



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**25 GENNAIO 2024**

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

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## Cardiochirurgia, all'Ismett il primo intervento di realtà aumentata in Italia

*Procedura chirurgica mini-invasiva per la chiusura dell'auricola sinistra. Ad effettuarla l'équipe guidata dal prof. Francesco Musumeci*

25 Gennaio 2024 - di [Redazione](#)

PALERMO. Per la prima volta in Italia la **Realtà Aumentata** entra in una sala operatoria di **Cardiochirurgia** come ausilio per un intervento mini-invasivo. Questa tecnologia consente di ottenere una ricostruzione 3D di un organo e dà al chirurgo la possibilità interagire con l'ologramma che viene creato dal computer, simulando così la procedura chirurgica che dovrà poi esser eseguita nel paziente. L'intervento è stato eseguito presso l'**ISMETT-UPMC** di Palermo- il centro medico nato dalla partnership internazionale fra Regione Siciliana ed UPMC (University of Pittsburgh Medical Center)- dall'équipe guidata dal prof. **Francesco Musumeci**, Senior Consultant in Cardiac Surgery di ISMETT. Si è trattato di un intervento chirurgico mini-invasivo per la **chiusura dell'auricola sinistra**, una piccola estroflessione dell'atrio di sinistra, per il quale ci si è avvalsi del supporto della Realtà Aumentata. Questo tipo di procedura è indicata nei pazienti con **fibrillazione atriale** cronica che hanno controindicazione all'utilizzo della terapia anticoagulante, con l'obiettivo di evitare l'ictus dovuto a trombi che possono formarsi all'interno dell'auricola. Di solito la procedura viene effettuata mediante tecnica **percutanea** con l'inserimento, attraverso una vena della gamba, di un occlusore che si apre ad ombrellino all'imbocco dell'auricola, occludendola completamente. «Nel nostro caso- spiega il prof. Francesco Musumeci- a causa di una ostruzione congenita della **vena cava inferiore** ed essendo la paziente trombofilica, la decisione è stata quella di intervenire chirurgicamente utilizzando un accesso mini-invasivo. La presenza presso l'ISMETT di un laboratorio di ricerca diretto dal Prof. **Salvatore Pasta** che lavora sullo sviluppo della realtà aumentata e della realtà virtuale in campo



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

medico, ci ha stimolato ad utilizzare queste tecnologie. L'obiettivo è stato quello di valutare il contributo della tecnologia oggi a disposizione per questo tipo di procedura in termini di precisione ed efficienza del gesto chirurgico». La realtà aumentata è una tecnologia che **potenzia il mondo reale** con informazioni percettive generate da computer con immagini provenienti da esami diagnostici (come TAC, Risonanza ed Eco) e consente una simulazione 3D della realtà con la quale il professionista può interagire. Mostra, quindi, in tempo reale e in modo interattivo immagini 3D così da consentire una migliore analisi dell'anatomia. «In questo caso- sottolinea **Salvatore Pasta**, professore dell'Università di Palermo distaccato presso IRCCS ISMETT – abbiamo applicato uno strumento realtà aumentata in cui l'oggetto dapprima ricostruito con TAC tradizionale è stato proiettato in sala operatoria sul paziente, migliorando così la percezione del chirurgo sul trattamento». Il professore Salvatore Pasta collabora con l'Istituto Mediterraneo grazie ad una **convenzione** di ricerca fra il Dipartimento di Ingegneria dell'Università di Palermo ed ISMETT nell'ambito della ricerca in campo cardio vascolare. Attraverso lo schermo semitrasparente del visore è possibile vedere la scena reale e aggiungere immagini digitali sovrapponendole all'ambiente reale. Il chirurgo usando gesti per manipolare le **immagini olografiche** all'interno del visore e avendo visione del campo operatorio può simulare gli interventi chirurgici che dovrà eseguire, ottimizzando l'efficienza nella procedura chirurgica e minimizzandone il rischio. L'immagine olografica del torace e del cuore della paziente, dunque, è stata ricostruita dalla TAC e su questa ricostruzione **tridimensionale** è stata possibile attraverso l'ologramma una simulazione che ci ha permesso con successo di programmare l'intervento focalizzando su due punti importanti: **il punto di ingresso** nella parete del torace per il sistema di chiusura dell'auricola e l'anatomia dell'auricola al fine di ottenere il corretto posizionamento del sistema di chiusura. «La realtà aumentata- sottolinea ancora il prof. **Francesco Musumeci**– e la realtà virtuale avranno in futuro un ruolo sempre più importante nella chirurgia, garantendo un supporto importante nella programmazione degli interventi ed una migliore opportunità di formazione per i giovani chirurghi. L'intervento eseguito in ISMETT, è il primo di questo tipo mai effettuato in Italia. Il risultato è stato eccellente e la paziente dopo pochi giorni dall'intervento è tornata a casa».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Tumore del polmone ALK+ non a piccole cellule, nuove opzioni di cura

MILANO (ITALPRESS) – Con la pubblicazione della determina in Gazzetta Ufficiale (n.283/4 dicembre 2023), l'Agencia Italiana del Farmaco ha autorizzato la rimborsabilità in prima linea di Lorviqua (lorlatinib), inibitore della tirosin-chinasi (TKI) di terza generazione, in pazienti adulti affetti da tumore del polmone non a piccole cellule (Non-Small Cell Lung Cancer, NSCLC) in stadio avanzato



MILANO (ITALPRESS) - Con la pubblicazione della determina in Gazzetta Ufficiale (n.283/4 dicembre 2023), l'Agencia Italiana del Farmaco ha autorizzato la rimborsabilità in prima linea di Lorviqua (lorlatinib), inibitore della tirosin-chinasi (TKI) di terza generazione, in pazienti adulti affetti da tumore del polmone non a piccole cellule (Non-Small Cell Lung Cancer, NSCLC) in stadio avanzato positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK), non trattati in precedenza con un inibitore di ALK. Si tratta di un passo avanti ulteriore nel trattamento di questa specifica neoplasia, presente nel 5-7% dei casi di tumore del polmone non a piccole cellule e con una maggiore incidenza in pazienti più giovani (sotto i 50 anni) preferenzialmente - ma non esclusivamente - non fumatori, la cui malattia risponde molto meno ai regimi chemioterapici standard. In Italia, il tumore del polmone rimane ancora la seconda neoplasia più frequente negli uomini (15%) e la terza



