



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

20 APRILE 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Neurochirurgia pediatrica in Sicilia, intesa con Napoli: «Entro l'estate al via il reparto»

Il Commissario straordinario dell'Arnas Civico annuncia che sarà coinvolto Giuseppe Cinalli dell'ospedale pediatrico Santobono-Pausilipon di Napoli.

PALERMO. Entro l'estate del 2023 la Sicilia avrà la tanto attesa **Neurochirurgia pediatrica**. Lo annuncia il commissario straordinario dell'Arnas Civico di Palermo, **Roberto Colletti**, dando notizia di un'intesa con l'ospedale pediatrico **Santobono-Pausilipon** di Napoli in base alla quale il noto neurochirurgo **Giuseppe Cinalli** dovrebbe supportare il costituendo reparto presso l'azienda ospedaliera palermitana.

Nei mesi scorsi l'Arnas aveva tentato invano di affidare il Servizio di assistenza medica, infermieristica e consulenza medica specialistica di supporto alla neo costituenda UOC: **due bandi**, infatti, erano andati deserti. Ora, appunto, la decisione di optare per una strategia diversa tramite questa intesa che potrà contare pure sulle professionalità del Civico.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Tumori: nuova Tomotherapy in funzione all'Irccs di Candiolo



(ANSA) - TORINO, 19 APR - Una nuova Tomotherapy di ultima generazione è entrata in funzione nel reparto di Radioterapia dell'Istituto di Candiolo-IRCCS rinnovando ulteriormente il suo parco tecnologico. L'apparecchiatura è arrivata dagli Stati Uniti a fronte di un investimento da parte della Fondazione Piemontese per la Ricerca sul Cancro di oltre 3 milioni di euro.

Per l'utilizzo della Tomotherapy, basata sulla tecnologia Igrt (terapia radiante guidata dalle immagini) è stato allestito uno speciale bunker, strutturato con pareti, porte, soffitti e sistemi tecnologici adatti a questo tipo di macchinari. "Con la Tomotherapy è possibile trattare tutte le patologie oncologiche, tuttavia tale apparecchiatura è particolarmente indicata per tutte quelle situazioni in cui è richiesta un'alta collimazione della dose con un notevole risparmio degli organi critici, come ad esempio i tumori del distretto testa-collo, del polmone o della prostata, oppure per quelle situazioni in cui sono richiesti campi di radioterapia estesi, come ad esempio i sarcomi delle parti molli degli arti, o infine per tumori a ridosso di strutture complesse come il midollo spinale", spiega il dottor Marco Gatti, direttore della Radioterapia dell'Istituto, un reparto nel quale vengono curati ogni anno più di mille pazienti - La Fondazione Piemontese per la Ricerca sul Cancro - afferma



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

il Presidente Allegra Agnelli - "è costantemente impegnata a dotare l'Istituto di Candiolo delle migliori tecnologie per dare sempre più speranze di guarigione ai pazienti. Lo possiamo fare grazie al sostegno di aziende, enti, associazioni e decine di migliaia di persone, che ci dimostrano la loro vicinanza attraverso le donazioni e il 5X1000". Candiolo è l'unico istituto piemontese ad essere dotato di due Tomotherapy.



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

SANITÀ

Approvati i nuovi livelli di assistenza

Daliso a pagina 10

I Lea sbloccati dopo sei anni «Sanità, via le diseguaglianze»

VIVIANA DALOISO

Che per la sanità italiana si tratti di una svolta è scritto nel tempo trascorso perché ci si arrivasse: dopo sei interminabili anni di attesa, ieri è stato finalmente approvato il decreto che aggiorna il tariffario sui nuovi Livelli essenziali di assistenza (i cosiddetti Lea), ossia i livelli minimi di assistenza che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire ai cittadini. Una mossa che, in buona sostanza, rende applicabili gli stessi Lea, fermi dal 2017 nel limbo dei rimpalli tra i governi (che hanno provato a più riprese a chiudere la partita) e le Regioni (che hanno sempre considerato insufficienti le risorse messe a disposizione da Roma).

