



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

03 Luglio 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

Policlinico di Catania, primo intervento multidisciplinare di chirurgia robotica

Per l'asportazione di un tumore dell'esofago distale con tecnica addominale e toracica totalmente robotica.

3 Luglio 2024 - di [Redazione](#)



CATANIA. Il primo intervento **multidisciplinare** di **chirurgia robotica**, con il coinvolgimento di più équipe chirurgiche è stato effettuato, per la prima volta in Sicilia, nella Clinica Chirurgica I dell'AOUP "G. Rodolico-San Marco", per l'asportazione di un **tumore dell'esofago** distale con tecnica addominale e toracica totalmente robotica. La procedura è stata conclusa con **grande successo** e il paziente, un uomo di 70 anni, dopo appena dieci giorni di degenza è stato dimesso potendo fare rientro a casa dai suoi affetti. L'operazione è stata frutto della perfetta collaborazione di più team sanitari, in particolare ad essere coinvolti sono state l'équipe del chirurgo **Riccardo Morici** della medesima Clinica, quella del direttore dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Toracica dell'Azienda etnea **Alberto Terminella**, affiancato da **Giacomo Cusumano**, e quella dell'anestesista **Carmelo Calvagna** con il collega **Marco Cavaleri**. «Il carcinoma dell'esofago richiede un trattamento chirurgico molto esteso e l'**esofagectomia** è considerata una delle procedure chirurgiche più complesse, più traumatiche ed invalidanti- spiega il chirurgo Riccardo Morici- La chirurgia robotica ci ha permesso di eseguire un intervento di esofagectomia, per **via mini-invasiva**, con grandi benefici per il paziente, riducendo le complicanze post operatorie in particolare a carico dell'apparato respiratorio, ottenendo un miglior controllo del dolore post-intervento e soprattutto una più rapida ripresa dell'alimentazione e ritorno alla sua normale vita relazionale.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Si tratta non solo di un intervento demolitivo, ma anche **ricostruttivo**, in genere eseguito nella maggior parte dei centri chirurgici italiani solo per via aperta. La robotica facilita l'approccio mini-invasivo, superando molte delle difficoltà tecniche legate ad un'ampia **linfadenectomia** e alle suture anastomotiche». Il Policlinico di Catania conferma così il proprio ruolo di **centro di riferimento** per la chirurgia robotica oncologica avanzata in Sicilia. Dal gennaio di quest'anno la Clinica Chirurgica I del Policlinico Universitario di Catania è entrata a far parte dei centri di riferimento a carattere nazionale della scuola SIC di Chirurgia Robotica con l'obiettivo di formare il personale medico e infermieristico. L'importante riconoscimento è giunto in virtù dell'esperienza maturata dai professionisti dell'azienda e in particolare di quelli dell'unità operativa di **Clinica Chirurgica I**, che dal 2020 hanno effettuato oltre 200 interventi di chirurgia robotica ad elevata complessità nell'ambito oncologico. Pieno apprezzamento per l'attività robotica è stato espresso dal direttore generale **Gaetano Sirna**: «Sono orgoglioso che nei nostri due presidi si effettuino ad ottimi livelli interventi complessi di chirurgia robotica oncologica. Il mio plauso va in questo caso all'équipe della Clinica Chirurgica I del Policlinico, ma in generale a tutti gli specialisti in procedure di questo tipo, urologi, ginecologi, toracici e pediatrici che utilizzano con successo i Robot Da Vinci dell'azienda, al Policlinico e al San Marco».

La preoccupazione dei governatori dopo il decreto taglia liste d'attesa

Sanità, le Regioni ricorrono alla Consulta «Lo Stato non si sostituisca a noi sulle Asl»

IL CASO

Paolo Russo / ROMA

Sul decreto legge taglia liste di attesa le Regioni fanno muro e si dicono pronte a fare ricorso alla Consulta. Per bloccare almeno l'articolo 2 del provvedimento, quello che istituisce una sorta di ispettorato presso il ministero della Salute, che anche su segnalazione dei cittadini potrà controllare le agende di prenotazione delle Asl, acquisire la documentazione delle aziende sanitarie e delle regioni, che avranno l'obbligo di rispondere. Una "invasione di campo" secondo le Regioni, che in audizione ieri al Senato hanno puntato però l'indice soprattutto sulla carenza di ri-

sorse e di disposizioni sul «governo della domanda». Che significa poi porre un freno alle prescrizioni inappropriate, che sarebbero il 20% del totale. Ma mentre su quest'ultimo aspetto il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha dato mandato all'Iss affinché siano stese delle linee guida che aiutino i medici a prescrivere quel

che effettivamente serve, sulle risorse è tutto in alto mare. «Il fatto che si faccia riferimento a un fondo sanitario ampiamente incapiante a noi preoccupa non poco», ha affermato in audizione il coordinatore dei gli assessori regionali alla sanità, l'emiliano Raffaele Donini. Preoccupazione condivisa anche dal governatore del Lazio,

Francesco Rocca, che pure guida una giunta di centro-destra, a conferma di un malumore bipartisan sul decreto.

Il fatto è che per le Regioni fornire, come indica il decreto, le prestazioni anche il sabato e la domenica, chiedere al privato di erogarle di più e permettere al cittadino di rivolgersi a questo senza pagare quando i tempi di attesa superano i limiti di legge, è un pacchetto che vale non meno di un miliardo, mentre nel decreto ci sarebbero poco più di 200 milioni nel biennio per defiscalizzare gli straordinari dei medici. Per tutto il resto le Regioni avrebbero da attingere ai 101 milioni ancora non spesi di quanto stanziato per l'abbattimento delle liste di attesa nel 2022. Mentre è in corso una ricognizione per

verificare quanto le Regioni avrebbero ancora in cassa dei 365 milioni stanziati allo stesso scopo nel 2023 e dei 505 messi sul piatto dalla manovra del 2024. Soldi che sembrerebbero essere in larga parte nella disponibilità dei governatori. Con quelli del Nord pronti a ribattere di averli invece in larga misura già impegnati, mentre dal Lazio in giù potrebbero essere stati dirottati a copertura delle altre falle dei conti in rosso della nostra sanità. —