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

nelle donne (6%), oltre che causa di un numero di decessi superiore a quello di qualunque altra forma di cancro. Secondo gli ultimi dati AIOM-AIRTUM, lo scorso anno in Italia sono state stimate circa 44.000 nuove diagnosi di tumore al polmone (30.000 uomini e 14.000 donne). La maggior parte dei casi di tumore del polmone corrisponde all'istologia non a piccole cellule. All'interno di questo gruppo, la ricerca scientifica ha individuato numerose alterazioni molecolari che possono determinare l'insorgenza e lo sviluppo della patologia neoplastica. Tra queste, l'alterazione a carico del gene ALK che rappresenta un importante target terapeutico. I pazienti affetti da NSCLC ALK+ presentano un'alta incidenza di metastasi cerebrali al basale (fino al 40%) e un alto rischio di sviluppo di metastasi lungo tutto il percorso terapeutico, con il conseguente impatto sulla qualità di vita. "Il tumore del polmone rappresenta una patologia frequente e molto complessa - spiega Silvia Novello, Professore Ordinario di Oncologia Medica presso il Dipartimento di Oncologia dell'Università di Torino e presidente di WALCE Onlus -. Grazie alle nuove tecnologie di sequenziamento del DNA, sono ormai note molte alterazioni molecolari del NSCLC che condizionano la biologia di questo tumore, alcune delle quali si realizzano nelle prime fasi di sviluppo e sono es-senziali per la sua crescita e, quindi, possono rappresentare dei target terapeutici. L'identificazione di questi target è fondamentale per poter identificare il bersaglio di farmaci che garantiscono ai pazienti un'aspettativa di vita sorprendentemente superiore e questo è possibile solo con una corretta e tempestiva profilazione molecolare. In questo contesto effettuare il testing molecolare completo al basale per identificare la proteina ALK è indispensabile per orientare correttamente già la prima decisione terapeutica. I pazienti con NSCLC ALK+ sono più giovani della media, uomini e donne in prevalenza non fumatori e in buone condizioni generali, ma con un'alta incidenza di metastasi cerebrali al basale (fino al 40%). Il sistema nervoso centrale è inoltre per questi pazienti un sito frequente di progressione della malattia; pertanto, la prevenzione delle metastasi cerebrali durante la prima linea di trattamento assume un ruolo fondamentale nella gestione della malattia. Le terapie 'targeted' agiscono in modo mirato su specifici bersagli molecolari, migliorando l'aspettativa di vita dei pazienti e la qualità della stessa rispetto alla chemioterapia tradizionale". E' il caso di lorlatinib, inibitore della tirosin chinasi (TKI) di terza generazione e disegnato specificatamente per superare la barriera ematoencefalica e agire quindi a livello cerebrale, nonchè per essere attivo anche in pazienti precedentemente trattati in cui si siano sviluppate delle mutazioni secondarie di resistenza. Oggi è rimborsato in Italia anche come monoterapia in prima linea per il trattamento di pazienti adulti affetti da tumore del polmone non a piccole cellule (Non-Small Cell Lung Cancer, NSCLC) in stadio avanzato positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK) non trattati in precedenza con un inibitore di ALK, oltre che come trattamento di II linea, o successive, in pazienti pretrattati con almeno un inibitore di ALK di II generazione. La nuova indicazione di lorlatinib in prima linea di trattamento è supportata dallo studio CROWN, studio internazionale, multicentrico, randomizzato, in aperto, a 2 bracci paralleli, che ha confrontato lorlatinib in monoterapia verso crizotinib in monoterapia, in 296 pazienti affetti da NSCLC ALK-positivo avanzato non trattati in precedenza. Obiettivo dello studio CROWN è la dimostrazione della maggiore efficacia, in termini di



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

sopravvivenza libera da progressione, di lorlatinib rispetto a crizotinib nel trattamento del NSCLC ALK-positivo avanzato non trattato in precedenza. Tale superiorità è stata, e continua ad essere, dimostrata presentando risultati senza precedenti nella classe terapeutica. Sulla base dei dati aggiornati dello studio CROWN, lorlatinib rappresenta la risposta ai principali bisogni terapeutici della patologia NSCLC ALK+, candidandosi come il nuovo 'standard of care' per il trattamento di I linea. Oltre che sulla sopravvivenza libera da progressione, lorlatinib ha determinato miglioramenti statisticamente significativi anche del tempo alla progressione di malattia a livello intracranico e del tasso di risposta obiettiva sia sistemica che intracranica, che si sono mostrate consistenti anche in termini di durata della risposta stessa rispetto a pazienti affetti da NSCLC avanzato ALK positivo non precedentemente trattato. Sicuramente senza precedenti, il dato di profilassi rispetto all'insorgenza di metastasi cerebrali in pazienti senza patologia intracranica al basale. "I risultati dello studio CROWN offrono prospettive interessanti per continuare a ottimizzare le opzioni terapeutiche disponibili nel trattamento di prima linea nella malattia ALK riarrangiata - precisa Filippo de Marinis, Direttore Divisione di Oncologia Toracica IEO\_Istituto Europeo di Oncologia di Milano, Presidente AIOT (Associazione Italiana di Oncologia Toracica) e Membro dello Steering Committee CROWN -. Fino ad oggi, infatti, lo standard di trattamento dei pazienti affetti da tumore del polmone non a piccole cellule avanzato con traslocazione di ALK è stato rappresentato da un trattamento di prima linea con inibitori di ALK di seconda generazione. I dati dello studio di fase III CROWN hanno invece consentito di evidenziare la superiorità di lorlatinib sia in termini dell'endpoint primario (sopravvivenza libera da progressione), che in termini di risposte obiettive e di controllo intracranico. La maggiore efficacia di lorlatinib è stata evidenziata in tutti i parametri valutati, con una riduzione del rischio di progressione di malattia pari al 73%, mentre l'82% dei pazienti con metastasi cerebrali ha riscontrato una risposta intracranica, che è stata completa nel 71% dei casi. La terapia mirata continua, quindi, a portare risultati significativi, dimostrando anche benefici a lungo termine mai riscontrati prima nei pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) avanzato". "Grazie alla nuova indicazione presentata oggi, offriamo una nuova opportunità alle persone con tumore del polmone non a piccole cellule ALK+ che potranno usufruire di un percorso terapeutico basato sulla medicina di precisione - conclude Biagio Oppi, External Communications Director di Pfizer in Italia. - Per Pfizer, che peraltro è da sempre in prima linea nella lotta contro i tumori, è un momento straordinario per l'area Oncologia: grazie all'acquisizione di Seagen, perfezionata a dicembre, abbiamo ora una pipeline formidabile con innovazioni terapeutiche in grado di trasformare la qualità di vita dei pazienti".