A intestarsi esplicitamente il merito dell'operazione è il ministro della Salute Orazio Schillaci: «In sei mesi siamo riusciti a sbloccare una situazione ferma da sei anni, che ci consegnava in molte regioni, prestazioni ambulatoriali obsolete. Sei anni è un lasso di tempo inaccettabile per un paese moderno quale è l'Italia» ha spiegato ai giornalisti, ricordando le tante volte «in cui sono venuto qui al ministero da rettore, da preside, da presidente di un'associazione. Ero sicuro che il giorno dopo si sarebbe fatto e invece sono dovuto diventare ministro per vederlo realizzato». Ma, rivendicazioni politiche a

parte, il decreto tariffe che ha incassato il via libera della Conferenza Stato-Regioni ha i numeri per incidere concretamente sulla vita quotidiana di milioni di cittadini: dagli esami genetici alle terapie oncologiche all'avanguardia fino alle protesi altamente tecnologiche, le nuove prestazioni (che prima avevano carattere quasi "sperimentale", oppure erano eseguibili in sicurezza solo in regime di ricovero) sono oltre 400 - si passa da 1.702 a 2.108 - e da oggi possono essere erogate in ambito ambulatoriale. L'applicazione dei nuovi Lea avrà una tempistica distinta: dall'1 gennaio 2024 saranno applicate le tariffe della nuova assistenza specialistica ambulatoriale e dall'1 aprile 2024 quelle dell'assistenza protesica. Ci saranno, ha detto Schillaci, «tante opportunità nuove che prima non c'erano» e, soprattutto, saranno «opportunità per tutti», sull'intero territorio nazionale, perché l'obiettivo è «garantire a tutti i cittadini le stesse nuove prestazioni, superando dunque le diseguaglianze tra le Regioni». E se è vero che il Ssn «ha viaggiato a diverse velocità» il ministro assicura che vigilerà sull'applicazione dei nuovi Lea. Per questi ultimi sono state previsti 402 milioni di euro, ma sul fronte delle risorse Schillaci si dice ottimista: «Da domani - ha spiegato - parte un tavolo di monitoraggio con il ministero dell'Economia e valuteremo eventuali nuovi fondi e anche

nuove prestazioni da aggiungere. Se emergesse cioè la necessità di una maggiore spesa per i Lea rispetto alla somma stanziata, maggiore spesa che qualcuno quantifica in 200 milioni, vi faremo fronte». La prospettiva è inoltre quella di arricchire ancora i nuovi Lea con ulteriori voci. Di sicuro, secondo le intenzioni di Schillaci, le prestazioni sanitarie garantite dal Ssn dovranno essere aggiornate al passo con gli avanzamenti scientifici.

L'approvazione del decreto tariffe è stata anche l'occasione per fare il punto sul finanziamento complessivo della sanità. Nessun taglio, ha ribadito il ministro. «Qualcuno scrive che questo governo ha tagliato le spese per il 2024, 25 e 26. Ma il Def pubblicato e che si riferisce tra l'altro alla spesa e non al Fondo sanitario - ha spiegato ancora Schillaci - è uguale a quello dell'aprile 2022 che assegnava il 6,3% e il 6,22% sul Pil. Esattamente come quest'anno». Ed ancora: «Non è nel mio costume fare polemiche inutili, ma andando a usare il parametro della spesa pubblica sul Pil, quest'anno siamo al 6,8% ed è il valore più alto dal 2011, tolto ovviamente l'anno del Covid. In assoluto, abbiamo distribuito 136 miliardi. Anche io vorrei avere 50 miliardi da mettere sulla sanità ma è impensabile in un anno avere 50 miliardi. E chi poteva in passato - ha concluso il ministro - non lo ha fatto».

LA SVOLTA

Disco verde delle Regioni al decreto tariffe: oltre 2mila le prestazioni garantite, si parte dal primo gennaio 2024 per la specialistica ambulatoriale e ad aprile 2024 per la protesica. Il ministro Schillaci: «Un giorno importantissimo»



LIVELLI ASSISTENZIALI

**Sanità, ok al decreto: oltre
400 nuove cure gratuite**

Via al decreto tariffe che rende applicabili i nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea): previsto l'accesso a oltre 400 nuove cure gratuite o con pagamento di ticket. — a pagina 6

Sanità, dopo sei anni oltre 400 nuove cure gratuite dal 2024

Livelli essenziali di assistenza. Con il sì al decreto sulle tariffe si amplia il numero delle prestazioni del Ssn: dagli esami diagnostici alle protesi

Esami genetici e per malattie rare, diagnosi e monitoraggio della celiachia, nuovi test prenatali, terapie oncologiche all'avanguardia come l'adroterapia, ma anche ausili informatici per i disabili gravi (come i comunicatori oculari per i malati di Sla), apparecchi acustici digitali, nuove carrozzine, arti artificiali a tecnologia avanzata fino alle tecniche di procreazione assistita più utilizzate da garantire in tutta Italia.