L'assessore Raffaele Donini



Il cambio di paradigma, i tesori da riconoscere

Il Sud spinge Schillaci nella top 5 dei ministri

► Indagine del "Piepoli": +9% nel Mezzogiorno ► Apprezzato il decreto taglia liste d'attesa così il responsabile alla Salute sale al 3° posto e il via libera a esami e visite nel week end

IL SONDAGGIO Ettore Mautone

Il ministro della Salute Orazio Schillaci scala, in pochi mesi, le posizioni nella classifica dei ministri dell'attuale governo che godono del gradimento dei cittadini e guadagna 9 punti percentuali al Sud e nelle isole, rispetto al precedente rilevamento dello scorso marzo. Schillaci si posiziona così al terzo posto nella top 5 dei ministri di cui gli italiani hanno fiducia raccogliendo il 35% dei consensi. Un solo punto dietro il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti (36%) e a poca distanza da Guido Crosetto (Difesa) che guida la lista. Il titolare del dicastero della Salute incrementa dunque gli apprezzamenti dei cittadini del Sud soprattutto in virtù dei provvedimenti taglia liste di attesa varati dal governo un mese fa (un decreto e un disegno di legge).

L'INDAGINE

I dati sono il frutto di un'indagine condotta dall'Istituto Piepoli, leader nel campo delle ricerche di marketing e di opinione, rilanciata dall'Adn Kronos. Tra le misure ritenute più efficaci per la riduzione dei tempi di attesa al primo posto si piazzano le visite ed esami diagnostici offerte anche nei weekend, (gradito dal 51 per cento del campione). A seguire l'attivazione di un organismo di verifica e controllo sulle Aziende sanitarie per garantire

il corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste d'attesa, con poteri di polizia amministrativa e giudiziaria (41 per cento). Al terzo l'istituzione di una Piattaforma nazionale per le liste d'attesa per monitorare i tempi di accesso per ogni tipo di prestazione sanitaria in modo dettagliato e in tempo reale, regione per regione (33 per cento). I valori percentuali salgono considerando tutte le espressioni di voto (molto e abbastanza favorevoli): in cima a quelle più apprezzate restano le visite nei fine settimana con una punta dell'88 per cento segnata al Sud e nelle Isole. Più scontato il notevole apprezzamento, nel Mezzogiorno, per gli investimenti promessi nelle infrastrutture tecnologiche e sanitarie e il programmato potenziamento dei servizi sanitari e sociosanitari. Apprezzamenti, ma in percentuali inferiori, arrivano per gli altri punti qualificanti del decreto come il CUP unico regionale pubblico e privato convenzionato (in Campania già in pista da un anno), la regolamentazione dell'attività libero professionale per evitare abusi, l'incremento della spesa per il personale sanitario in base all'incremento del Fondo sanitario, abolendo il tetto di spesa dal 2025, l'applicazione di una flat tax del 15% sulle prestazioni orarie aggiuntive dei professionisti sanitari che contribuiscono alla riduzione delle code.

I DATI AGENAS

Intanto, a fine giugno, l'Agenas ha aggiornato i dati relativi al periodo 2019-2023 della piattaforma nazionale sulle liste di at-

tesa. Il quadro che ne emerge rende conto del notevole lavoro arretrato di Asl e ospedali accumulato dalle regioni in misura diversificata durante gli anni della pandemia quando a causa dei ripetuti lockdown e della paralisi delle attività sanitarie ordinarie, si sono accumulati notevoli arretrati nelle prenotazioni di ricoveri, visite ambulatoriali. Nei quattro anni la percentuale totale della riduzione delle prestazioni in Italia è stata in media dell'8 per cento con punte del 20, 25 e 27 per cento in meno registrate nelle Marche, in Sardegna e Valle D'Aosta. La Campania si è difesa abbastanza bene con una riduzione limitata del 5 per cento nell'arco dei quattro anni superiore solo a Lombardia, Toscana ed Emilia Romagna. Nelle prime visite prescritte ed erogate invece è andata giù nella classifica delle regioni, così anche nei ricoveri non oncologici, unica voce rimasta a galla. Ad aiutare la Campania la presenza forte del privato accreditato che ha consentito di ridurre poco le prestazioni durante la pandemia e di recuperare subito le prestazioni dopo il Covid. Non a caso le prime visite sono quelle che si fanno mag-



giornamente nel pubblico. Sin dalla fine del 2020, il ministero della Salute, ha messo nel piatto delle regioni fino a 500 milioni di euro annui per il recupero degli arretrati puntando anche in quel caso sulle visite nei week-end e su progetti per lavorare anche di pomeriggio nelle sale operatorie ma con scarsi controlli. In Campania sono stati coinvolti anche i privati accreditati a cui sono stati attribuiti fondi per adeguare il budget dei tetti di spesa. Nel 2021 e nel 2022 la Campania è tuttavia è riuscita a spendere solo il 50 per cento circa delle risorse aggiuntive as-

segnate per riassorbire le code, soprattutto nel settore pubblico, a causa delle carenze di personale a loro volta avvitate sui limiti alle assunzioni imposti dal Piano di rientro dal deficit. Su questo fronte tuttavia, soprattutto a partire dal 2022, la Campania ha conquistato un aumento dei fondi nel riparto procapite della fetta dei finanziamenti assegnati con la torta del Fondo sanitario nazionale. Un riequilibrio di circa 180 milioni recuperati dal 2022, grazie alla valorizzazione di parametri come la deprivazione sociale e la minore aspettativa di vita alla nascita

della popolazione. Criteri che negli ultimi due anni si sono aggiunti alla anzianità della popolazione che ha storicamente premiato le regioni del centro e del nord dimezzando, in un sol colpo, lo svantaggio della Campania.