Dir. Resp. Marco Girardo

È VITA

## Palermo, l'hospice che ti segue a casa

Viana a pagina 15



# L'hospice che ti segue anche a casa

PAOLO VIANA

Inviato a Palermo

«Un sogno solo». Salvatore ha avuto, come dice lui, un sogno solo per tutta la vita. Un sogno concepito e coltivato con lo sguardo e con la mente. «La meccanica». Ecco il sogno che non ti aspetti da un uomo che vive sdraiato su una poltrona che aiuta la moglie a sollevarlo e a portarlo sul balcone. Si vede il mare. E l'officina. Perché quel sogno lui continua a coltivarlo anche adesso: gli occhi vispi pensano ciò che non vedono. «Io sono la mente» risponde a chi gli chiede come fa a dirigere ancora l'officina di famiglia, ora che i motori li smonta e li rimonta suo figlio Luca. «Quando non so qualcosa lo chiamo al telefono e mi spiega - racconta il ragazzo - e, non so come, ma lui vede perfetta-

te ciò che sto facendo». Se è fortunato, la mente non se ne andrà, neppure quando l'ultimo muscolo di Salvatore cesserà di funzionare. Questo palermitano settantenne non parla mai della sclerosi laterale amiotrofica, ma si può scommettere che sa tutto anche della Sla. Un acronimo che assomiglia al modello di un motore nautico, al nome di qualche strana valvola che non vedi ma che, giro dopo giro, blocca l'elica; per sempre. Fa strano parlar di mare, incontrandosi in una villetta arroccata sulle pendici del monte Pellegrino. Il Mediterraneo è in fondo in fondo, ma a Salvatore non pare interessarsi molto. Non è mai stato un lupo di mare: «Sono nato meccanico d'auto e mi sono convertito alla nautica perché la meccanica funziona





ovunque» ti racconta e spiega, a chi non lo sa, che si può capire il funzionamento di qualsiasi motore semplicemente immaginando di tagliarlo a metà. Sarà.

Non dev'essere altrettanto facile comprendere come e perché muoiano i neuroni, altrimenti Salvatore avrebbe trovato il modo di riparare anche quelli. La malattia è una sconfitta, un rompicapo invincibile persino per questo malato siciliano, abituato alle sfide. Non che l'abbia accettata. Infatti, quando si definisce "fortunato" parla della vita passata a lavorare anche nei dì di festa, con la gioia del fare, per rispettare i tempi di consegna di un'economia marittima che nei decenni scorsi cresceva a due cifre.

Salvatore è una Sicilia che non ti aspetti, esattamente come Sebastiano Mercadante. Il primario del reparto di Cure palliative dell'ospedale "La Maddalena" colleziona riconoscimenti internazionali. Era di sinistra, ma nella sanità pubblica non avrebbe avuto i fondi grazie ai quali La Maddalena Spa, clinica privata convenzionata con il Servizio sanitario regionale (Ssr), è diventato uno dei centri di riferimento internazionali nella terapia del dolore da cancro, e non solo. «Ogni ospedale dovrebbe avere un'unità acuti, in ciascun dipartimento, in cui gestire la transizione verso le cure palliative. Non si deve lasciare il paziente solo, ad affrontare un passaggio difficilissimo»

spiega il medico. È la conferma di quel che ci raccontano i famigliari dei ricoverati all'hospice: troppe volte, il silenzio degli oncologi è rot-

to solo da un infermiere che promette «non la faremo soffrire» a un malato che è ancora autonomo e che viene lasciato nei suoi silenzi assordanti a scrutare nello specchio di casa l'avanzare della morte, giorno dopo giorno, nel corpo e nel viso.

Alla Maddalena sono venticinque anni che si esplorano strade diverse. «Per noi le cure palliative non sono confinate nel fine vita - continua il primario, che dirige l'unità operativa (12 posti letto), l'hospice (10 posti letto) ed è responsabile scientifico della Samot (Società assistenza malato oncologico terminale) onlus, che assicura l'assistenza domiciliare a 800 pazienti al giorno - ma bisogna ancora far capire a molti colleghi medici che la condizione di inguaribilità non è necessariamente una fase rapida, da confinare e dimenticare in un hospice».

La Maddalena, il nosocomio noto ai più per aver ricoverato il boss Messina Denaro, è all'avanguardia per la diversificazione delle patologie degli inguaribili. Non solo oncologici e cardiologici, ma anche malati di Sla. «Presto pubblicheremo una ricerca - sottolinea - che dimostrerà come l'assistenza domiciliare palliativa aumenti la qualità e il tempo di vita della persona affetta da questa sclerosi».

Malgrado le tariffe esigue (dai 30 ai 60 euro a giornata, in base all'intensità assistenziale), la Samot, accreditata con il Ssr, riesce a seguire con i suoi 300 operatori ben 1.300 casi come quello di Salvatore (i malati di Sla sono un'ottantina), in convenzione con cinque Aziende pubbliche sanitarie dell'isola. «Lo stress è ele-

vato - spiega la responsabile Samot, Tania Piccione, presidente nazionale della Federazione Cure Palliative - ma ci siamo organizzati con supervisori e momenti di confronto per alleggerire il carico degli psicologi e dei paramedici impegnati nell'assistenza». La durata media di una presa in carico è di due mesi, ma ogni assistito resta un caso a sé.

*Le cure al fine  
vita: un'esperienza  
lunga*



Vale soprattutto per Salvatore. La malattia che sta ingabbiando la mente nel corpo non si ferma, tuttavia neanche lui vuol fermarsi. Pensa alla fiera della nautica che organizzò, negli anni Ottanta, e che il figlio vorrebbe rilanciare. Si rammarica di non poter più aprire la scuola di meccanica che servirebbe al settore («i giovani non sanno molte cose, ma come si insegna una passione?») e pensa a Luca, che ha studiato informatica. Ormai ha capito che è un bene, «perché - ragiona - anche nel nostro campo domina l'elettronica».

