



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

15 FEBBRAIO 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA [.it](http://www.giornaledisicilia.it)

Palermo, nuovo servizio di endoscopia alla Casa di cura Villa Serena

PALERMO (ITALPRESS) – L'offerta sanitaria della Casa di cura Villa Serena di Palermo si arricchisce di un nuovo Servizio di endoscopia digestiva e di broncoscopia destinato ai pazienti ricoverati e, su prenotazione, ai pazienti ambulatoriali, di cui è responsabile il dottor Giuseppe Giuliana con una vasta esperienza della specialità. Per quanto riguarda l'endoscopia digestiva



PALERMO (ITALPRESS) - L'offerta sanitaria della Casa di cura Villa Serena di Palermo si arricchisce di un nuovo Servizio di endoscopia digestiva e di broncoscopia destinato ai pazienti ricoverati e, su prenotazione, ai pazienti ambulatoriali, di cui è responsabile il dottor Giuseppe Giuliana con una vasta esperienza della specialità. Per quanto riguarda l'endoscopia digestiva, gli esami



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

effettuabili sono: l'esofagogastroduodenoscopia (EGDS), la colonscopia diagnostica e terapeutica, la legatura delle varici esofagee e il posizionamento di gastrostomia percutanea (PEG). Per quanto riguarda la pneumologia, è possibile eseguire la broncoscopia con eventuale biopsia e lavaggio bronco alveolare (BAL) per esame culturale e citologico. Tutte le procedure sono eseguite in sedo-analgesia. Per informazioni rivolgersi al CUP.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti
Sicilia**

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Alzheimer. Pubblicate le prime linee guida europee: 'bussola' contro labirinto diagnosi

Pubblicate su The Lancet Neurology le prime raccomandazioni intersocietarie europee per la diagnosi precoce dei disturbi neurocognitivi, coordinate da esperti dalle Università di Genova Irccs San Martino, di Ginevra e dell'Irccs Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Brescia, frutto di una nuova concezione del percorso diagnostico, focalizzato non sulla malattia, ma sul paziente e i suoi sintomi



15 FEB - Una radicale modifica nell'approccio diagnostico: da oggi c'è una nuova guida nel labirinto della diagnosi dei disturbi cognitivi e dell'Alzheimer. Le prime raccomandazioni intersocietarie europee realizzate dagli esperti delle maggiori Società Scientifiche del settore e coordinate da specialisti dell'**Università di Genova - Irccs Ospedale Policlinico San Martino, dell'Università di Ginevra e dell'Irccs Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Brescia**, consentiranno di arrivare prima e meglio a dare un nome al problema di chi manifesta i primi segni di un deterioramento cognitivo, riconoscendo se si tratti di Alzheimer, come avviene in un caso su due, o di un'altra forma di demenza.

Le raccomandazioni, appena pubblicate su *The Lancet Neurology*, per la prima volta non sono centrate sulla malattia, ma sul paziente e i suoi sintomi. A partire da 11 diverse modalità con cui si presentano i segni di un deterioramento cognitivo, in 4 passi successivi e con test differenti a seconda del profilo del singolo paziente, si potrà d'ora in poi arrivare a individuare la patologia responsabile in tempi più rapidi e con minori sprechi di



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

risorse. Il percorso diagnostico, oltre ad analisi del sangue, test cognitivi, risonanza magnetica o TAC e in alcuni casi elettroencefalogramma che sono previsti nel primo step, cambia a seconda dei pazienti e può includere o meno l'analisi di specifici marcatori nel liquido cerebrospinale, PET o SPECT di differenti tipologie, scintigrafie. In un prossimo futuro, quando a questi esami sarà verosimilmente possibile associare anche l'utilizzo di biomarcatori rilevabili nel sangue, l'iter previsto da queste nuove raccomandazioni potrebbe ridurre fino al 70% gli esami strumentali inutili per diagnosi precise, affidabili e tempestive che allo stesso tempo ridurrebbero i costi per il Servizio Sanitario.