**SECONDO I DATI
DI AGENAS IL COVID
HA RIDOTTO
LE PRESTAZIONI
CON PUNTE
ANCHE DEL 27%**

**DAL 2019 AL 2023
IN CAMPANIA SOLO
IL 5% DI ARRETRATI
MA SPESA APPENA
LA METÀ
DELLE RISORSE EXTRA**

Il ministro della Salute Orazio Schillaci



LE ASSICURAZIONI

Ania: sanità, serve un patto tra pubblico e privati

Messia a pagina 7

ANIA CHIEDE UN' ALLEANZA PUBBLICO-PRIVATA PER FAR CRESCERE LA SANITÀ INTEGRATIVA

Compagnie al patto per la salute

Il ministro Giorgetti annuncia un tavolo di confronto sul tema. Intanto arriva il decreto per le polizze contro le calamità

DI ANNA MESSIA

Non si è ancora chiuso il primo esperimento di partnership tra Stato e assicurazioni, nel settore delle catastrofi naturali, che già si inizia a parlare di una nuova possibile alleanza tra compagnie e governo per affrontare un'altra emergenza nazionale: la gestione della sanità in un Paese che invecchia. Un tema che ieri è emerso a più riprese nel corso dell'assemblea dell'Ania, con l'associazione delle assicurazioni che ha festeggiato i suoi 80 anni dalla fondazione alla presenza, tra gli altri, del presidente della Repubblica, Sergio Mattarella. «Si stima che le forze sanitarie integrative tra fondi, casse, mutue e polizze abbiano circa 16 milioni di assicurati, ma i 5 miliardi di premi e contributi sono poca cosa rispetto ai 40 miliardi direttamente spesi dai cittadini per farmaci e prestazioni mediche», ha sottolineato la presidente di Ania, Maria Bianca Farina

chiedendo la definizione «di un vero e proprio patto per la salute degli italiani. Un secondo pilastro regolamentato che riesca a mutualizzare e dunque ridurre i costi per i singoli, anche attraverso un trattamento fiscale uniforme e di favore». Un riordino della sanità integrativa che deve «procedere parallelamente alle decisioni sulla non autosufficienza che ormai non sono più procrastinabili per gestire il dramma sociale che essa rappresenta», ha aggiunto Farina. E se nelle scorse settimane a suggerire una spinta in Italia delle polizze per la non autosufficienza (le cosiddette Itc) era stata Ivass, che ne aveva suggerito l'introduzione nei contratti collettivi di lavoro, ieri a parlare della necessità di un'alleanza con le assicurazioni per la gestione della salute degli italiani è stato direttamente il ministro dell'Economia, Giancarlo Giorgetti, intervenuto in video nel corso dell'assemblea. «Il paradigma conosciuto fino ad oggi, nel quale il sistema pubblico ha avuto un ruolo di quasi unico

protagonista, non rappresenta più una risposta sostenibile a fronte di una domanda di sostegno sanitario e previdenziale che cresce nella quantità, nella varietà e nella complessità» ha detto Giorgetti chiedendo «l'attivazione di un tavolo di confronto».

Intanto a entrare nel vivo è la partnership pubblico privata nel settore delle calamità naturali, con le imprese che, entro dicembre, dovranno obbligatoriamente sottoscrivere una polizza assicurativa come previsto dall'ultima legge di Bilancio. Iniziativa che è stata citata sia dal saluto iniziale della premier Giorgia Meloni sia dal ministro del Made in Italy, Adolfo Urso, che l'ha definita «una svolta». «A breve sarà emanato il decreto interministeriale per il passaggio alla fase attuativa della norma», ha annunciato Farina, ricordando che appena il 4% delle piccole imprese possiede una polizza contro tali rischi e che lo scorso anno in Italia si è

registrato il massimo storico dei danni assicurati da maltempo e alluvioni, per 6 miliardi.

Lo schema prevede la «creazione di un pool di compagnie, ad adesione volontaria che, sfruttando il principio della mutualità, sarà in grado di ridurre il costo delle coperture per le imprese e quello del capitale per le compagnie», ha aggiunto Farina. In dirittura d'arrivo, secondo voci di mercato, sarebbe anche la convenzione con Sace, che riassicurerà fino a 5 miliardi. Più complicata invece la costruzione del pool, con i due big, Generali e Unipol, che non avrebbero ancora sciolto le riserve sulla loro adesione, senza la quale lo strumento rischia di essere depotenziato. Ma si lavora perché la prima partnership sulle calamità sia un successo. Ania ieri ne ha già chiesto l'estensione anche alla proprietà immobiliare privata. (riproduzione riservata)



Centrodestra diviso sulla surrogata

Stop all'emendamento della Lega. Fratelli d'Italia e Forza Italia hanno votato con le opposizioni

ROMA Dal Senato alla Camera la maggioranza fibrilla, su due provvedimenti che riguardano bambini. Quelli concepiti con la gravidanza per altri, a Palazzo Madama, e poi i piccoli figli di madri detenute, a Montecitorio, all'interno del ddl Sicurezza. Il centrodestra si è spaccata in tutti e due i casi. Sempre nelle commissioni Giustizia.

Lo scontro più duro al Senato. La maternità surrogata come reato universale è un cavallo di battaglia di tutta la maggioranza. Un tema a cui la premier Giorgia Meloni tiene moltissimo. La legge è stata già approvata alla Camera e ieri al Senato è cominciato in commissione Giustizia l'esame degli emendamenti. La Lega ha scelto di fare una fuga in avanti. Con un emendamento del capogruppo Massimiliano Romeo per inasprire le pene di chi pratica la maternità surrogata, anche all'estero. Una stretta decisa: si pre-

vedeva un aumento della pena fino a dieci anni di carcere e sanzioni fino a due milioni di euro.

Il governo ha dato parere negativo a questo emendamento, anche il relatore. Ma il senatore Romeo non ha voluto ritirarlo. E ha invece invitato la maggioranza a riformulare il testo, tenendo conto della proposta della Lega. Così non è stato. E a questo punto dal centrodestra è partita la richiesta di sospendere i lavori. Francesco Boccia, capogruppo del Pd al Senato, ha detto: «Appena la maggioranza ha timore di andare sotto c'è sempre qualcuno zelante che sospende i lavori».