Insomma, la mente corre, e se ne frega della sclerosi. Le medicine lo fanno dormire a lungo e lui a lungo sogna. «Sogno di lavorare, regolare motori ed eliche, provarle a mare, perché la prova di un motore nautico si deve fare in acqua». Il corpo viene mosso dalla poltrona automatizzata, ma i pensieri camminano benissimo. Malattia o non malattia, Salvatore è la sua mente.

**12-continua**

**Le puntate precedenti del nostro viaggio negli hospice italiani sono su [Avvenire.it/Vita](http://Avvenire.it/Vita)**

*Un esempio virtuoso di cure palliative non limitate al fine vita, ma aperte a condizioni che possono durare a lungo*



Salvatore, il primario Sebastiano Mercadante. A sinistra, il reparto di cure palliative





Dir. Resp. Marco Girardo

## SALUTE

# Record di trapianti e di pazienti in lista

Sono stati oltre 4mila gli interventi di trapianto di organi, tessuti e cellule eseguiti nel 2023 in Italia: un record. Il ministro della Salute, Orazio Schillaci: in Europa siamo secondi solo alla Spagna. Ma ci sono ancora 8mila pazienti in lista d'attesa.

a pagina 10

**Badaracchi**

# Boom di trapianti: oltre 4mila interventi Ma è ancora ampio il gap tra Nord e Sud

**LAURA BADARACCHI**

**N**umeri da record in Italia per donazioni e trapianti di organi, tessuti e cellule, con il trend di crescita più alto finora registrato nel nostro Paese: nel 2023 sono stati effettuati 2.042 prelievi di organi (+11,6%) e 4.462 interventi, 586 in più rispetto al 2022, pari a un incremento del 15,1% rispetto all'anno precedente, con un eccezionale +46% dei trapianti di cuore. Sono alcune delle cifre elaborate dal Centro nazionale trapianti e presentate ieri dal direttore generale Massimo Cardillo insieme al ministro della Salute Orazio Schillaci, in apertura degli Stati generali della Rete trapianti, in programma a Roma fino a venerdì, con la partecipazione di oltre 400 operatori. «Un'occasione per riflettere sullo stato e sulle prospettive del sistema trapiantologico in Italia, che è un'eccellenza. Il trend positivo degli ultimi anni è confermato dai dati più recenti», ha commentato Schillaci, riferendo che «il tasso nazionale di donazione è 28,2 sul milione di

persone: in campo europeo, l'Italia ha superato la Francia ed è seconda soltanto alla Spagna». Tuttavia, persistono «differenze regionali fra Nord e Sud»: l'Emilia Romagna si attesta a 51,1 donatori per milione di persone (+4,7), il Veneto a 46,4 (+10,1), la Toscana a 45,6, mentre restano indietro le regioni meridionali, tranne la Sardegna. Inoltre «i tassi di opposizione al prelievo di organi e tessuti sono rimasti invariati: il fabbisogno è ancora non del tutto soddisfatto», ha osservato il ministro. Nelle rianimazioni la percentuale di chi rifiuta la donazione è leggermente salita (30,5%, +0,7%) soprattutto per la sempre maggiore incidenza di chi ha già registrato il proprio no in vita: nel 2023, in occasione dei rinnovi delle carte d'identità elettroniche, sono stati raccolti 2,4 milioni di consensi (68,5%) ma anche 1,1 milioni di rifiuti (31,5%). Considerando l'attuale presenza nel Sistema informativo trapianti di oltre 18 milioni di dichiarazioni registrate, è prevedibile che a breve la maggior parte delle donazioni segnalate nelle rianimazioni avranno alle spalle un consenso e un'opposizione già raccolti e quindi non più ottenibili dai sanitari.

Intanto, circa 8 mila pazienti restano in lista d'attesa. Fra gli impegni «per far diventare sempre più efficiente e sicura la rete trapiantologica e far crescere la donazione», Schillaci ha annunciato entro l'anno «l'attivazione del portale digitale della Cie, che permetterà ai cittadini di registrare la propria dichiarazione senza recarsi negli uffici anagrafe del proprio Comune. Promuovere la cultura della donazione è un obiettivo prioritario», ha concluso. Informazioni e dettagli su [www.sceglididonare.it](http://www.sceglididonare.it). Un altro aspetto positivo, evidenziato dal direttore generale del Cnt, è «l'aumento del 15,8% delle segnalazioni - 3.082 rispetto alle 2.661 dell'anno precedente - dei potenziali donatori da parte delle terapie intensive degli ospedali. Questo lavoro è stato sostenuto anche da un significativo aumento dell'attività nazionale di formazione dei professionisti della Rete: tra i corsi in presenza quasi raddoppiati e la





formazione a distanza, lo scorso anno sono stati coinvolti 14 mila operatori». Un aspetto, questo, ribadito da Rocco Bellantone, presidente dell'Istituto superiore di sanità.

Inoltre, grazie alle tecnologie di perfusione, si riescono a utilizzare anche organi danneggiati da ischemia, «settore che sta vivendo un importante sviluppo. Ma deve migliorare la cultura della

donazione da vivente, di rene o di una porzione di fegato, praticata con tecniche mini invasive per il donatore», ha osservato Cardillo. In questo ambito non ci sono stati incrementi rispetto al 2022. Quindi occorre sensibilizzare la popolazione, «a partire dai bambini e dagli studenti», ha auspicato Bellantone.