“Queste raccomandazioni nascono dall'esigenza di avere indicazioni condivise, internazionali e ben documentate ma soprattutto centrate sulla presentazione clinica dei sintomi, sul paziente anziché sulla malattia – spiega **Flavio Nobili**, co-coordinatore dello studio e Professore di Neurologia all'Università di Genova - Irccs Ospedale Policlinico San Martino – Il paziente con un deficit cognitivo iniziale ha circa il 50% di probabilità di avere l'Alzheimer oppure un'altra delle varie patologie che causano disturbi neurocognitivi. Per districarsi fra le tante cause e arrivare a una diagnosi, oltre ai test cognitivi oggi esistono molti esami strumentali, dalla TAC, alla risonanza magnetica, all'esame del liquor, il liquido cerebrospinale: per ciascuna metodica esistono linee guida e ambiti di applicazione a seconda delle diverse malattie, ma quando il neurologo ha di fronte per la prima volta il paziente non sa ancora di che patologia soffra, perciò è difficile utilizzare linee guida pensate per individuare l'una o l'altra patologia. Ecco perché serviva costruire raccomandazioni basate principalmente 'sul sintomo' e non sulla malattia”.

Lo studio Lo studio pubblicato su *The Lancet Neurology* è il risultato del lavoro di 22 esperti internazionali afferenti alle 11 maggiori Società Scientifiche europee nel campo della neurologia, psicogeriatrica, radiologia e medicina nucleare. Nell'arco di circa tre anni, con la supervisione di sei ulteriori esperti dell'argomento riconosciuti a livello internazionale e con il supporto di un rappresentante dell'Associazione dei pazienti e dei loro familiari Alzheimer Europe, sono state condivise e approvate raccomandazioni sui percorsi diagnostici da intraprendere in persone con segni di pre-demenza o demenza iniziale, basate sulla letteratura scientifica e l'esperienza clinica dei professionisti coinvolti.

Dopo l'iniziale valutazione clinica, che è il punto di partenza essenziale, l'iter prevede altri tre passaggi:

1) attraverso l'analisi clinica dei sintomi, i test cognitivi, l'esame di alcuni parametri nel sangue (come vitamina B12 e folati), una risonanza magnetica o TAC e, in alcuni casi, l'uso dell'elettroencefalogramma, ciascun paziente viene riferito a una delle 11 diverse modalità di presentazione dei sintomi (per esempio, preminente disturbo di memoria, di linguaggio, delle funzioni esecutive, con o senza altri segni neurologici);

2) per ciascuno degli 11 profili si procede secondo iter differenti che prevedono, a seconda dei casi, esami come PET, SPECT o l'esame del liquido cerebrospinale per la valutazione della presenza di marcatori come la proteina tau e la proteina beta-amiloide;

3) sulla base dei risultati del secondo step, nei casi in cui persista il dubbio diagnostico si individuano ulteriori test come la scintigrafia o specifiche tipologie di PET o di esame del liquor.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti
Sicilia**

“Queste raccomandazioni aiutano a generare un’ipotesi di probabilità di malattia e a sottoporre quindi il paziente a un flusso logico di esami, scegliendo fra i tanti a disposizione quelli più adeguati e decidendo, poi, in base ai risultati, se fermarsi o proseguire con ulteriori test, fino a che non si sia raggiunta una diagnosi con ragionevole certezza – aggiunge **Federico Massa**, coautore dello studio e ricercatore presso l’Università di Genova – Irccs Ospedale Policlinico San Martino –. Seguire un unico percorso diagnostico uguale per tutti può essere inefficace, impreciso e dispendioso: fare tutti gli esami disponibili a tutti i pazienti non è solo insostenibile dal punto di vista economico per il Sistema Sanitario, ma va anche contro la salvaguardia del paziente che così verrebbe esposto a eccesso di radiazioni e a tutti i rischi connessi a ciascuna procedura. Le malattie che si presentano con deficit cognitivi sono decine, anche se l’Alzheimer è la causa più frequente: avere una traccia per muoversi verso la diagnosi giusta in maniera rapida ed economica è fondamentale”.

Le raccomandazioni, che dovranno essere periodicamente aggiornate in base ai progressi scientifici, sono consigliate per gli individui al di sotto dei 70 anni seguiti nei Centri per i disturbi cognitivi e le demenze e da valutare caso per caso per i pazienti con più di 70 anni. Nel prossimo futuro si spera che possano essere integrate con l’impiego dell’analisi di specifici biomarcatori nel sangue, a oggi disponibili solo per la ricerca scientifica e in fase di approvazione per l’uso clinico. Come sottolinea **Giovanni Frisoni**, coordinatore dello studio, Direttore del Centro della memoria e Professore di Neurologia agli Ospedali Universitari e all’Università di Ginevra, “grazie a queste raccomandazioni le persone con disturbi della memoria avranno una diagnosi armonizzata e di alta qualità in ogni centro d’Europa. Le raccomandazioni che abbiamo sviluppato potranno, inoltre, essere a breve aggiornate per l’utilizzo dei marcatori di Alzheimer nel sangue di cui, da qui a poco, potrà essere fatto uso clinico. Tutto ciò permetterà di intercettare i pazienti con malattia di Alzheimer nel momento più adatto e, in un futuro non troppo lontano, di indirizzarli alla terapia con gli anticorpi monoclonali che speriamo arriveranno presto in Europa. Questi farmaci, se somministrati nei pazienti giusti in una fase iniziale della malattia, potranno infatti ritardare la perdita della memoria”.