Ma poi in serata i lavori sono ripresi ed è stata sancita la spaccatura della maggioranza. Fratelli d'Italia e Forza Italia hanno votato con le opposizioni. A favore soltanto due senatori leghisti. Non è l'unica questione che ieri ha messo all'angolo la Lega, che ieri

ha presentato in Senato un emendamento sui balneari. Luca De Carlo di Fdi, lo ha bocciato senza appello.

Alla Camera la spaccatura non è stata sancita da una votazione. Ma sull'articolo 12 del disegno di legge Sicurezza c'è stata Forza Italia che si è discostata dalla maggioranza. L'articolo 12 parla delle detenute madri, prevedendo che diventi facoltativo il rinvio della pena per donne incinte o con prole fino a un anno. Un articolo ritagliato un po' su misura, dopo le vicende esplose sul media riguardo alle borseggiatrici incinta.

Ma questa discrezionalità FI non ha voluto appoggiarla. In commissione Giustizia e Affari costituzionali ha parlato Paolo Emilio Russo: «Chiederemo all'Aula, quando il provvedimento sarà discusso in quella sede, di mantenere l'obbligo di differimento della pena o l'obbligo di scontarla in un istituto protetto per le

madri con figli tra zero e dodici mesi per scongiurare che anche solo un bambino sia costretto a crescere dietro le sbarre per colpa della madre». Sulla sicurezza, potrebbe generare nuove fibrillazioni anche la proposta leghista sulla castrazione chimica per i reati di violenza sessuale.

Alessandra Arachi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

● Centrodestra spaccato al Senato sul disegno di legge contro la maternità surrogata

● È stato bocciato l'emendamento della Lega: prevedeva un inasprimento delle pene con carcere fino a dieci anni e una multa fino a due milioni di euro

Mamme in carcere

Sulla sicurezza FI si astiene sul voto che riguarda le madri detenute

● *Che cos'è*

MATERNITÀ SURROGATA

Si tratta di una forma di procreazione assistita in cui una donna, provvede alla gestazione per conto di una o più persone, che acquisiranno la responsabilità genitoriale nei confronti del nascituro. Il ricorso di questo metodo viene sancito attraverso un contratto tra i futuri genitori e la gestante. Nell'ordinamento italiano è di fatto considerata una forma di sfruttamento, in altri Paesi è invece legale



«ALZHEIMER

LA SPERANZA VIENE DAGLI ANTICORPI»

Sia per questa malattia degenerativa sia per il Parkinson, entrambe sempre più diffuse causa allungamento della vita, le ricerche esplorano nuovi campi. *Panorama* ne ha parlato con il professor Michele Vendruscolo, protagonista nella sperimentazione di terapie molto promettenti. «Una cura è solo questione di tempo, ci vorranno pazienza e impegno ma ci arriveremo».

di Luca Sciortino

Le origini di malattie neurodegenerative come l'Alzheimer e il Parkinson sono state per lungo tempo avvolte nel mistero. Da qui le difficoltà di contrastarle con terapie adeguate, capaci di alleviare le sofferenze dei pazienti e dei loro cari. Michele Vendruscolo, professore di biofisica all'Università di Cambridge, è tra i massimi esperti al mondo delle origini molecolari di queste patologie e nel suo laboratorio si studiano le cure oggi più avanzate. Cinquantasette anni,

laureato in fisica a Trieste, un dottorato alla Sissa (Scuola internazionale superiore di studi avanzati) di Trieste, Vendruscolo ha lavorato al Weizmann Institute in Israele e all'Università di Oxford prima di trasferirsi a Cambridge. Al centro delle sue ricerche vi sono le alterazioni nelle strutture delle proteine delle malattie neurodegenerative, analizzate però con un approccio multidisciplinare: fisica, chimica, genetica e medicina, come pure l'Intelligenza artificiale, vengono combinate nel tentativo di trovare farmaci che possano prevenire, ritardare o curare. Il professore interverrà a Sci 2024, il congresso nazionale

della Società chimica italiana organizzata al centro congressi Allianz MiCo di Milano dal 26 al 30 agosto, che vedrà la partecipazione di grandi scienziati internazionali. In questa intervista spiega come per Alzheimer e Parkinson, nonostante le difficoltà, stiano emergendo speranze e opportunità.

Professore, nel suo laboratorio studiate il



fenomeno del «misfolding proteico», ossia il ripiegamento anomalo delle proteine. In cosa consiste e perché è così importante?

Nel nostro corpo moltissime funzioni biologiche vengono svolte dalle proteine: molecole a forma di catena che, per funzionare correttamente, devono ripiegarsi e assumere una forma precisa. Può accadere che questo processo non avvenga correttamente e una proteina si pieghi in maniera anomala. Per contrastare tale fenomeno, il nostro organismo possiede meccanismi di controllo capaci di rimuovere le proteine anomale, che potremmo definire «proteine-spazzatura». Ma quando invecchiamo questi meccanismi di rimozione funzionano meno bene e le proteine-spazzatura si accumulano.

E si formano le cosiddette placche amiloidi...

Esattamente. E la presenza di queste placche è associata a vari tipi di declino cognitivo tra cui Alzheimer e Parkinson. Intendiamoci, perché le placche si formano ci vogliono decenni di accumulo. Ma siccome l'età media è cresciuta, ecco che sono cresciuti anche i pazienti. Oltre i 60, ogni cinque anni di età il rischio di sviluppare queste malattie raddoppia, e dopo gli 80 anni a soffrirne sono circa un terzo degli anziani.

Ogni malattia neurodegenerativa è causata da un tipo di «misfolding» proteico?

Io lo spiegherei così. Immagini diverse metropoli in cui la nettezza urbana non funziona bene e i rifiuti non vengono

mai rimossi del tutto. In una città gli operatori potrebbero lasciare un po' di plastica, in altre di carta, e a lungo andare tutto ciò si accumula inesorabilmente. Bene, con le malattie neurodegenerative accade qualcosa di simile. Nel caso della «città Alzheimer», ad accumularsi sono rifiuti chiamati peptidi Abeta, nella «città Parkinson», rifiuti definiti alfa-sinucleina, nella SLA «spazzatura» detta TDP-43 e così via.