## SALUTE

Un trapianto di cuore eseguito nell'Azienda ospedaliera di Padova/Ansa

Il 2023 è stato l'anno record: ben 2.042 i prelievi di organi e un eccezionale +46% di cuori "nuovi". Schillaci: in Europa siamo secondi soltanto alla Spagna. Ma ci sono ancora 8mila pazienti che restano in lista di attesa



CON LE NUOVE REGIONI TAGLIO DELLE RISORSE AGLI OSPEDALI IN METÀ PAESE. SCHLEIN ACCUSA: QUESTO GOVERNO È LETALE

# Autonomia, Sanità a rischio

Privatizzazioni, Meloni attacca di nuovo Stellantis. La replica: "In Italia investiti miliardi"

**BARONI, BRAVETTI, CAPURSO,  
CARTABELLOTTA, MONTICELLI**

La Lega cerca di correre ai ripari sui costi dell'Autonomia differenziata. I "livelli essenziali delle prestazioni" (Lep) potrebbero costare tra 80 e 100 miliardi. - PAGINE 8-10

# Autonomia Battaglia sui costi

Per riuscire a finanziare i Lep potrebbero servire 100 miliardi di euro  
Calderoli spera di contenere le spese, come già fatto con gli asili nido

## IL CASO

**FEDERICO CAPURSO  
LUCA MONTICELLI**  
ROMA

**L**a Lega cerca di correre ai ripari sui costi dell'Autonomia differenziata. C'è senza dubbio l'allarme, lanciato dalle opposizioni e da alcuni osservatori, che si stia andando incontro a una cristallizzazione delle disuguaglianze nel Paese, penalizzando ovviamente le regioni meridionali. Ma ciò che preoccupa di più i leghisti sono le risorse da destinare al finanziamento dei Lep, i "Livelli essenziali delle prestazioni", ovvero quei diritti civili e sociali da garantire in tutte le regioni, senza i quali l'Autonomia resterà un miraggio. È impossibile stimare oggi quale sarà l'impatto dei Lep sui conti pubblici, ma le prime stime che iniziano a girare in queste settimane fanno paura: tra gli 80 e i 100 miliardi di euro.

Il ministro per l'Autonomia Roberto Calderoli conta sul fatto che nel passaggio dalla spesa

storica ai fabbisogni standard non emergano correzioni particolarmente significative nel livello delle risorse e nella loro distribuzione tra i vari territori. Una fonte tecnica vicina al dossier, interpellata da *La Stampa*, spiega: «A meno che non si vogliono stravolgere completamente le prestazioni, è ragionevole attendersi che i fabbisogni standard non si discosteranno molto dalla spesa statale attuale». A supporto di questa tesi, fonti della maggioranza citano i Lep che sono stati definiti per gli asili nido e sono costati un miliardo di euro per uniformare il servizio in tutta Italia. Un copertura importante, ma non impossibile da trovare. Ecco da dove deriva la sicurezza di Calderoli, che in questi mesi ha sempre parlato di una riforma a costo zero. Se poi le spese dovessero lievitare, l'esecutivo si trincererà dietro alla possibilità di finanziare i Lep con tagli ad altre voci di spesa o tramite aumenti di entrate, perché l'Autonomia differenziata non può comunque determinare scostamenti dai saldi di bilancio programmati.

Il tempo gioca a favore del centrodestra che, sul tema dei costi, può facilmente buttare la palla in corner. La cabina di regia del professor Sabino Casse, che ha il compito di individuare per la prima volta quali prestazioni vanno considerate "Lep", ha ottenuto dal Milleproroghe un altro anno di tempo. In più, il ddl Calderoli contiene una delega attraverso la quale si interverrà sui Lep con dei decreti legislativi entro 24 mesi



# LA STAMPA

dall'entrata in vigore della legge. Insomma, se ne riparla nel 2026 inoltrato. Solo dopo si potrà andare a trattare con le Regioni per chiudere le intese. Ma se una Regione chiederà l'autonomia, ad esempio, sull'istruzione, i Lep riferiti a quella materia - grazie a un emendamento voluto da FdI - dovranno essere garantiti in tutte le altre Regioni italiane. Questo, per le opposizioni, vuol dire solo una cosa: «È una palese presa per i fondelli degli italiani, perché anche definendo dei Lep minimali, non ci sono soldi per finanziarli. L'autonomia non si attuerà mai e resterà solo sulla carta», dice il senatore del Pd Dario Parrini, che ha seguito il percorso del dossier in commissione Affari Costituzionali. «Dall'altra parte, però, il proget-

to è pericoloso perché manda un messaggio di sfascio dell'unità nazionale, aprendo la strada alla regionalizzazione della sanità, della scuola, della previdenza, dei trasporti». Ma c'è anche «una quasi certa questione di incostituzionalità».

E qui si giocherà un altro pezzo della battaglia delle opposizioni, qualora la legge dovesse andare in porto. «C'è un tema di illegittimità costituzionale - spiega ancora Parrini - perché il testo Calderoli vuole essere una legge procedurale, ma al suo interno nasconde una legge organica, che è quella con cui si definiscono le regole con cui si approva l'intesa tra Regione e governo, senza che il Parlamento abbia la possibilità di modificarla». La leader

del Pd Elly Schlein alza quindi il tiro: «Siamo pronti a mobilitarci con le altre forze». Chissà se lo farà anche con il presidente della Campania, Vincenzo De Luca, con cui i rapporti sono piuttosto tesi. De Luca, che denuncia la «truffa» attuata dalla legge Calderoli, lancia infatti «una campagna di mobilitazione a difesa del Sud e dell'unità nazionale» di cui svelerà oggi i dettagli.

Il governatore del Veneto, Luca Zaia, difende però la misura bandiera della Lega: «È immorale che ci siano cittadini costretti a curarsi in una regione che non è la loro. Ma questo è colpa del centralismo, non dell'Autonomia». E anche Fabio Rampelli, volto storico di FdI, alza un muro di fronte alle

critiche delle opposizioni: «Ci vuole pazienza di fronte alle lagnie della sinistra. I cittadini ci hanno votato per quello che loro non hanno fatto». Ma se la Lega mostra una certa frenesia nel voler approvare definitivamente l'Autonomia prima delle Europee, Rampelli sembra frenare: «Per noi non è un totem, non è un dogma. È un'opportunità che viene data all'Italia». —

**Ma per legge non potranno esserci scostamenti dai saldi di bilancio**

**DARIO PARRINI**  
SENATORE  
DEL PARTITO DEMOCRATICO



Non ci sono soldi per finanziare i Lep. L'autonomia non si attuerà mai e resterà solo sulla carta

**LUCA ZAIA**  
PRESIDENTE  
DELLA REGIONE VENETO



Immorale che ci siano cittadini che si curano fuori regione. Ma questa è colpa del centralismo



L'INTERVENTO

## Nino Cartabellotta

# Colpo di grazia alla sanità pubblica Si va in direzione contraria al Pnrr

La riforma potenzierà Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, indebolendo il Centro-Sud. Cresce l'offerta privata e la "migrazione" di medici e pazienti: uno schiaffo al Mezzogiorno

NINO CARTABELLOTTA

**L'**aula del Senato ha approvato il Ddl Calderoli sull'attuazione dell'autonomia differenziata che passerà quindi all'esame della Camera con l'obiettivo di diventare legge prima delle elezioni europee. Mancano dunque pochi mesi alla legittimazione normativa della "frattura strutturale" Nord-Sud, che comprometterà l'uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto costituzionale alla tutela della salute. Esiti infausti per scorgere i quali non serve una sfera di cristallo, basta guardare allo "stato di salute" del Servizio sanitario nazionale (Ssn), all'entità delle disuguaglianze regionali e all'impatto delle maggiori autonomie sulla tutela della salute.