LA MAPPA DEI GETTONISTI

I camici bianchi
in affitto costano
1,7 miliardi
nel quinquennio

Flavia Landolfi — a pag. 5

Medici e infermieri in affitto per 1,7 miliardi Ecco la mappa dei gettonisti della sanità

Il dossier Anac

Coinvolte tutte le Regioni
tranne il Trentino, in testa
Toscana e Lombardia

Flavia Landolfi

ROMA

Le corsie vuote costano allo Stato poco meno di 1,7 miliardi di euro in cinque anni, dal 2019 ad agosto del 2023. È questo il conto potenzialmente pagato da ospedali e policlinici per i gettonisti della sanità e altro personale "in affitto" che attraverso cooperative, contratti in somministrazione o comunque non a tempo determinato suppliscono alla carenza di medici e infermieri. A fare i conti fornendo per la prima volta numeri certi è l'Anac che in un dossier che il Sole 24 Ore è in grado di anticipare ha radiografato il fenomeno del precariato dei camici bianchi attraverso le proprie banche dati. Il far west ha cause ben note: a monte c'è la scarsa programmazione del servizio sanitario che in combinazione con questo strumento emergenziale frutto degli anni del Covid per fare fronte alla pandemia, ha prodotto un cocktail esplosivo di lavoro a chiamata, una giungla dai costi elevatissimi. Risultato? Anziché arretrare dopo l'emergenza sanitaria degli ultimi an-

ni il fenomeno delle prestazioni on demand continua ad aumentare. Senza contare, poi, che dietro a tutto questo si annidano dinamiche che sfiorano il monopolio.

«Per sopperire all'attuale carenza di medici ormai diffusa in numerosi comparti ospedalieri – spiega il presidente dell'Anticorruzione Giuseppe Busia –, le Aziende sanitarie siano indotte ad aggiudicare appalti, spesso mediante procedura negoziata, alla quale partecipa un numero ridotto di operatori economici, in particolare per assicurare alcuni servizi quale quello di guardia medica presso il Pronto Soccorso, nonché a corrispondere compensi particolarmente ele-

vati per ciascun turno, anche prevedendo, come criterio di scelta del contraente, quello del prezzo più basso».

Ma guardiamo i numeri. La prima premessa da fare è di tipo metodologico. Anac ha analizzato le base d'asta affidandosi ai codici (Cpv) che specificamente fanno riferimento uno al reperimento di personale infermieristico, l'altro a quello medico. Ma per una terza voce, per altro preponderante, il settore di riferimento è quello più generico di personale dal quale però, precisano in Anac, sono state espunte le figure non riferite ai primi due ambiti anche se non si può escludere che qualche posizione extra rispetto ai camici bianchi sia comunque entrata in gioco nei numeri della banca dati.

Nello snocciolare i dati che emergono in merito ai costi il dossier mette in luce un valore dei contratti e degli accordi quadro sottoscritti tra cooperative o società tra professionisti e