Erano attesi da ben sei anni - rinviati sempre per problemi di copertura economica - e finalmente ieri con il via libera al decreto tariffe diventeranno applicabili dal 2024 i nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), ovvero le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini gratuitamente o con il pagamento di un ticket. I Lea nella versione aggiornata erano stati approvati nel 2017, ma mai attuati per la mancanza, appunto, del decreto che definisce le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica. Decreto che ha avuto ieri l'ok definitivo dalla Conferenza Stato-Regioni e che di fatto amplia le prestazioni del Ssn: «Aspettare 6 anni per l'aggiornamento dei Lea è inaccettabile in un Paese moderno», ha spiegato ieri il ministro della Salute Orazio Schillaci soddisfatto di questo via libera a pochi mesi dal suo arrivo al dicastero.

In particolare diventano 2108 le prestazioni di specialistica ambulatoriale rispetto alle 1.702 del 1996: si tratta di oltre 400 nuove prestazioni, anche se in realtà più che un semplice aumento di cure c'è una revisione profonda del nuovo nomenclatore che include prestazioni che, seppure già erogate, sono descritte o organizzate diversamente. Si tratta in particolare di procedure diagnostiche e terapeutiche che prima avevano carattere quasi sperimentale oppure erano eseguibili solo in ospedale, mentre oggi possono essere erogate negli ambulatori o in day hospital.

Scende invece da 1.315 a 1.063 il numero dei dispositivi presenti nel tariffario per le protesi e gli ausili con l'esclusione di alcuni apparecchi ormai "invecchiati" e l'ingresso di nuove tecnologie attese da molto tempo dai disabili.

Il pacchetto di prestazioni di assistenza specialistica entrerà in vigore però solo dal 1 gennaio del 2024 mentre quelle per la protesica dal 1 aprile sempre del prossimo anno. Un lasso di tempo questo che sarà impiegato per capire se i 402 milioni di euro già stanziati per coprire i nuovi Lea sono sufficienti o c'è bisogno di ulteriori risorse (si parla di 200 milioni) che potrebbero entrare nella prossima manovra.

Al di là dell'aggiornamento dei li-

velli essenziali resta comunque il problema dell'esigibilità delle cure già oggi teoricamente garantite troppo spesso solo sulla carta soprattutto in alcune Regioni. L'ultimo aggiornamento di febbraio scorso sul rispetto dei Lea vede ben 10 Regioni - quasi tutte del Sud - sotto la soglia di sufficienza nell'erogazione delle cure a cui hanno diritto tutti i cittadini: «Vigileremo ancora di più, perché la vera sfida è assicurare a tutti le stesse opportunità di cura».

— Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Resta il nodo delle cure da garantire allo stesso modo in tutta Italia con 10 Regioni che oggi sono sotto la soglia minima



Presentati i livelli essenziali di assistenza

Fecondazione assistita e protesi hi-tech
la nuova frontiera degli ospedali pubblici

ROMA Definiti i nuovi standard della sanità pubblica. Garantiti anche fecondazione assistita, genetica e protesi hi-tech.