Oggi il Ssn vive una gravissima crisi di sostenibilità, sia per il sotto-finanziamento conseguente al saccheggio della spesa sanitaria da parte dei governi degli ultimi 15 anni, sia per l'assenza di riforme strutturali da un quarto di secolo. Tuttavia, la politica continua a illudersi di poter mantenere un Ssn pubblico, equo e universalistico con una spesa sanitaria che tra i Paesi europei ci colloca primi tra i Paesi poveri e senza attuare coraggiose riforme. E di poter garantire, con una spesa pubblica così bassa, un "paniere" di servizi e prestazioni sanitarie - Livelli essenziali di assistenza (Lea) - tra i più ampi d'Europa.



I risultati di questa "manutenzione ordinaria" ormai condizionano la vita quotidiana di tutte le persone, in particolare delle fasce socio economiche più deboli. Interminabili tempi di attesa per una prestazione sanitaria o una visita specialistica, necessità di ricorrere alla spesa privata sino all'impoverimento delle famiglie e alla rinuncia alle cure, pronto soccorso affollatissimi, impossibilità di trovare un medico o un pediatra di famiglia vicino casa, disuguaglianze regionali e locali sino alla migrazione sanitaria. E in questo contesto di indebolimento della sanità pubblica aumenta l'offerta privata per soddisfare i bisogni di salute. Nel 2021 il numero di strutture sanitarie private accreditate sono quasi la metà di quelle che erogano l'assistenza ospedaliera (48,6%) e il 60,4% di quelle per la specialistica ambulatoriale. E sono prevalentemente private le strutture per l'assistenza residenziale (84%) e semiresidenziale (71,3%) e quelle riabilitative (78,2%).

A fronte di un Ssn ispirato 45 anni fa dai principi fondanti di universalità, uguaglianza, equità, oggi ci ritroviamo 21 servizi sanitari regionali profondamente diseguali, con i residenti nella maggior parte delle Regioni meridionali a cui non sono garantiti nemmeno i Lea. Infatti, il monitoraggio 2021 da parte del Ministero della Salute documenta che delle 14 Regioni adempienti solo 3 sono del Sud: Abruzzo, Puglia e Basilicata,

rispettivamente in 12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup> posizione. E questa "frattura strutturale" Nord-Sud contribuisce ad alimentare il triste fenomeno della mobilità sanitaria che nel 2021 vale 4,25 miliardi di euro: un fiume di denaro che scorre prevalentemente da Sud verso tre Regioni settentrionali dove si concentra il 93,3% dei saldi attivi. Proprio le stesse Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto) che hanno già sottoscritto i pre-accordi per le maggiori autonomie. E le Regioni con saldo positivo superiore a 100 milioni sono tutte al Nord: Emilia-Romagna (442 milioni), Lombardia (271 milioni) e Veneto (228 milioni); e quelle con saldo negativo maggiore di 100 milioni di euro tutte al Centro-Sud: Abruzzo (-108 milioni), Puglia (-131 milioni), Lazio (-140 milioni), Sicilia (-177 milioni), Campania (-221 milioni), Calabria (-252 milioni). Inoltre, tutte le Regioni del Sud, eccetto la Basilicata, si trovano insieme al Lazio in regime di Piano di rientro, con Calabria e Molise commissariate. Uno status che se da un lato "paralizza" la riorganizzazione dei servizi, dall'altro rende impossibile godere di qualsiasi beneficio dalle maggiori autonomie in sanità, di fatto nemmeno esigibili. E sono



# LA STAMPA

sempre le Regioni del Sud, in conseguenza dell'attuazione dei Piani di rientro, quelle dove si rileva maggior carenza di personale sanitario, soprattutto infermieristico. Ancora, l'attuazione della Missione Salute del Pnrr dimostra che i ritardi delle Regioni del Centro-Sud "trascinano" al ribasso il target nazionale. Ad esempio, entro il 2026 il Pnrr deve aumentare di oltre 800mila i pazienti over 65 in assistenza domiciliare integrata (Adi); ma se è realistico raggiungere l'obiettivo nazionale è una mission impossibile colmare i divari regionali. Infatti, se Emilia-Romagna, Toscana e Veneto per raggiungere l'obiettivo devono aumentare i pazienti assistiti in Adi rispettivamente del

35%, del 42% e del 50%, in alcune Regioni del Centro-Sud i gap sono abissali: la Campania deve incrementarli del 294%, il Lazio del 317%, la Puglia del 329% e la Calabria del 416%. E così, invece di supportare le Regioni meridionali per colmare i gap esistenti con il Nord, l'autonomia differenziata va "in direzione ostinata e contraria" contrastando proprio il fine ultimo del Pnrr: perseguire il riequilibrio territoriale e rilanciare il Mezzogiorno.

In questo contesto, le maggiori autonomie potenzieranno le capacità di Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto nell'erogare servizi e prestazioni sanitarie, indebolendo ulteriormente le Regioni del Centro-Sud, incluse quelle a

statuto speciale. Ad esempio, più autonomie sul sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione rischiano di sovvertire gli strumenti di governance del Ssn aumentando le disuguaglianze nell'offerta dei servizi e favorendo l'avanzata del privato accreditato. Altre autonomie risultano francamente "eversive". Una maggiore autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi darebbe il via libera a sistemi assicurativo-mutualistici regionali. O ancora la richiesta di contrattazione integrativa regionale per i dipendenti del Ssn, oltre all'autonomia in materia di gestione del personale e di regolamentazione dell'attività libero-professionale, rischia di concretizzare una concorrenza tra Regioni con "migrazione" del personale dal Sud al Nord.

rischia di concretizzare una concorrenza tra Regioni con "migrazione" del personale dal Sud al Nord.