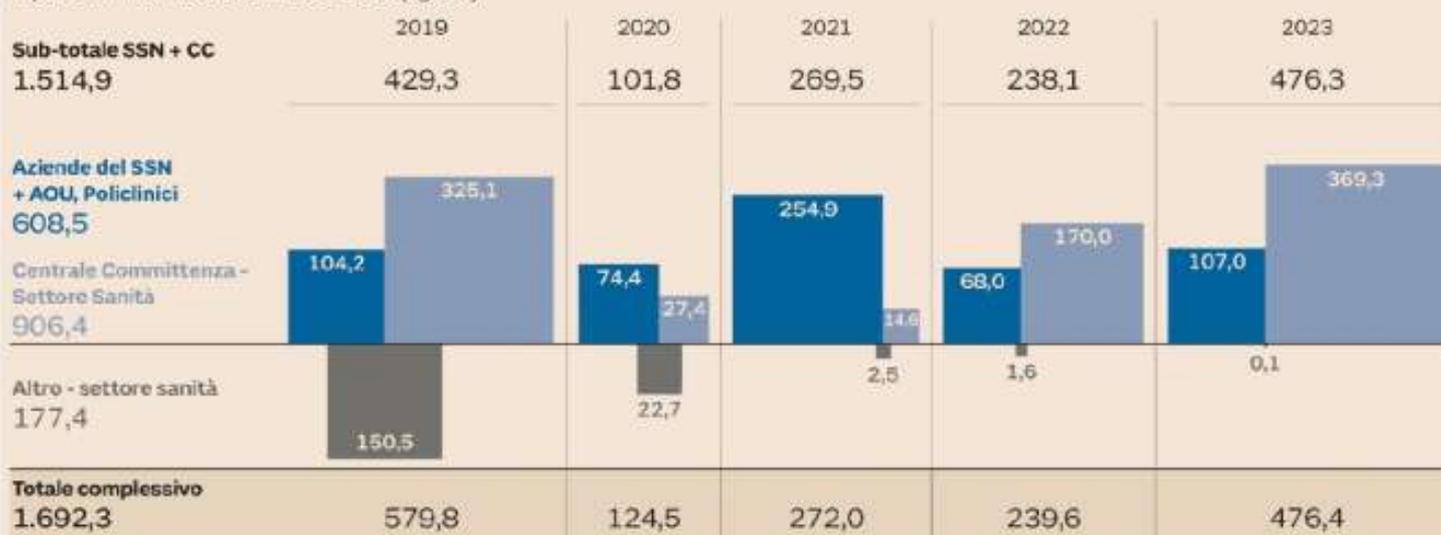
stazioni appaltanti come ospedali o policlinici di un valore totale di 1,7 miliardi circa nel quinquennio che va dal 2019 ad agosto 2023. È il valore della base d'asta di cui ad agosto sono stati spesi quasi 900 milioni di euro, mentre gli altri 800 milioni sono inseriti nei contratti e potranno quindi essere spesi fino a conclusione degli accordi. Guardando poi la cartina geografica tutte le Regioni (tranne Trento) risultano coinvolte con picchi in Toscana (184 milioni complessivi) e Lombardia (170 milioni) mentre per la spesa effettivamente sostenuta sono ancora la Lombardia con 56 milioni di euro, l'Abruzzo con 51 milioni di euro e il Piemonte con 34 milioni. Passando

poi alle condizioni di mercato il dossier Anac mostra fenomeni di concentrazione dei contratti in poche mani. Per esempio per i contratti di servizio di fornitura di personale medico solo 5 operatori (cooperative o società tra professionisti) si sono assicurati il 64% del valore dei bandi complessivamente aggiudicati, a fronte di 25 operatori che gestiscono il restante 36%. Uno squilibrio che diventa ancora più marcato per la somministrazione di infermieri: qui due soli operatori economici rappresentano il 63% del valore dei bandi aggiudicati, a fronte di altri 30 che si spartiscono il 37% del valore del mercato.

ESAPPLICAZIONE RISERVATA

Il valore delle gare per medici e infermieri

Serie storica dei contratti e accordi quadro per il servizio di fornitura di personale per tipologia di stazione appaltante. Importi in milioni di euro anni 2019-2023 (agosto)



Fonte: Anac



Medici: subito lo scudo penale, la riforma partirà dal 2025

Sanità

Lo scudo penale per medici e infermieri limiterà fino al prossimo 31 dicembre la punibilità dei fatti commessi nell'esercizio della professione ai soli casi di colpa grave come accadde durante la pandemia. La misura è entrata nel decreto milleproroghe nella versione più "breve" (si era ipotizzato anche fino al 2025) e dunque i prossimi dieci mesi saranno impiegati dal Governo per varare una riforma generale della colpa medica da far

entrare in vigore nel 2025 e che oggi pende come una spada di Damocle sulla testa dei camici bianchi contro i quali ogni anno vengono intentate oltre 35mila cause che nel 97% dei casi si risolvono in un nulla di fatto.

Marzio Bartoloni — a pag. 5

Colpa medica: subito lo scudo, poi la riforma dal 2025

Sanità. Approvata la misura che limita le cause penali per il personale sanitario alla colpa grave. In arrivo le indicazioni degli esperti di Nordio

