operatori che hanno dato la loro disponibilità sono alle dipendenze del servizio sanitario nazionale, già piegato da una ormai cronica e gravissima carenza di personale. Una questione di retribuzione? Non proprio. O almeno non solo. Tutti sono pronti a partire, come hanno spiegato ad Amsi, associazione dei medici di origine straniera in Italia, perché sfiniti dal forte stress accumulato nelle corsie degli ospedali italiani a causa, prima di tutto, di turni massacranti. Condizioni da burn out a cui si accompagna il desiderio di lavorare in serenità e sicurezza e di essere valorizzati professionalmente. «L'aspetto economico è rilevante, ma non è affatto la prima motivazione», conferma Foad Aosi, presidente dell'Amsi. Certo, il governo saudita ha messo sul tavolo una proposta allettante. Una retribuzione che parte da un minimo di 3.400 euro esentasse e arriva fino a 5 mila euro. Alloggio e utenze gratuite, così come il trasporto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa. E poi due voli all'anno per rientrare nel Paese d'origine, mezzo stipendio extra alla fine di ogni anno per i primi cinque anni, poi uno stipendio in più dopo il primo lustro. E ancora: assistenza medica gratuita e altri benefits come accesso illimitato a palestre e piscine e misure di integrazione sociale per le famiglie. Quanto ai requisiti, bastano un buon livello di conoscenza dell'inglese, la nazionalità europea, più di tre anni di esperienza in un contesto ospedaliero, una laurea conseguita in un Paese Ue. Eppure a far scattare la molla verso l'espatrio è prima di tutto la crisi in cui è avvitato il Ssn. «Riceviamo ogni giorno una media di 10 email da parte di professionisti sanitari che vogliono lasciare l'Italia - prosegue Aosi -, con un aumento delle richieste pari al 40% da maggio a settembre, del 65%

da settembre ad oggi». E la meta più agognata da chi adesso decide di andare all'estero, dopo gli Emirati sta diventando proprio l'Arabia Saudita, davanti al Bahrein e all'Oman (il Qatar è già saturo). Questo soprattutto per gli infermieri, il cui stipendio in Italia si aggira intorno ai 1.500-1.600 euro al mese, al netto degli straordinari. «E già oggi ce ne mancano, secondo le nostre stime, circa 170 mila rispetto alla media dei Paesi europei - dice Antonio De Palma, segretario del sindacato infermieri Nursing Up -. La fuga è il risultato anche della scarsa considerazione che il ministero della Salute ha nei nostri confronti. In base alle risultanze che abbiamo, già in 1.300 hanno lasciato il Paese per l'Arabia Saudita». Le domande per trasferirsi nel Paese del Golfo arrivano prima di tutto dalla Lombardia. Seguono il Veneto, il Piemonte, il Lazio, la Sicilia, la Sardegna e la Calabria. Ma un modo per compensare la fuga secondo Amsi ci sarebbe. «Da anni - spiega Aosi - chiediamo di far lavorare i 77.500 professionisti sanitari stranieri presenti in Italia, dei quali 22 mila medici e 38 mila infermieri. Solo che il 65% non ha la cittadinanza italiana e quindi non può partecipare ai concorsi pubblici».

— **Natascia Ronchetti**

FOTOGRAFIA: P. BIANCHI

TELEMEDICINA
L'infermiere di famiglia può essere molto utile anche nell'attivazione dei servizi di telemedicina per gli anziani



«Ricerca, pochi fondi rispetto agli standard da raggiungere»

Il richiamo di Mattarella. Presentate al Quirinale le iniziative Airc. «Malattie oncologiche ancora un'emergenza»

ROMA Da una parte ci sono 200 tipi di neoplasie, dall'altra 3,6 milioni di italiani che hanno ricevuto una diagnosi di tumore

E poi c'è Airc, la prima associazione indipendente per ricerca sul cancro in Italia che rilancia anche quest'anno la tradizionale maratona delle reti Rai (5-12 novembre) per la raccolta fondi. Migliorano le cure, si affinano le strategie terapeutiche, i farmaci sono sempre più tagliati sull'individuo ma le malattie oncologiche restano «un'emergenza nazionale», esorta a non dimenticarlo il presidente della Fondazione Airc, Andrea Sironi in apertura della cerimonia al Quirinale sui «Giorni della ricerca».

E rammenta ciò che è stato

fatto. Spiccano i 21 milioni di euro investiti per garantire la stabilità del posto ai giovani scienziati e favorire il rientro di quelli impegnati all'estero.