L'autonomia differenziata non è solo uno schiaffo al Meridione, visto che aumenterà la dipendenza delle Regioni del Sud dai servizi sanitari prodotti da quelle del Nord, ma rappresenta anche il colpo di grazia al Servizio Sanitario Nazionale, pilastro della democrazia e di coesione sociale. —

**Nel 2021 la mobilità sanitaria verso il Nord Italia valeva 4.25 miliardi**  
Già oggi molti territori non garantiscono i livelli essenziali di assistenza



SMENTITE

Oggi dice il contrario di tutto quello che aveva detto in passato, prima o poi Giorgia Meloni smentirà di essere sé stessa.

[jena@lastampa.it](mailto:jena@lastampa.it)

## LE MATERIE IN GIOCO

Dove sono possibili autonomie differenziate tra le Regioni

 <b>1.</b> Rapporti internazionali e con la Ue	 <b>9.</b> Ordinamento sportivo	 <b>17.</b> Coordinamento finanza pubblica-tributi
 <b>2.</b> Commercio con l'estero	 <b>10.</b> Protezione civile	 <b>18.</b> Tutela dell'ambiente
 <b>3.</b> Tutela e sicurezza del lavoro	 <b>11.</b> Governo del territorio	 <b>19.</b> Valorizzazione dei beni culturali
 <b>4.</b> Istruzione	 <b>12.</b> Porti e aeroporti civili	 <b>20.</b> Promozione attività culturali
 <b>5.</b> Professioni	 <b>13.</b> Grandi reti di trasporto e navigazione	 <b>21.</b> Aziende di credito a carattere regionale
 <b>6.</b> Ricerca scientifica e tecnologica	 <b>14.</b> Ordinamento della comunicazione	 <b>22.</b> Enti regionali di credito agrario
 <b>7.</b> Tutela della salute	 <b>15.</b> Energia	 <b>23.</b> Organizzazione giustizia di pace
 <b>8.</b> Alimentazione	 <b>16.</b> Previdenza integrativa	

\*Sono quelle per cui l'articolo 117 della Costituzione prevede possibili competenze regionali

WITHUM



**SALUTE E RICERCA****SERVIZIO SANITARIO, NIENTE PESSIMISMO**di **Gloria Sacconi Jotti**

**C**aro direttore, in questi ultimi tempi si parla molto di sanità «malata» e di un Servizio Sanitario Nazionale avviato ormai sulla strada di un progressivo declino. Lo scenario desta qualche preoccupazione. Le cause sono molteplici ed andrebbero valutate attentamente. Ma non si tratta solo di un problema di insufficienti risorse finanziarie, che comunque sono essenziali ed irrinunciabili. Vi è da considerare l'aumento della domanda sanitaria, l'inadeguatezza della formazione, che di fatto non tengono conto dell'evoluzione costante del sapere medico, la transizione in corso da una medicina riduzionistica ad una medicina che si sta conformando al modello «one health».

Se alcune delle cause sono queste bisogna evitare l'inseguimento tra risorse finanziarie e prestazioni sanitarie. Non è infatti assolutamente detto che ad un aumento dei finanziamenti, corrispondano maggiori cure e maggiore qualità delle stesse. In questo dibattito sulla crisi del SSN noto, con riferimento soprattutto al passato, un grande assente: la Ricerca. Vi è una chiara dicotomia: la Ricerca da un lato e tutto quello che ruota attorno al mondo sanitario dall'altro. Sembra non esserci consapevolezza di quanto la Ricerca possa essere un potente strumento per risolvere problemi medici. Paradossalmente la Ricerca, oltre a produrre più salute, può rendere più sostenibili

e ridurre i costi della sanità. Si potrebbero fare molti esempi, a partire dalle malattie trasmissibili. Si può immaginare quali sarebbero stati i costi della sanità senza la Ricerca? Ma la novità di questi ultimi decenni è rappresentata dal fatto che anche le malattie non trasmissibili possono essere prevenute. L'OMS cita spesso studi che dimostrano che in una altissima percentuale di casi queste malattie possono essere contrastate efficacemente applicando corretti stili di vita. Si tratterebbe di promuovere la prevenzione primaria risultata efficace contro queste patologie (malattie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari). Si apre un nuovo capitolo: «la medicina dei sani». Se le cose stanno così, diventa importante, ai fini della sostenibilità del SSN, verificare questo paradigma: prevenzione primaria — riduzione delle malattie — minori costi. L'indicazione per una corretta quantificazione economica potrebbe essere oggetto di studio di un progetto nazionale di ricerca coordinato dal ministero della Salute. Una proposta che mi sentirei di avanzare è quella di valutare l'effetto della prevenzione primaria sulle patologie cronicodegenerative. In alcune ASL si potrebbe cominciare a valutare in una popolazione specifica, per esempio gli obesi, se il corretto comportamento di vita in almeno tre anni è in grado di ridurre gli indici di obesità e se questo comporta una diminuzione dei ricoveri ospedalieri e dell'uso dei farmaci. Quindi minori costi per la sanità sono in grado di liberare risorse economi-

che. In un bilancio triennale queste risorse, anche se virtuali, sono

tuttavia esigibili alla fine del triennio, perché derivano da valutazioni di studi scientifici. È questa sanità creativa? Può essere, ma ben venga la creatività se serve a rendere meno burocratico il sistema ed a dargli quel colpo di ali necessario per ripartire e rilanciare l'intero SSN. Le lamentazioni, le note pessimistiche sono comprensibili, ma siano anche accompagnate da proposte innovative e concrete. Il patrimonio del SSN è troppo prezioso ed utile e non possiamo vanificarlo. Bisogna ripartire con entusiasmo e maggiore ottimismo, perché ci sono le premesse per affrontare anche sfide di grosso rilievo. Bene ha fatto il ministro della Salute ad annunciare un nuovo patto di salute con le Regioni ed un nuovo piano sanitario nazionale, che sappia affrontare i problemi contingenti che rivestono carattere d'urgenza, ma anche quelli di prospettiva, finalizzati ad una virtuosa rinascita del SSN. Il ministro Schillaci è persona dotata di grande competenza nell'ambito della sanità e della ricerca. Ciò ci rassicura e ci fa ben sperare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Le preoccupazioni  
Non solo insufficienti risorse  
finanziarie: l'aumento della  
domanda e l'inadeguatezza  
della formazione**