Quindi l'obiettivo della ricerca è sviluppare farmaci specifici contro questi accumuli.

Certo. A seconda della malattia degenerativa saranno diverse le proteine anomale da rimuovere, diverse le regioni del cervello incriminate e diversi i sintomi dei pazienti.

A che punto siamo nello sviluppo di queste molecole?

Risponderei facendo un paragone con la storia delle cure contro il cancro. Negli anni Settanta una diagnosi di tumore era come una condanna a morte. Poi sono stati sviluppati i primi farmaci che erano sì relativamente poco efficaci, ma rallentavano la progressione della malattia. Infine, man mano che sono stati compresi meglio i meccanismi cellulari, le terapie sono diventate sempre più efficaci al punto da rendere molti tipi di cancro malattie croniche, non fatali nel breve termine.

E nel caso delle malattie neurodegenerative?

Fino a pochi anni fa non ne conoscevamo a sufficienza le cause e sviluppare nuovi medicinali era impossibile. Ma ora che abbiamo capito che sono causate dall'accumulo di proteine anomale - la teoria amiloide - stanno

uscendo i primi farmaci, sebbene siano capaci solo di rallentare la malattia e non di sconfiggerla.

A quali si riferisce?

Penso a farmaci contro l'Alzheimer come l'aducanumab o come lo stesso donanemab che è sotto sperimentazione e sarà approvato da varie agenzie a breve. Sono tutti anticorpi monoclonali che sembrano rallentare il decorso della malattia.

Ma non la sconfiggono del tutto, giusto?

Il problema degli anticorpi monoclonali, al cui sviluppo ha contribuito in piccola parte anche il nostro laboratorio, è che tendono a provocare effetti collaterali, a volte seri.

Bisogna tenere presente, a questo proposito, che normalmente gli anticorpi non possono passare la barriera ematoencefalica e raggiungere i neuroni.

Invece questi farmaci sono somministrati in modo da permetterne la penetrazione nel cervello, ma a costo di conseguenze indesiderate.

Quindi evitare questi effetti collaterali è il punto chiave delle sue ricerche?

Sì, stiamo cercando di costruire piccole molecole in grado di penetrare la barriera ematoencefalica e rimuovere gli accumuli proteici senza provocare troppi danni. Penso che saranno i farmaci del futuro, capaci di bloccare totalmente l'evolversi della malattia.

Quanto tempo ci vorrà?

Per quelli iniziali, dai cinque ai dieci anni, anche se probabilmente non saranno del tutto efficaci. Il mio ottimismo deriva dal fatto che nella



ricerca siamo di fronte a un cambiamento epocale grazie all'Intelligenza artificiale: questa ci permette di sostituire esami sperimentali, che richiedevano anni di studi e milioni di euro di costi, con test al computer, che richiedono ore e qualche migliaia di euro.

Tutto ciò vale anche per il Parkinson?

Sì, con la differenza che in questo caso i farmaci non solo devono passare la barriera ematoencefalica ma anche la membrana cellulare per penetrare nella cellula. Sono sostanzialmente molecole contro i corpi di Lewy, cioè contro i depositi di Alfa-sinucleina. Anche qui sono allo studio piccole molecole molto promettenti. È solo una questione di tempo, ci vorranno pazienza e impegno ma ci arriveremo.

Di recente la rivista *Jama Neurology* ha pubblicato uno studio secondo cui un test del sangue sarebbe in grado di diagnosticare l'Alzheimer con 15 anni di anticipo. Cosa ne pensa?

Il test misura i livelli della proteina P-tau217, un biomarcatore che segnala la presenza della malattia almeno 15 anni prima dell'insorgenza di sintomi, come perdita di memoria e declino cognitivo. Sono sviluppi importanti: se so in anticipo che in un paziente si stanno accumulando certe proteine anomale, posso indirizzarlo meglio al tipo di test clinici necessari per individuare il farmaco adatto. Non solo. Per sviluppare medicine sempre migliori, è fondamentale poterle monitorare l'efficacia misurando biomarcatori.

E come considera le recenti scoperte sul genoma, per esempio che basta una copia della mutazione del gene APOE3 per ritardare l'esordio dell'Alzheimer di cinque anni?

Se c'è un difetto in questo gene, il rischio di Alzheimer cresce. Viceversa, se è presente una variante genetica più efficace, proprio come APOE3, il pericolo diminuisce. Questa notizia

conferma l'ipotesi amiloide e apre alla possibilità di un test genetico che dica chi è a rischio e chi no.

Visto il suo ottimismo, che consiglio darebbe a una persona che ha un familiare con una malattia neurodegenerativa?

Quello di tenersi informato sulle scoperte più recenti leggendo articoli divulgativi. Essere in una casa di cura e assumere terapie sintomatiche probabilmente non apre grandi speranze, ma entrare a far parte di una sperimentazione clinica sì. È quindi fondamentale sapere che si stanno programmando test per nuovi farmaci e cercare di farne parte.

Una recente sentenza della corte d'appello di Milano stabilisce che i costi dell'Rsa per i malati di Alzheimer vanno imputati al sistema sanitario e non alle famiglie. Lei, che ha vissuto in diversi Paesi, crede che lo Stato dovrebbe farsi carico di questi pazienti?

Una cosa è sicura: le malattie

neurodegenerative sono un problema dell'intera società. Oggi dobbiamo avere chiaro in mente che l'età media si allunga e la probabilità di ammalarsi di demenza è alta, circa un terzo oltre gli 80 anni. Siccome queste patologie coinvolgono totalmente chi deve stare vicino ai malati, la maggior parte delle famiglie prima o poi deve affrontare questo problema. Che dunque riguarda tutti. E i politici dovrebbero prendere una decisione, non solo se farsi carico dei costi delle cure, ma anche se investire nella ricerca per sviluppare strumenti migliori di prevenzione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Alzheimer è dovuto alla formazione di placche amiloide



Michele Vendruscolo ricerca le origini molecolari delle patologie all'Università di Cambridge



NEUROSCIENZE, COSÌ POTREMO «SPEGNERE» ANSIE E PAURE

Facci a pagina 16



Cancellare la paura?