Molti i successi, molti i passi avanti, riconosce il capo dello Stato, Sergio Mattarella, ad ascoltarlo i ministri Anna Maria Bernini (università e ricerca) e Orazio Schillaci (salute). Eppure non basta perché, ha continuato il presidente della Repubblica «sappiamo che i nostri fondi sono limitati rispetto agli standard da raggiungere. Ancora troppi giovani vanno via pur desiderando restare qui. Da noi però le condizioni, economiche e professionali, sono poco aperte, meno competitive». Il sotto finanziamento resta la criticità numero uno. In Italia

i fondi equivalgono allo 0,65% del Pil, sommando spesa pubblica e privata si arriva a 1,46%, alle spalle di altri Paesi europei come Francia e Germania che invece hanno incrementato gli investimenti.

Mattarella è tornato sul tema dell'anti scienza le cui teorie «non soltanto offuscano la visione del bene comune ma spesso minacciano la salute dei cittadini. Nell'epoca dell'intelligenza artificiale e della grande accelerazione degli studi, la diffusione della conoscenza continua a mescolarsi con il suo opposto».

Il pensiero corre alla pandemia e alle posizioni no vax che hanno convinto migliaia di italiani a non vaccinarsi. La storia della medicina è ricca di «movimenti» che di tanto

in tanto hanno indotto i pazienti oncologici a seguire percorsi di cura antiscientifici.

Il premio Airc «Credere nella ricerca» è stato consegnato a Federfarma e a Mara Venier per aver sostenuto la causa attraverso le trasmissioni televisive.

Margherita De Bac



Al Quirinale Da sinistra Andrea Sironi (presid. Fondazione Airc), la ministra Anna Maria Bernini, Mara Venier, il presidente della Repubblica Sergio Mattarella, il ministro Orazio Schillaci e Federico Caligaris-Cappio (dir. sc. Fondazione Airc)



«Studio il cervello, è il nostro cuore»

La professoressa Michela Matteoli dirige il Neuro Center di Humanitas. La storia e la passione di una «donna libera». Il team che valorizza il talento femminile. «Sulle neuroscienze bisogna impegnarsi di più: trattiamo i sintomi, non la causa»

di **Paola D'Amico**

Quando rientrò dagli Usa, per lavorare all'Istituto di Farmacologia di via Vanvitelli, a Milano, Michela Matteoli portò con sé le preziose strumentazioni che nel frattempo aveva acquistato. Era il 1993. L'edificio era storico, gli spazi ristretti, «ma ricordo bene che il prof. Guido Fumagalli prese una sega circolare e tagliò un pezzo del suo bancone così da farmi incastrare incubatori e cappa». È un aneddoto che riemerge durante le lezioni della neuroscienziata impegnata nello studio del cervello e dei meccanismi del suo invecchiamento. «È un insegnamento: ci sono sempre persone disposte ad aiutare. Dobbiamo imparare a vedere il buono che c'è intorno. Se accade, poi ci sembrerà naturale fare la stessa cosa con gli altri». C'è un secondo messaggio che la prof, che ha diretto l'Istituto di Neuroscienze del Cnr ed è responsabile del Neuro Center di Humanitas, cerca di passare ai giovani e in particolare alle ragazze: la scienza è bella, richiede dedizione assoluta, «ma è importante che siate persone a 360 gradi, non fatevi convincere che un buon scienziato è uno che sta solo in laboratorio».

Predestinata

La scienza ha bisogno anche delle donne ma «c'è un momento nella loro vita in cui sono molto fragili e dobbiamo proteggerle. Non è un problema solo italiano. Di recente sono stata chiamata a Bonn a fare un seminario come *role model*, perché molte ragazze in Germania dopo il primo anno di dottorato mollano, passano dall'accademia all'industria. A 25-26 anni si sentono inadeguate, è radicata l'idea che bambino e ricerca siano incompatibili». Lo sa bene lei che, nata a Pisa nel 1960, era predestinata a diventare insegnante di lettere. «Lo era già mia madre, al liceo avevo ottimi voti in greco e latino». Fortuna vuole che «il papà della mia migliore amica con cui studiavo era, oltre che preside del nostro Liceo, professore di fisica e preparando la maturità "sfruttammo" le sue ripetizioni. Allora mi resi conto di quanto mi piacevano queste materie. Lui mi disse: "Hai una mente scientifica spiccata, ragiona su questo senza porti limiti". E mi iscrissi a Scienze biologiche». Quella è stata la prima di tante decisioni che fanno di lei, sottolinea con orgoglio, una «donna libera». Un'altra è stata lavorare sulle sinapsi che come «ponti radio» consentono ai neuroni di trasmettere l'un l'altro i segnali. Questo l'ha portata prima all'Istituto di Farmacologia di via Vanvitelli, poi a Yale per il post doc con un altro grande italiano Pietro de Camilli, quindi al Cnr, alla Statale di Milano e infine a Humanitas University, sviluppando progetti per Fondazione Humanitas per la Ricerca.