Il ministro Schillaci: «Risultato storico». Test e cure erano ferme

me da molti anni.
Evangelisti
a pag. 6



Fecondazione assistita, genetica e protesi hi-tech: la rivoluzione in ospedale

► Definiti i nuovi standard della sanità pubblica. Schillaci: «Risultato storico»
► Test e cure erano ferme da molti anni. «Con il Mef troveremo i fondi necessari»

IL CASO

ROMA Più prestazioni garantite dal sistema sanitario nazionale. Soprattutto più moderne, visto che la lista di esami, cure e analisi non era aggiornata da sei anni (ma i tariffari sono addirittura di fine anni Novanta). Più controlli sulle Regioni perché ci sia una applicazione omogenea delle scelte in modo che il paziente della Calabria abbia le stesse opportunità di quello dell'Emilia-Romagna o del Veneto. Infine, una scelta legata alla fine della pandemia: il 30 aprile scade l'obbligo delle mascherine all'interno degli ospedali, non sarà prorogato. Sono queste le novità annunciate ieri dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, che aveva anticipato qualche settimana fa in una intervista al Messaggero: via libera in Conferenza Stato-Regioni all'intesa sui due tariffari per le presta-

zioni di specialistica ambulatoriale e di protesica (in tutto oltre 3mila voci) che attuano il decreto sui nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea). Cosa sono? L'elenco delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. Spiega Schillaci: «È un risultato molto importante, siamo arrivati da 6 mesi e siamo riusciti a sbloccare i Lea. È un segnale fortissimo che va nella direzione di sbloccare le disegualianze». C'è però un problema di fondi. Schillaci: «Parte un tavolo di monitoraggio sui nuovi Lea con il Mef. Sono stanziati 402 milioni ma valuteremo con il tavolo eventuali nuovi fondi e anche nuove prestazioni da aggiungere. Sono venuto al ministero tante volte da rettore, da preside, da presidente di un'associazione scientifica. Ero sicuro che il giorno dopo si sarebbe fatti e invece sono dovuto diventare Ministro per vedere approvati i Lea».

Ma quali sono le novità più rilevanti? In che modo i Lea incide-

ranno sulla vita quotidiana dei cittadini, sulla loro salute, sulla possibilità di ottenere cure ed esami negli ospedali pubblici? Partiamo dai tempi: «Le disposizioni del decreto entrano in vigore dal 1° gennaio 2024 per quanto concerne le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dal 1° aprile 2024 per quanto concerne le tariffe dell'assistenza protesica». Inoltre si parla di una serie di prestazioni diagnostiche e terapeutiche che a fine anni Novanta erano solo sperimentali o che si potevano ottenere solo con il ricovero. Il Ministero della Salute ha diffuso alcuni esempi delle inno-



vazioni: ci sono le prestazioni di procreazione medicalmente assistita (Pma) («fecondazione in vitro con o senza inseminazione intracitoplasmatica omologa; fecondazione in vitro con o senza inseminazione intracitoplasmatica eterologa con ovociti a fresco»); non sono reali novità, ma la mossa è garantire l'applicazione su tutto il territorio; ci sono aggiornamenti per la medicina palliativa, la riabilitazione, la radioterapia. Per l'attività diagnostica ci sono novità sul fronte delle malattie rare («prestazioni per la diagnosi o il monitoraggio della celiachia e malattie rare a beneficio di persone fragili con problemi potenzialmente gravi»), della tutela delle gravidanze e del nascituro con nuovi test garantiti. E poi la genetica: «Oltre all'elenco delle specifiche prestazioni di Ge-

netica molecolare e di Citogenetica, è definito un elenco puntuale di patologie per le quali è necessaria l'indagine genetica». Aggiornate le tecnologie per la radioterapia. Altri esempi importanti per le protesi: ausili informatici e di comunicazione (ad esempio i comunicatori oculari e le tastiere); apparecchi acustici a tecnologia digitale; arti artificiali a tecnologia avanzata. L'obiettivo della riforma è anche dare una spinta allo smaltimento delle liste di attesa. Il ministro: «L'applicazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza è il punto cruciale su cui vigilare in tutte le regioni».