Lo studio sulla neurostimolazione per «spegnere» la memoria dei traumi e disinnescare l'ansia. Che però è troppo complessa per avere un semplice interruttore

di **Filippo Facci**

La fanno facile. «Identificata area cerebrale che inibisce paura e ansia» titolava ieri un'agenzia di stampa internazionale. Poi ancora: «Torino, stimolazione magnetica per ansia» titolava un'agenzia italiana che citava «una nuova ricerca pubblicata sulla prestigiosa rivista scientifica eLite». Siccome un «prestigiosa» non si nega a nessuno, dev'essere la nostra ignoranza a farci ricordare per esempio «Scientific american», «Science», «Frontiers in Neuroscience», «Monde» e poche altre riviste: ora conosciamo anche ELite. Interessante, comunque: una lettura superficiale suggerirebbe una sorta di interruttore per la patologia del nuovo millennio (l'ansia, assieme alla depressione) che basterebbe spegnere o accendere in un'area cerebrale ora appunto identificata: ecco una possibile soluzione alle imposizioni di una società dagli standard sempre più veloci, sempre alla ricerca di nuovi traguardi e obiettivi. Sarà così? No, ovviamente. Siamo troppo ignoranti, dunque ripassiamo: l'ansia esiste ufficialmente più o meno dalla fine dell'Ottocento (solito Freud) e i primi farmaci tranquillanti fecero capolino dopo la Seconda guerra mondiale per via dei danni psicologici che ne derivarono sulle masse; oggi per ansia si intende una

complessità di emozioni (paura, apprensione, palpitazioni, respiro corto, somatizzazioni varie) e in altre lingue la chiamano anche angoscia o fobie diversificate, panico, i famosi disturbi «ossessivo compulsivo» o «post traumatico da stress».

Ma leggiamo: «I ricercatori hanno applicato una sessione di Stimolazione Magnetica Transcranica focalizzata sulla corteccia prefrontale anteriore una settimana dopo che i partecipanti avevano appreso la valenza avversiva di uno stimolo». È una «vecchia» Tms, appunto una Stimolazione Magnetica Transcranica che viene usata da molti anni per esempio per ripristinare le aree cerebrali alterate dall'utilizzo ripetuto di cocaina e per molti altro, forse troppo. Funziona, ha funzionato? Sì e no, come ogni cura, e a seconda che ci si imbatta in un medico serio o in un ciarlatano. Ma qui, invece, la cosa si fa seria: «In questo studio, per la prima volta, la Tms è stata applicata alla parte mediale della cor-



il Giornale

teccia prefrontale anteriore, un'area presente quasi esclusivamente nella specie umana e nei primati non-umani». In molte famiglie di scimmie, ossia. «Quando, dopo la neurostimolazione, veniva ripresentato ai partecipanti lo stimolo minaccioso, il gruppo stimolato mostrava risposte nettamente inferiori rispetto al gruppo di controllo sottoposto ad una stimolazione placebo». Qui per capirne davvero toccherebbe comporre la rivista, perché le risposte «nettamente inferiori» non vengono quantificate (l'intervallo percentuale è tutto, nelle ricerche statistiche) e comunque fa niente, è interessante lo stesso: «L'attenuazione delle risposte emotive persisteva in modo duraturo anche nel

lungo termine, senza più dover ricorrere alla neurostimolazione».

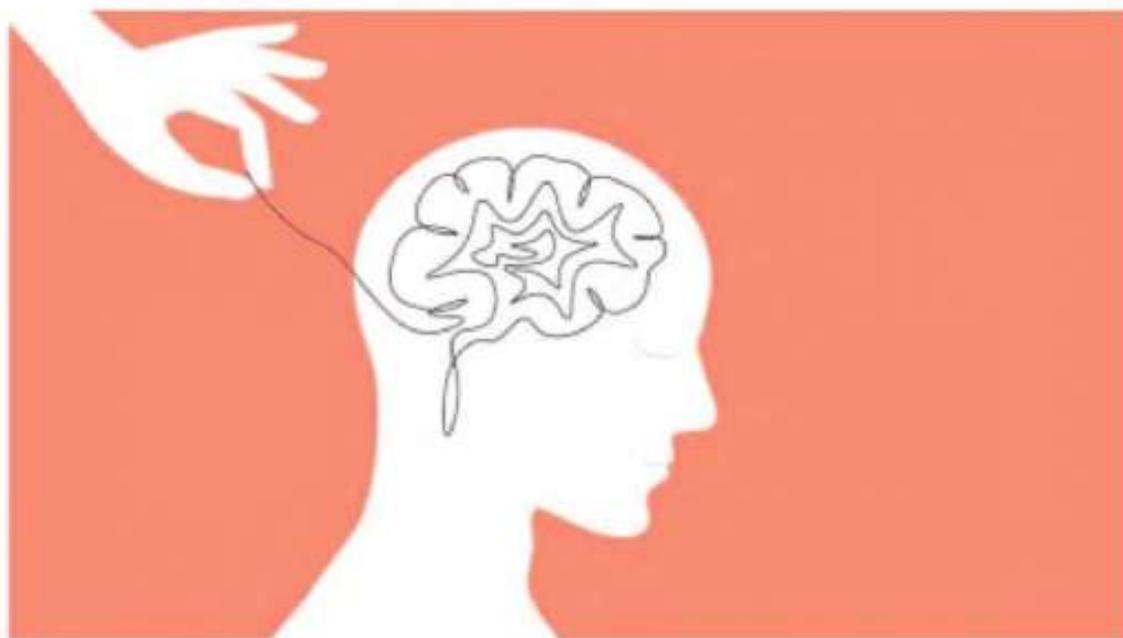
Pur ricordando l'evento traumatizzante, insomma, i partecipanti non hanno avuto danni alla corteccia prefrontale del caso. Bene. E a questo punto chiederebbero molti soggetti ansiosi, eternamente indecisi tra il medicalizzare ogni stato d'animo o rassegnarsi all'ansia esistenziale come condizione anche normale della vita: e quindi? E quindi, anzitutto, diamo merito a una scienza medica che procede per piccoli passi (soprattutto quando seria) e quindi ai ricercatori del caso, che si chiamano Eugenio Manassero, Benedetto Sacchetti e Raffaella Ricci, tutti dell'Università di Torino. I quali dicono così: «Questa ricerca mette in luce un nuovo strumento

che potrebbe in futuro affiancarsi in modo complementare e sinergico ad altre strategie terapeutiche per aiutare tutte le persone che soffrono di un disturbo d'ansia». Complementare. Sinergico. Altre strategie. La scienza medica procede per piccoli passi. Anche molto piccoli. Senza troppa ansia.