«Il cervello è l'organo più complesso di cui conosciamo

solo una piccolissima parte, la ricerca è rimasta indietro. Pensiamo all'oncologia dove siamo arrivati alla medicina personalizzata: nel caso delle neuroscienze siamo ancora ben lontani. Per malattie come Parkinson, Alzheimer, demenze trattiamo i sintomi ma non la causa. Dobbiamo ancora capire perché muoiono i neuroni e come possiamo frenare questa morte». Le sinapsi sono il «cuore» del cervello, «la struttura dove avvengono tutti i processi di plasticità alla base dell'apprendimento e della memoria. «Si sa che geni e ambiente sono in egual misura coinvolti nelle malattie del cervello. Io mi sono domandata se il sistema immunitario e l'infiammazione, che sono enormi fattori di rischio per il cancro e le malattie cardiovascolari, non possano avere come bersagli anche le sinapsi. Quando nel 2015 il professor Alberto Mantovani mi ha proposto di trasferire il mio laboratorio in Humanitas ho accettato con entusiasmo; qui noi neuroscienziati, immunologi e cardiologi abbiamo iniziato a lavorare insieme e a contaminarci culturalmente». Sette anni dopo, nel 2022, il gruppo ha centrato un grande obiettivo: Matteoli si è aggiudicata un Erc (European Research Council) Advanced Grant, un finanziamento per



la ricerca di 5 anni, e due giovani ricercatrici che guidano gruppi di ricerca all'interno dell'area di Neuroscienze in Humanitas, Simona Lodato di Humanitas University e Bianca Silva del Cnr, hanno vinto ciascuna un Erc Starting Grant.

Divulgare

Mentre mette a nudo l'universo delle sinapsi, Matteoli ha tradotto quanto già si sa in buone prassi per tenere lontana l'infiammazione dai nostri neuroni: *Il talento del cervello. 10 lezioni facili di neuro-*

scienze (Ed. Sonzogno). «Ho pensato - conclude - che fosse il momento giusto per divulgare anche ai non esperti quanto sappiamo». Strategie che preservano le capacità cognitive, dall'alimentazione al relax, dall'attività sociale alla curiosità: «Quando impariamo si formano tante più sinapsi e si crea una riserva cognitiva, un piccolo salvadanaio da usare quando, durante l'invecchiamento, il nostro cervello inizierà a perdere colpi. Anche l'attività fisica facilita la formazione di nuove sinapsi, mentre la vita sociale

aiuta a tenere sotto controllo lo stress dannoso per l'ippocampo, l'area dove si costruiscono le memorie. L'ambiente esterno, le molecole infiammatorie nel nostro sangue o i batteri del nostro intestino lo plasmano e lo modificano, e il nostro cervello risponde. In tono somnesso o ad alta voce, ma risponde sempre».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Riserve cognitive

«Attività fisica e vita sociale creano sinapsi e aiutano l'area in cui si creano le memorie»

Biografia

● Michela Matteoli (nella foto sotto) ha conseguito il dottorato di ricerca all'Università di Pisa e il postdoctoral fellow presso la Yale University School of Medicine

● Nel 1992 ha fondato il suo laboratorio presso il Centro di Farmacologia Molecolare e Cellulare, oggi Istituto di Neuroscienze

del Cnr di cui è stata direttrice

● È membro dell'European Molecular Biology Organization, dell'Accademia Europea e dell'Accademia Nazionale dei Lincei



Michela Matteoli (al centro con i fiori) in mezzo al suo team all'Humanitas



Progetto biobanche, le mille sfumature del genoma italiano

Human Technopole. L'Italia quanto a struttura genetica ha un livello pari a quella del resto d'Europa, originata da eventi storici e dalla geografia

Agnese Codignola

Dove va la medicina traslazionale o, per meglio dire, verso dove è spinta ad andare dal trasferimento tecnologico o, viceversa, dalle sue carenze e lacune? La domanda è cruciale, per capire quali siano i possibili sviluppi della ricerca più avanzata in Italia. Le ricadute positive dei progetti, infatti, possono non diventare pienamente tali, se manca una rete capace di accompagnare i ricercatori nel percorso successivo agli esperimenti e alle pubblicazioni, che dovrebbe condurre ai brevetti, le startup o gli spin off, e alle collaborazioni con le aziende. In Italia, purtroppo, quel tipo di approccio è carente, e la ricerca non è quasi mai stata inquadrata in visioni nazionali coordinate, che massimizzino gli sforzi, abbattano sprechi e duplicazioni, e portino a compimento ricerche che, dal punto di vista qualitativo e quantitativo, pongono il Paese sempre ai vertici delle classifiche mondiali.