ARTIGLI

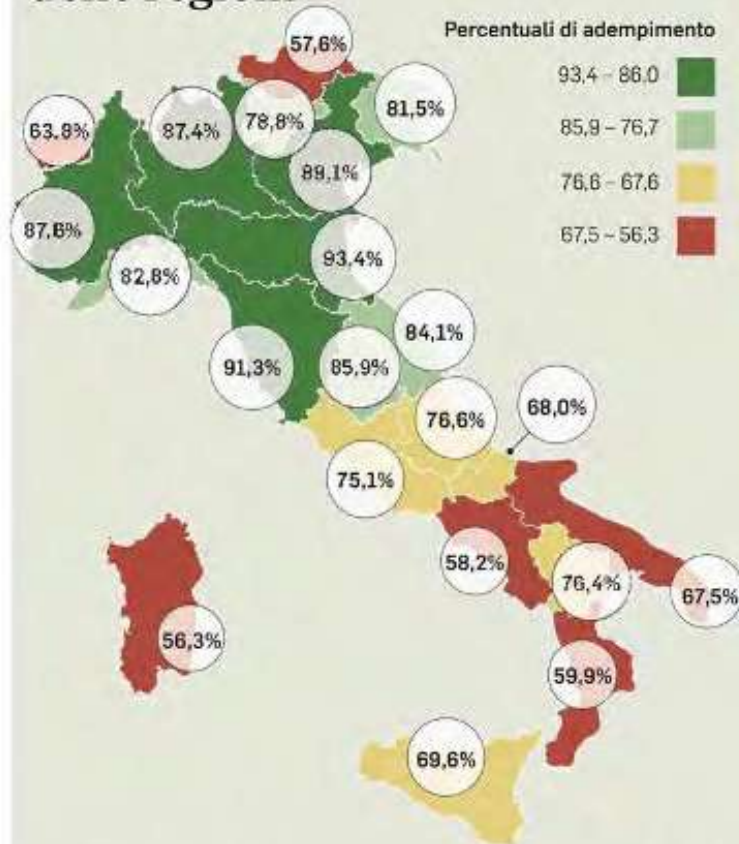
Schillaci, di solito misurato, ha tirato fuori gli artigli replicando alle critiche: «Qualcuno scrive che questo governo ha tagliato le spe-

se per il 2024, 25 e 26. Ma il Def, che è stato pubblicato e che si riferisce tra l'altro alla spesa e non al Fondo sanitario, è uguale a quello dell'aprile 22 che assegnava il 6,3% e il 6,22% sul Pil. Esattamente come quest'anno. Non è nel mio costume fare polemiche inutili, ma siamo al 6,8% ed è il valore più alto dal 2011». Altra stiletta sui "medici a gettone" che rappresentavano uno spreco economico per la sanità pubblica: «Il provvedimento sui gettonisti è una cosa alla quale qualcuno ha dato poca importanza. Ma dovevo scoprire io che c'erano medici pagati 4 volte in più per lavorare nel Ssn?».

Mauro Evangelisti

**NIENTE PROROGA
PER LE MASCHERINE
NEI NOSOCOMI:
LA SCADENZA
DEL 30 APRILE
SARÀ DEFINITIVA**

I livelli essenziali di assistenza delle regioni



FIRMATO IL DECRETO: STANZIATI 400 MILIONI

Malattie genetiche e rare, oncologia d'avanguardia e procreazione assistita: le nuove cure garantite

Lea rinnovati dopo 6 anni: 3mila prestazioni pubbliche. Schillaci: basta differenze tra regioni

Maria Sorbi

■ Procreazione assistita, androterapia, terapie oncologiche d'avanguardia, 110 malattie rare riconosciute. E quasi 3mila prestazioni garantite dal sistema sanitario nazionale. Finalmente, dopo sei anni di attesa (che per un malato sono un'infinità), sono stati aggiornati i Lea, i livelli essenziali di assistenza, cioè le cure usufruibili via ticket. Un elenco pronto dal 2017 ma mai attuato per la mancanza del decreto che definisce le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica. Decreto che ora ha avuto l'ok definitivo dalla Conferenza Stato-Regioni. Un giorno «importantissimo» lo ha definito il ministro della Salute Orazio Schillaci, perché l'obiettivo è «garantire a tutti i cittadini le stesse nuove prestazioni, superando dunque le disegualianze tra le Regioni».

La spesa sarà di 402 milioni di euro ma ulteriori fondi e prestazioni, ha assicurato il ministro, saranno valutati.

LE DIAGNOSI

Si introducono prestazioni per la diagnosi o il monitoraggio della celiachia e malattie rare (ad esempio per le malattie

metaboliche) a beneficio di persone fragili. Via libera anche a nuova diagnostica per immagini in grado di consentire diagnosi più rapide ed affidabili, come l'Angio RM per vari distretti. Inoltre si introduce la enteroscopia con microcamera ingeribile per i casi di sanguinamento: si tratta di una metodologia che fa uso di videocapsule monouso che è indicata in quei casi di difficile esplorazione dell'intestino.