LA RIVISTA

I ricercatori dell'Università di Torino hanno pubblicato lo studio sulla rivista americana «eLife»

Gli «impulsi magnetici transcranici» si affiancheranno in futuro ad altre strategie terapeutiche anti-fobie. Non in modo esclusivo ma complementare: la scienza procede per piccoli passi



Numerosi studi scientifici confermano l'efficacia dell'innovativo approccio alla respirazione. Il trattamento è particolarmente valido nel Disturbo ossessivo compulsivo, patologia sempre più frequente fra i giovani

Il metodo Mindfulness per rasserenare i pensieri

LO STUDIO

Preoccupazioni eccessive su pulizia e ordine a livello personale e dell'ambiente circostante, e rituali quotidiani messi in atto, attraverso precise azioni ripetute, per tenere sotto controllo la posizione di oggetti e lo stato delle cose: potrebbero essere campanelli di allarme del DOC (Disturbo Ossessivo Compulsivo), che affonda le radici in paure e ansie irrisolte e, solo in Italia, si stima coinvolga circa 2 milioni di persone, con un aumento dell'incidenza, dal post Covid in poi, specialmente nell'età evolutiva.

LE PERCENTUALI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha classificato il DOC come la decima causa di disabilità al mondo per gli individui tra i

15 e i 44 anni, e si calcola che fra l'1 e il 3 per cento degli adolescenti soffre di Disturbo Ossessivo Compulsivo: l'incidenza massima si registra tra i 15 e i 25 anni, che è la fascia di età in cui, nel 65 per cento dei casi, il DOC inizia a manifestarsi; i primi segnali si possono avere già nell'infanzia, ma l'esordio avviene prevalentemente in età adolescenziale. Se, a seguito di test e visite specialistiche, viene fatta la diagnosi di DOC, l'adolescente può essere seguito da uno staff multidisciplinare (incluso un neuropsichiatra infantile, che potrebbe consigliare un percorso farmacologico di supporto) o solo da uno psicoterapeuta esperto di terapia cognitivo comportamentale.

LA TERAPIA

Il DOC è fonte di disagio per l'intera famiglia, e anche i genitori sono supportati in un percorso psicologico. A ideare un approccio terapeutico rivoluzionario per la cura del Disturbo Ossessivo Compulsivo (ripreso dalle università di Shanghai, Harvard e Oxford), è un italiano, il professor Fabrizio Didonna, psicoterapeuta esperto in meditazione e Mindfulness, docente di Psicologia Clinica alla facoltà di Medicina dell'Università di Padova, direttore del Centro Internazionale di MBCT per il DOC a Vicenza, visiting professor alla Jiao Tong University di Shanghai e docen-

te all'Università di Barcellona. È lui il fondatore di un innovativo modello terapeutico che abbina la psicoterapia cognitivo comportamentale alla Mindfulness, stato mentale di consapevolezza del presente, non giudicante né reattivo, che aiuta a sviluppare

un rapporto sano con la percezione di sé e del mondo esterno. Questa nuova metodologia per contrastare il DOC è sintetizzata nel manuale "Terapia Cognitiva basata sulla Mindfulness per il DOC" (edizioni Erickson), scritto dal professore e tradotto in 6

lingue (www.mbctforocd.com). "Come insegnano le neuroscienze", afferma Didonna, "la mente si può allenare, così come il corpo."

LE TECNICHE

L'utilizzo delle tecniche di Mindfulness sviluppa consapevolezza e favorisce l'addestramento mentale, al fine di sostituire le abitudini disfunzionali con nuo-

vi modi di affrontare l'esperienza". "Il percorso prevede il incontro (individuali o di gruppo), in cui si svolgono esercizi statici o dinamici per imparare a relazionarsi con i propri pensieri, emozioni e sensazioni fisiche", spiega l'esperto, "e gruppi di mantenimento post terapia". Nelle singole sessioni, utilizzando il respiro come una sorta di "ancora", si riesce a sviluppare una modalità non reattiva e normalizzante verso gli stimoli che

attivano il disturbo. Uno studio scientifico di *Frontiers in Psychiatry* ha evidenziato che tale protocollo terapeutico è efficace almeno quanto la terapia farmacologica, e i risultati si mantengono nel tempo. Per la formazione dei professionisti della salute mentale in questo metodo esistono corsi specialistici. Su Roma i gruppi terapeutici si svolgono a settembre al Centro Psicoterapia EMDR, condotti da Serena Banchetti, psicoterapeuta specializzata nel programma MBCT per il DOC (www.centropsicoterapiaemdr.it).

Maria Serena Patriarca

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CONGELARE, LA MATERNITÀ

di Maddalena Bonaccorso

Se da un lato l'Italia è a «natalità sottozero», dall'altro si afferma la moda del *social freezing*, cioè del congelamento degli ovociti a scopo non sanitario ma «sociale»: si prelevano gli ovuli quando la donna è in età fertile - meglio tra i 20 e i 36 anni - e si sottopongono a vetrificazione (un tipo di congelamento immediato che evita la formazione di cristalli di ghiaccio) in modo da poterli utilizzare in futuro, quando si avrà un lavoro stabile e si sarà pronte per una gravidanza.