Marzio Bartoloni

Lo scudo penale per medici e infermieri limiterà fino al prossimo 31 dicembre la punibilità dei fatti commessi nell'esercizio della professione ai soli casi di colpa grave come accadde durante la pandemia. La misura è entrata nel decreto milleproroghe nella versione più "breve" (si era ipotizzato anche fino al 2025) e dunque i prossimi dieci mesi saranno impiegati dal Governo per varare una riforma generale della colpa medica da far entrare in vigore nel 2025 e che oggi pende come una spada di Damocle sulla testa dei camici bianchi contro i quali ogni anno vengono intentate oltre 35mila cause che però nel 97% dei casi si risolvono in un nulla di fatto. Il terrore delle cause produce però degli effetti collaterali indesiderati tra i camici bian-

chi: da una parte il fenomeno della cosiddetta medicina difensiva (l'iper prescrizioni di visite ed esami) che costa ogni anno oltre 11 mi-

liardi al Ssn e dall'altra i costi assicurativi con polizze spesso molto salate per i sanitari più esposti al rischio cause. Va comunque ricordato che per i pazienti danneggiati resta sempre possibile chiedere il ristoro dei danni subiti in sede civile.

Per la riforma della colpa medica (disciplinata oggi dalla legge 24/2017 mai completamente attuata) il Governo non partirà da zero perché entro aprile è atteso anche l'esito dei lavori di una commissione di giuristi istituita dal ministro della Giustizia Carlo Nordio quasi un anno fa. E la norma approvata ieri dalle commissioni Bilancio e Affari costituzionali della Camera fornisce già alcune linee guida della

futura riforma: innanzitutto la limitazione della responsabilità dei medici per omicidio colposo e lesione personale (articoli 589 e 590 codice penale) alla sola colpa grave. Sulla definizione di quando ricorre la colpa grave nell'atto medico l'idea a cui si sta lavorando potrebbe essere quella di ancorarla a

quanto il camice bianco si allontana da linee guida e *best practice* (alla cui



definizione sta lavorando l'Iss). Ma sul punto le visioni al momento sono diverse: se il ministro della Salute Orazio Schillaci "tifa" per una soluzione che condanni penalmente il medico solo in casi davvero limitati il ministro Nordio è più prudente. La norma del milleproroghe fornisce anche altri elementi che nella riforma potrebbero trovare posto e cioè le attenuanti della colpa medica: se durante il Covid lo scudo penale è stato varato per evitare cause contro i sanitari alle prese con l'emergenza pandemica per cui non si conoscevano bene le terapie da usare ora quello stesso scudo proteggerà medici e infermieri dal rischio di azioni penali «in situazioni di grave carenza di personale sanitario». Per la valutazione dei fatti «si tiene conto - si legge infatti nel testo approvato - delle condizioni di lavoro dell'esercente la professione

sanitaria, dell'entità delle risorse umane, materiali e finanziarie concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, del contesto organizzativo in cui i fatti sono commessi nonché del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato».

Ieri i medici in coro hanno applaudito al ritorno dello scudo penale: «È una prima, importante risposta», ma ora «serve una legge organica» sulla responsabilità professionale, avverte il presidente della Federazione degli Ordini dei medici Filippo Anelli. Anche il sindacato degli ospedalieri Anaa Assomed auspica che «questa sia la prima tappa di un percorso che garantisca ai cittadini equità di accesso alle prestazioni sanitarie e ai professionisti la serenità necessaria per tornare a considerare appetibile

il mestiere più bello del mondo», spiega il segretario Pierino Di Silverio. Mentre Guido Quici, presidente della Federazione Cimo-Fesmed, chiede alla commissione Nordio di coinvolgere nei lavori anche «chi lavora tutti i giorni nelle strutture sanitarie»: «Sarebbe interessante - aggiunge - capire perché solo Italia, Messico e Polonia sono le uniche nazioni al mondo dove esiste una legge tanto penalizzante per gli operatori sanitari».

IN RIPRODUZIONE RISERVATA

Le categorie applaudono prima, importante risposta, ma ora serve una legge organica

11 miliardi

COSTO DELLA MEDICINA DIFENSIVA

L'iperprescrizione da parte dei medici di farmaci, visite e esami in più per paura delle cause si stima che costi oltre 11 miliardi al Ssn



RISPOSTE A CITTADINI E OPERATORI

«Con gli emendamenti al Milleproroghe diamo risposte importanti ai cittadini e al personale sanitario», così il ministro della Salute Orazio Schillaci.



In corsia fino a 72 anni ma senza fare i primari

La misura fino al 2025

Potrà essere richiamato
in servizio anche chi è
in pensione da settembre

I medici che lavorano per il Servizio sanitario nazionale potranno restare a lavoro fino ai 72 anni di età: la scelta sarà su base volontaria, ma il camice bianco potrà rimanere in corsia fino al massimo al 31 dicembre 2025. Ma con una condizione fondamentale: chi deciderà di rinviare la pensione non potrà mantenere o assumere incarichi dirigenziali apicali «di struttura complessa o dipartimentale o di livello generale», in poche parole chi fa il primario dovrà rinunciare all'incarico. Potrà tornare in servizio anche chi è andato in pensione dal 1° settembre del 2023.