Le nuove strategie contro i tumori della pelle

## "Grazie ad Airc capiremo in anticipo se le cellule diventano cancerogene"

**F**ra i talenti in cui Airc ha investito, e stando continuità di ricerca, c'è il professor Giacomo Donati dell'Università di Torino, cervello di ritorno che con il suo ancor più giovane team di ricercatori sta conducendo una ricerca che potrebbe riscrivere i principi della prevenzione e della cura del cancro alla pelle. Questo perché «stiamo studiando le cellule pre-cancerose per individuare dei marcatori per identificare zone ad alto rischio di sviluppare un tumore cutaneo». Nello specifico il suo laboratorio si occupa di carcinoma a cellule squamose, la seconda forma più comune di cancro della pelle causata dall'esposizione cumulativa della pelle ai raggi UV. «La ri-

cerca è iniziata nel 2018 con il My First Airc Grant che ci ha portato a importanti scoperte sulle cellule staminali, la plasticità cellulare e la memoria dei tessuti epiteliali, pubblicate su *Nature Cell Biology*. Ora abbiamo ottenuto un secondo Grant che ci permetterà di proseguire lo studio».

Il genetista ha studiato prima a Milano, poi al Cruk Cambridge Institute e al King's College di Londra, e ha messo a frutto il suo background di biologia molecolare e cellulare nel Donatilab di Torino. Da sempre sapeva che sarebbe voluto tornare in Italia, cosa che è stata possibile proprio grazie ad Airc. «La continuità è fondamentale per la ricerca di base, ma purtroppo non è scontata – afferma Donati –. La lungimiranza di Airc sta nel garantire

il proseguo delle idee più promettenti e di mantenere lo stesso team di ricerca, il che dà ai ricercatori la serenità di potersi concentrare solo sulle proprie idee e sul lavoro in laboratorio». La sua ambizione ora è di testare sui tessuti umani quanto scoperto sui modelli in laboratorio di carcinogenesi della pelle, «per identificare sempre più precocemente i tessuti in trasformazione, ben prima di ogni segnale di una formazione neoplastica. Questo farebbe la differenza in chirurgia oncologica – conclude il ricercatore –, permettendo di asportare esattamente quanto tessuto serve, abbassando il rischio di recidive, e di arrivare a nuove forme di prevenzione». N.P.



AL SAN RAFFAELE DI ROMA

## Arriva la svolta contro l'emicrania: passa con un anno di monoclonali

■ Un anno di trattamento con anticorpi monoclonali fa crollare la frequenza degli attacchi emicranici nella quasi totalità dei soggetti (91,3%). È il dato emerso da uno studio multicentrico cui hanno partecipato ben 16 centri coordinati dall'Irccs San Raffaele di Roma e appena pubblicato su *Journal of Neurology*.

«Il nostro studio è rivoluzionario per tre aspetti - spiega Piero Barbanti (nella foto), coordinatore del gruppo di ricerca, direttore dell'Unità per la Cura e la Ricerca su Cefalee e Dolore del San Raffaele, responsabile del Registro italiano dell'Emicrania- Dimostra che gli anticorpi monoclonali anti-CGRP rappresentano un punto del non ritorno nella cura di una malattia devastante quale l'emicrania, risultando efficaci praticamente in tutti. In secondo luogo, documenta che definire non responsivo chi non migliora dopo 3 mesi di cura - come purtroppo attualmente previsto dalle attuali norme Aifa - è un grave errore ed esclude dal beneficio il 30% dei pazienti. Infine, sottolinea come l'emicrania intrat-

autentica rarità».

Il San Raffaele di Roma è leader mondiale della sperimentazione di nuove molecole contro il mal di testa, avvalendosi di un team di 7 ricercatori. I dati dello studio appena pubblicato dimostrano che le terapie anti-CGRP sconvolgeranno le cure dei prossimi anni e miglioreranno drasticamente la vita del paziente emicranico, determinando una netta riduzione dei costi diretti e indiretti di questa patologia, ad oggi valutati in circa 20 miliardi di euro.

«Ma è urgente - sottolinea il neurologo - che Aifa prenda atto ora di queste evidenze e riveda i criteri per la rimborsabilità degli anticorpi monoclonali oltre che quelli relativi alla prescrivibilità».

### LO STUDIO

**Barbanti: «Aifa riveda le norme  
Non siano esclusi dalle cure i pazienti  
che non migliorano dopo tre mesi»**

tabile o farmaco-resistente sia una



LO STUDIO

## L'integratore che salva il cervello: scopre depressione e disturbi mentali

■ Potrà diventare l'integratore del futuro per il benessere del cervello, da affiancare ai farmaci. Ma anche il primo biomarcatore naturale per la diagnosi precoce di psicosi. Si chiama palmitoiletanolamide, acronimo Pea, e su di lei sono puntati i riflettori degli esperti della Società di NeuroPsicoFarmacologia (Sinpf), riuniti a Milano per il loro XXV Congresso nazionale.

Questo composto organico - prodotto dal nostro organismo e presente in alimenti come uova, piselli, pomodori e soia, già utilizzato come integratore per i suoi effetti analgesici e antinfiammatori - nella review si è dimostrato «fondamentale per il benessere del sistema nervoso centrale - spiegano i neuropsicofarmacologi - grazie alla sua azione sul sistema degli endocannabinoidi coinvolto in funzioni essenziali come la memoria, il dolore, l'umore, l'appetito e la risposta allo stress. In futuro gli esperti prospettano un impiego dell'integratore «anche per contrastare problemi di memoria e declino cognitivo. La Pea, i cui livelli tendono a diminuire anche con l'età,

protegge infatti i neuroni e sembra poter migliorare memoria, linguaggio e funzionalità cognitiva nelle attività della vita quotidiana». «Le ricerche - osserva Claudio Mencacci (nella foto), co-presidente Sinpf e direttore emerito di Neuroscienze all'ospedale Fatebenefratelli Sacco di Milano - hanno dimostrato che la Pea ha le potenzialità per proteggere i neuroni: può migliorare funzioni come la memoria e l'apprendimento riducendo lo stress ossidativo e l'espressione di marcatori pro-infiammatori, e riequilibrando la trasmissione eccitatoria cerebrale». E, addirittura, può favorire la produzione di nuovi neuroni in alcune aree decisive per la memoria come l'ippocampo».

### LA SVOLTA

**Si tratta di un antinfiammatorio contenuto in soia, piselli e pomodori  
«Sa nutrire i neuroni e li protegge»**