La tecnica non è nuova, ma se prima la crioconservazione era solo sanitaria, cioè veniva utilizzata unicamente da chi rischiava di perdere la funzionalità ovarica a causa di chemioterapia, radioterapia e interventi demolitivi, adesso la tentazione di «mettere in cassaforte» gli ovuli quando sono giovani e di qualità è molto più sentita: si calcola, infatti, che dal 2021 il numero di donne che richiede la crioconservazione aumenti di circa il 20 per cento l'anno.

Il magico mondo dei vip, come sempre, fa tendenza: la top model lodigiana Bianca Balti ha annunciato che regalerà alla figlia Matilde il *social freezing*, nel giorno del suo ventunesimo compleanno, considerandola una scelta di libertà che consente alle donne di svincolare il desiderio di maternità dall'aver un partner e una relazione stabile.

Così come l'attrice newyorkese Sienna Miller, che ha spiegato di aver congelato i suoi ovociti perché «la biologia è crudele». Nel suo piccolo, anche l'attrice della serie televisiva *Mare fuori* Ludovica Coscione ha fatto sapere di stare

valutando il *social freezing*, in quanto importante gesto femminista.

Ma, dichiarazioni ardite a parte, è davvero tutto oro quel che luccica? No, ovviamente: «Innanzitutto, occorre dire chiaramente alle donne» spiega il ginecologo Adolfo Allegra, presidente dell'Associazione nazionale Cecos Italia (Centri conservazione ovociti e spermatozoi) «che l'età ideale per congelare i propri ovociti è tra 25 e 36 anni. Questo perché più si è giovani, più gli ovociti sono di qualità e più chances si hanno di concludere con successo la gravidanza anche quando si sarà avanti con gli anni: l'ovocita, infatti, mantiene l'età che ha alla data del prelievo. Se si sono congelate a 28 anni, a 40 (quando eventualmente si deciderà di utilizzarle) le uova avranno comunque un'età biologica di 28. Però è bene chiarire che congelare i propri ovociti non garantisce il "bimbo in braccio": non sempre si riesce a ottenere una gravidanza, perché il successo non dipende soltanto dalla qualità degli ovuli».

La medicina non è matematica, e quasi infinite sono le variabili che possono intervenire in un processo lungo, complicato e costoso: prima di procedere al prelievo degli ovociti occorre sottoporsi a un ciclo di stimolazione ovarica (procedura che comunque comporta alcuni rischi) e poi a un piccolo inter-



vento in anestesia per prelevare le uova.

In Italia, il Servizio sanitario nazionale rimborsa la crioconservazione a chi deve ricorrere a questa tecnica per motivi sanitari, e non a chi intende invece solo fare social freezing per posticipare una gravidanza che non vuole portare avanti nell'immediato. In questo caso occorre rivolgersi a centri privati: «I costi, per un ciclo di crioconservazione, variano da 3.000 a 3.500 euro» continua Allegra. «Se si decide di sottoporsi a questa tecnica da giovani può bastare una sola stimolazione, perché spesso con un unico prelievo si ottengono 10-12 uova. Se, invece, ci si sottopone alla tecnica quando si sono superati i 36 anni la possibilità di dover fare due o tre stimolazioni con ripetuti prelievi ovocitari aumenta. Oltre al costo del trattamento bisogna aggiungere, nel nostro Paese, quello dei farmaci per la stimolazione ovarica, quindi altri 1.500 euro circa.

Inoltre, alcuni centri chiedono anche un compenso per ogni anno di crioconservazione degli ovociti».

Un investimento economico importante, quindi. Ma ne vale la pena? E siamo sicuri che, dopo tanti anni dal prelievo, l'ovocita non risulti danneggiato e dunque inutilizzabile? La certezza, ovviamente, non esiste ma le

percentuali sono incoraggianti: «A prescindere dall'età della donna al momento del prelievo» dichiara Renato Seracchioli, ordinario di Ginecologia e Ostetricia presso l'Università degli Studi di Bologna e direttore dell'Unità Operativa di Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione umana dell'Ospedale Sant'Orsola, «circa l'80 per cento degli ovociti non si deteriora e sopravvive, mentre gli altri sono inutilizzabili. Al Sant'Orsola, dove effettuiamo solo crioconservazioni per motivi sanitari perché siamo un ospedale pubblico e il Servizio sanitario nazionale non rimborsa gli interventi per motivi sociali, abbiamo avuto una gravidanza andata a buon fine a 14 anni dal prelievo ovocitario».

Riguardo al social freezing, c'è anche da dire che quella che a 30 anni può sembrare un'assicurazione sulla futura gravidanza, dunque una buona idea, dopo un po' di tempo può non rivelarsi tale. E questo è il motivo per cui solo una percentuale molto bassa delle donne che vi ricorrono tornano nei centri per l'intervento di reimpianto: «In media, su 100 donne che congelano gli ovociti solo otto o nove tornano per farsi impiantare» conclude Allegra. «Questo perché, se sono molto giovani restano incinte spontaneamente, mentre se sono più anziane magari non trovano il

partner e arrivate a 41-42 anni decidono di non voler portare avanti una gravidanza. Chiariamo il fatto che stiamo parlando di ovociti, non fecondati: non sono embrioni e quindi possono essere distrutti o donati per la ricerca».

Intanto il fenomeno cresce a tal punto che negli Stati Uniti già il 20 per cento delle grandi aziende offre copertura sanitaria alle dipendenti che intendono intraprendere questa strada. «Spesso le donne che ricorrono al social freezing sono reduci da delusioni sentimentali» commenta il ginecologo Fabrizio Cerusico, responsabile clinico del centro Rapru di Roma e docente Università Unicamillus. «Oppure scoprono, magari dopo tanti anni di convivenza, quando l'orologio biologico comincia a farsi sentire, che i compagni non vogliono figli: è la molla che fa scattare in loro il desiderio e l'esigenza di assicurarsi una riserva di ovociti».

Purtroppo, senza troppe garanzie: non c'è un bambino nel congelatore, ma solo la speranza di poterlo avere. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