Dopo almeno cinque tentativi in Parlamento anche nella scorsa legislatura è arrivato ieri il via libera alla misura che estende l'età pensionabile dei medici che oggi al massimo possono restare fino ai 70 anni d'età ma sempre dietro l'autorizzazione dell'Asl. La modifica è contenuta in un emendamento al decreto Milleproroghe approvato ieri dalle commissioni Bilancio e Affari costituzionali della Camera. Una modifica voluta fortemente da Luciano Ciocchetti (Fdi), primo firmatario dell'emendamento. Che difende questa «misura di buon senso» e «che sollecitavo da tempo»: per il vice presidente della commissione Affari sociali «la possibilità per i medici del Servizio sanitario nazionale di rimanere in servizio fino a 72 anni rimane una scelta su base volontaria che non impedirà in nessun modo l'accesso alla professione di altri medici giovani. Anzi, direi che i medici con alle spalle tanti anni di servizio potranno continuare a met-

tere a disposizione della collettività la loro esperienza e al medesimo tempo aiutare quelli più giovani nella loro formazione. Senza contare che avere più operatori in servizio servirà a fronteggiare la grave crisi di carenza del personale».

In effetti l'allarme carenza medici (e anche infermieri) è sotto gli occhi di tutto e tra l'altro la situazione più critica si concentra proprio da qui al 2025 quando scade questa possibilità del rinvio della pensione: entro i prossimi due anni è atteso infatti un maxi esodo di camici bianchi con quasi 40mila pensionamenti visto il picco di uscite che poi calerà tornando a un normale turn over nel 2030.

La norma come detto prevede la possibilità per «le aziende del Servizio sanitario nazionale, fino al 31 dicembre 2025» di poter «trattenere in servizio, su istanza degli interessati, i dirigenti medici e sanitari dipendenti del Servizio sanitario nazionale». Il loro impiego sarà utile «anche» per far fronte «alle esigenze di formazione e tutoraggio del personale»: in pratica i medici senior potranno aiutare i più giovani. Ma ovviamente potranno tornare a fare assistenza per «fronteggiare la grave carenza di personale» nelle corsie. La norma riguarda non solo i camici bianchi che lavorano nelle Asl, ma anche i dirigenti medici e sanitari del ministero della Salute e i «docenti universitari che svolgono attività assistenziali in medicina e chirurgia».

Non è tutto perché la misura consente anche di «richiamare» chi è già andato in pensione sempre «fino al

compimento del settantaduesimo anno di età e comunque non oltre il 31 dicembre 2025»: si tratta in particolare del personale «collocato in quiescenza a decorrere dal 1° settembre 2023 avendo maturato i requisiti anagrafici e contributivi per il pensionamento di vecchiaia». Chi torna in servizio dovrà però optare «per il mantenimento del trattamento previdenziale già in godimento ovvero per l'erogazione della retribuzione connessa all'incarico da conferire». Un punto questo da chiarire bene sul quale molto probabilmente dovrà intervenire una circolare esplicativa da parte dei ministeri della Salute e del Lavoro.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La misura riguarda anche i docenti universitari che svolgono attività assistenziali in medicina e chirurgia



Primo caso in Italia (e solo quattro nel mondo)

L'impresa di Ylenia nata con metà cuore partorisce due gemelli

La donna assistita da Bambino Gesù e Gemelli. «Nelle mie condizioni sapevo di correre tanti rischi ma volevo diventare mamma a tutti i costi»

di **Giulia D'Aleo**

ROMA – «Oggi posso confermare di non avere più il cuore a metà, ma di averlo triplo». Ylenia Mellaro rientra da tutta la vita in una serie di casistiche rarissime. Il suo cuore manca di uno dei ventricoli, il destro, situazione che ricorre solo nell'1,5% delle cardiopatie congenite. Se non bastasse, a 36 anni di distanza è diventata una delle quattro donne al mondo, e la prima in Italia, a partorire due gemelli, nonostante la condizione da cui è affetta.