Per favorire un progresso innanzitutto culturale, nei giorni scorsi si è svolta a Milano, allo Human Technopole (HT), una conferenza dal titolo: "Future Trends in Translational Medicine", patrocinata da Nature Italy, e rivolta soprattutto ai giovani ricercatori. Il perché lo spiega Fabio Terragni, membro del consiglio di gestione di HT delegato al trasferimento di tecnologie: «In Italia esistono molti centri di ricerca ed enti finanziatori: il settore muove più di 6 miliardi all'anno, e sta beneficiando di risorse del Pnrr. Tuttavia, mostra una grande frammentazione nelle fasi successive agli studi di base. Human Technopole è nato per favorire la formazione di reti che valorizzino quanto scoperto e contribuire a un cambiamento cultu-

rale sempre più urgente, se il Paese vuole stare al passo con il resto del mondo più avanzato. I ricercatori più giovani devono capire che ricerca ha sempre ricadute economiche positive, non legate esclusivamente al prodotto cui conduce. E ne ha anche di sociali, perché crea ecosistemi che hanno un impatto sociale significativo, favorisce gli scambi internazionali e stimola le aziende. I ricercatori devono trovare in tutto questo la motivazione a estendere la propria attività oltre al lavoro in laboratorio».

L'incontro, non a caso, era articolato su 4 grandi temi che rappresentano le frontiere più interessanti degli ultimi anni, che stanno già avendo ricadute importanti: la tecnologia dell'Rna, appena insignita del premio Nobel; gli organoidi, la cui evoluzione è continua; l'impiego dell'intelligenza artificiale (Ia) nelle scienze della vita, i big data genetici, stanno mostrando panorami anch'essi inediti e ricchissimi di potenzialità.

Una delle relattrici di quest'ultimo ambito è stata Nicole Soranzo, responsabile del Genomics Research Centre - Population and Medical Genomics di HT, che così illustra la sua attività. «Noi lavoriamo sui grandi campioni di popolazione con le tecnologie di genetica più avanzate, per identificare le caratteristiche di una certa popolazione, i fattori di rischio e così via. In alcuni casi utilizziamo i dati di biobanche già esistenti, la principale delle quali è la UK Biobank britannica. Ma l'Italia è un paese del tutto particolare, quanto a struttura genetica: da sola, ha un livello pari a quella di tutto il resto d'Europa, originata da eventi storici e dalla sua geografia. Per questo stiamo cercando di creare, insieme alla comunità scientifica italiana, sia collezioni di genomi di riferimento di tutta Italia, sia una

serie di biobanche italiane, per studiare malattie complesse. La prima sta nascendo grazie alla collaborazione con l'istituto NeuroMed di Pozzilli, che detiene i dati - ovviamente anonimi - del genoma di 25.000 Italiani». L'idea, spiega ancora Soranzo, è arrivare ad avere diversi archivi nazionali che, nel loro insieme, possano costituire un campionamento sufficiente delle mille sfumature del genoma italiano, insieme alle informazioni su fattori esterni come quelli ambientali. L'obiettivo è evidente. «Se conoscessimo meglio le specificità dei genomi italiani - sottolinea Soranzo - potremmo trovare trattamenti mirati sulle caratteristiche specifiche». Per giungere a una terapia, però, occorre il supporto delle aziende, che svolgono quel tipo di lavoro. Le aziende, d'altro canto, non finanziano studi di popolazione. Così nascono le partnership, ormai irrinunciabili per entrambi i tipi di soggetti, ma ancora troppo spesso frenate da carenze strutturali, dalla burocrazia e da una certa resistenza culturale: anch'esse tutte molto italiane. Per fortuna, i giovani di Human Technopole provengono da decine di paesi, e anche questo è un beneficio sociale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«L'idea è di avere archivi nazionali che diano un campionamento sufficiente per realizzare terapie mirate»



Zanzare modificate contro la dengue

La diffusione di zanzare deliberatamente infettate con il batterio Wolbachia ha nettamente diminuito la circolazione del virus della dengue nelle città colombiane di Bello, Medellin e Itagui. Sono i risultati preliminari di un esperimento realizzato dal World Mosquito Program (Wmp), un'organizzazione no-profit

dedita alla lotta contro le malattie infettive trasmesse dalle

zanzare. I ricercatori del Wmp hanno appositamente contagiato le zanzare con il batterio e le hanno diffuse nelle tre città. Le zanzare portatrici del batterio perdono la capacità di trasmettere il virus e sostituiscono gradualmente le zanzare locali. Grazie a questo intervento, l'incidenza della dengue è calata di oltre il 90%. I risultati sono stati presentati al congresso annuale della American Society of Tropical Medicine and Hygiene che si è svolto a Chicago (Usa). (An. Cap.)