Che sarebbe potuta diventare mamma lo aveva scoperto solo tre anni fa. «I cardiologi erano contrari e io mi ero ormai rassegnata all'idea di non avere figli – racconta Ylenia –. Io e mio marito siamo sposati da 18 anni e abbiamo sempre cercato di riempire la nostra vita in altro modo». Poi, a luglio del 2021, la dottoressa Rosalinda Palmieri dell'Ospedale Bambino Gesù, dove la 36enne è seguita dalla nascita, le ha chiesto se volesse provare a intraprendere un percorso per la gravidanza. «Avevo da poco perso mia

madre ed è stato un segno. Da quel momento la mia vita è cambiata», sorride.

I rischi non erano marginali, perché la condizione di Ylenia sottopone il suo organismo a uno stress costante. «Da piccola guardavo con invidia i bambini che andavano in bici o giocavano a pallavolo, attività banali a cui io non potevo partecipare». All'età di 4 anni, attraverso un intervento chirurgico le era stato costruito un sistema di circolazione alternativo, detto di Fontan, in grado di portare il sangue direttamente ai polmoni senza passare dal cuore. «Fino a qualche decennio fa un paziente come lei non sarebbe sopravvissuto fino all'età adulta – precisa Palmieri – l'intervento è fondamentale».

Il pericolo durante la gravidanza era che insorgessero «aritmie o scompensi cardiaci» spiega la dottoressa Palmieri, motivo per cui la 36enne doveva essere sottoposta una volta al mese a controlli cardiologici e di medicina fetale. «Avevo paura, è normale – dice la neomamma –. Ma per loro, non per me».

La gravidanza, alla fine, è andata avanti nel migliore dei modi ed è stata portata a termine con un parto cesareo programmato alla trentaquattresima settimana. Il 15 ottobre, al Policlinico Gemelli, sono nati Giulia e Flavio, un chilo e 400 grammi di peso entrambi. Quello scelto per la bambina «è il nome di mia madre», spiega Ylenia. Oggi i due hanno quasi quattro mesi e, racconta la mamma, sono dei bambini «buoni e molto tranquilli».

Sono anche in salute. «La femminuccia ha solo una cardiopatia congenita non grave, per cui verrà sottoposta a intervento cardiocirurgico tra qualche mese – riferisce Palmieri –. C'era il 10% di possibilità che accadesse, ma non è una condizione preoccupante». © RIPRODUZIONE RISERVATA



STUDIO ITALIANO

«Siamo riusciti
a trasformare
tumori maligni
in cellule benigne»

STELLA CONTONI

a pagina 6

► IL FUTURO DELLA MEDICINA

«Così siamo riusciti a trasformare i tumori maligni in cellule benigne»

Uno studio italiano riapre un filone di ricerca colpevolmente abbandonato dalla comunità scientifica: il cancro può essere costretto a «riconvertirsi» in forme innocue. Così addio ai danni da chemioterapia

di **STELLA CONTONI**

■ Trasformare una cellula cancerogena maligna in benigna e rendere un tumore reversibile. È una «rivoluzione copernicana» della biologia, vecchia di almeno 80 anni, ma persa nella corsa (più remunerativa) per correggere la mutazione molecolare. Si chiama *tumor reversion* (reversione tumorale), un solido filone di ricerca promettente noto dall'inizio del Novecento, ma dal percorso frammentato, che è però stato ricostruito grazie a uno studio italiano pubblicato nella rivista internazionale *Oncology Reports*. «Se si impiantano cellule tumorali in un embrione nelle prime fasi di sviluppo, il tumore non progredisce. Se si impiantano quando è sviluppato, il tumore progredisce. A fare a differenza è il microambiente», spiega alla *Verità* **Andrea Pensotti**, ricercatore del Campus biomedico di Roma che, per la tesi di dottorato, ha portato avanti il lavoro al System Biology Group Laboratory del dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Università La Sapienza di Roma, coordinato da **Mariano Bizzarri**. e

con il contributo della professoressa **Marta Bertolaso**.

«Tanti hanno pubblicato - sulla banca dati più importante, Pubmed, ci sono almeno 350 articoli in materia - ma in modo sporadico e disordinato», osserva **Pensotti**. «Finalmente questa conoscenza consolidata e di solidità scientifica è stata messa insieme in modo sistematico, organizzato, ma siamo al paradosso. Nonostante ci sia l'evidenza che lavorando sul microambiente cellulare si possono rinormalizzare le cellule tumorali, i finanziamenti sono sull'editing, cioè sulla riparazione delle mutazioni genetiche». Dal lavoro emergono due punti di convergenza di tutta la letteratura scientifica sulla reversibilità delle cellule tumorali.

Gli embrioni animali nelle loro prime fasi di sviluppo, dimostrano una naturale autodifesa dai tumori e ciò si deve al loro microambiente, ovvero ad alcune sostanze (o segnali biologici) che ne determinano l'evoluzione vitale. Le stesse sostanze, in particolare microRna, che nell'embrione

guidano la differenziazione cellulare e la formazione di organi e apparati, esercitano un controllo anche sulle cellule tumorali, fino ad indurne la conversione in cellule benigne.

«Da molti anni vediamo che le terapie mediche utilizzate per il trattamento dei tumori hanno segnato il passo. In cardiologia, in cinquant'anni la mortalità è calata del 75%, quella dei tumori, complessivamente si è ridotta del 5%», osserva il professor **Bizzarri**, citando dati americani. «Abbiamo fatto grandi progressi in diagnostica, chirurgia e radioterapie oncologiche, ma nelle terapie mediche, a parte delle eccezioni, nei tumori del pancreas, colon e polmoni, la mortalità è rimasta sostanzialmente la stessa e sappia-



VERITÀ

mo che anche quando usiamo farmaci targettizzati, cioè specifici per un bersaglio molecolare, funzionano, ma questi bersagli, per la caratteristica intrinseca della cellula tumorale, sono instabili ed eterogenei. Usando il classico approccio della chemioterapia, con il bombardamento indiscriminato», spiega il professore, «finiamo per uccidere le cellule sensibili, ma selezioniamo varianti sempre più resistenti. Come in ambito militare, se non sono sicuro di uccidere tutti, sono costretto a trovare un accordo. Con la reversione tumorale, immettiamo nell'ambiente le istruzioni per privare le cellule cancerogene della capacità di invadere e metastatizzare».

Secondo **Bizzarri** «bisogna affrontare un cambio di paradigma. Siamo fermi sul fatto che il tumore è dovuto alle mutazioni e che devono essere eliminate con bombardamenti a tappeto, come la chemioterapia. Invece il problema è come si comporta la cellula mutata all'interno di una comunità: su questo si può agire dando le istruzioni nel-

l'ambiente». La dinamica cellulare ha caratteristiche simili alla sociologia. «Se cambio le condizioni nel microambiente, le cellule tumorali possono regredire e imboccare una via di redenzione. Questo principio si applica già nella terapia del leucemia promielocitica. In prima linea, contro questo tumore, si usa un fattore naturale come la vitamina A, che non è un chemioterapico». A tale proposito, in Italia, a breve, verrà pubblicato un lavoro condotto proprio **Bizzarri** e **Pensotti** che hanno identificato gli specifici micro-Rna degli estratti di uova di zebrafish (un piccolo esemplare tropicale ad alta compatibilità genetica con l'essere umano) e di trota, coinvolti nell'indurre i processi di reversione tumorale. Le piccole molecole di micro Rna, sono stabili e sono coinvolte in numerosi processi di regolazione genica.

Il team del professor **Bizzarri**, trattando una linea cellulare aggressiva di tumore al seno (MDA-MB-231) con diverse tipologie di estratti di uova di pesce, è riuscito a indurre la reversione tumorale: le cellu-

le hanno perso la loro capacità di migrare ed invadere altri tessuti (metastatizzare). Studi successivi (in fase di pubblicazione) hanno mappato l'intera catena di segnali biologici mediati dai micro-Rna che inducono questi processi. Gli effetti positivi dei micro-Rna di zebrafish e di trota sono stati osservati su moltissime linee tumorali, del tumore del colon, del polmone, del fegato e della mammella. «Non si sta proponendo un rimedio alternativo, ma sinergia», sottolinea **Bizzarri**, «abbiamo infatti visto che l'estratto ha aumentato l'efficacia di chemioterapici». Ma i finanziamenti per la ricerca latitano. Il trattamento ha un limite: è poco remunerativo.

«Per curare un paziente con cancro, si spende circa 100.000 euro l'anno in trattamenti. Il nutraceutico testato costa circa 40 euro al mese», conclude **Bizzarri**.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

| | |
|----------------------------|-----------------------------|
| <i>Mariano Bizzarri:</i> | <i>Trattando una linea</i> |
| <i>dobbiamo cambiare</i> | <i>cellulare</i> |
| <i>paradigma</i> | <i>con estratti di uova</i> |
| <i>e lavorare non più</i> | <i>di pesce</i> |
| <i>sull'eliminazione</i> | <i>è stato possibile</i> |
| <i>delle mutazioni,</i> | <i>impedire</i> |
| <i>ma sulle condizioni</i> | <i>la formazione</i> |
| <i>del microambiente</i> | <i>di metastasi</i> |