Arriva anche la sedazione cosciente per i pazienti sottoposti a endoscopia e biopsie per garantire esami indolori e confortevoli. Nuovi test per la tutela della gravidanza e del nascituro.

GENETICA E TUMORI

È definito un elenco di patologie per le quali è necessaria l'indagine genetica. Per i tumori, sono introdotte tecniche molecolari per evidenziare, in corso di biopsia o di intervento chirurgico, stati mutazionali per una migliore caratterizzazione. Introdotto un nuovo tipo di radioterapia che si avvale degli ioni carbonio o dei protoni per il trattamento di alcuni tumori.

PROCREAZIONE ASSISTITA

Tutte le prestazioni Pma, di procreazione medicalmente as-

sistita, entrano nei Lea e verranno erogate in modo uniforme in tutta Italia, dando una nuova possibilità alle coppie.

MALATTIE RARE

Vengono inserite 110 nuove malattie rare, come la sarcoidosi, la sclerosi sistemica progressiva, la miastenia grave, le sindromi da neoplasie endocrine multiple, gli iperinsulinismi congeniti, le malattie perossisomiali, le sindromi da deficit congenito di creatina, le piastri-nopatie autoimmuni primarie croniche.

LE PROTESI

È prevista la rieducazione motoria con apparecchi di assistenza robotizzati ad alta tecnologia. Tra le prestazioni previste rientrano gli ausili informatici e di comunicazione (inclusi i comunicatori oculari e le tastiere adatte per persone con gravissime disabilità), gli apparecchi acustici a tecnologia digitale, le attrezzature domotiche e sensori di comando e controllo per ambienti (allarme e telesoccorso), le posaterie e suppellettili adattati per le disabilità motorie, la barella



il Giornale

adattata per la doccia, gli scooter a quattro ruote, le carrozzine con sistema di verticalizzazione, sollevatori, i carrelli servoscala per interni, gli arti artificiali a tecnologia avanzata e sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo.

LE PROSSIME MOSSE

Se approvare un elenco di prestazioni scritto nel 2017 fa sorgere il dubbio che vengano sdoganate cure «nate vecchie», il ministro Schillaci promette un «arricchimento della lista con ulteriori voci» con l'obiet-

tivo di stare «al passo con gli avanzamenti scientifici». «Aspettare 6 anni per l'aggiornamento dei Lea - ha affermato Schillaci - è inaccettabile in un Paese moderno». L'approvazione del decreto tariffe che di fatto rende applicabili i nuovi Lea, è stata anche l'occasione per fare il punto sul finanziamento complessivo della sanità. Nessun taglio, ha ribadito il ministro. «Qualcuno scrive che questo governo ha tagliato le spese per il 2024, 25 e 26. Ma il Def pubblicato e che si riferisce tra l'altro alla spesa e non al Fondo sanitario - ha spiega-

to Schillaci - è uguale a quello dell'aprile '22 che assegnava il 6,3% e il 6,22% sul Pil. Esattamente come quest'anno». Ed ancora: «Non è nel mio costume fare polemiche inutili, ma andando a usare il parametro della spesa pubblica sul Pil, quest'anno siamo al 6,8% ed è il valore più alto dal 2011, tolto ovviamente l'anno del Covid».



LA SVOLTA Approvato l'elenco di prestazioni sanitarie atteso dal 2017. Prossimamente verranno aggiornate le voci delle cure «per stare al passo con le novità scientifiche»



Medici a gettone: ancora un anno e non solo nei pronto soccorso

Stretta meno rigida

Una modifica al Dl bollette dovrebbe prorogare l'uso anche per gli altri reparti

Marzio Bartoloni

La stretta sui gettonisti, i medici e gli infermieri esterni assoldati a costi spesso esorbitanti per coprire i buchi di organico negli ospedali, prevista nel decreto bollette potrebbe allentarsi. Il giro di vite voluto fortemente dal ministro della Salute Orazio Schillaci che si è trovato a dover arginare questo fenomeno esplosivo con molti abusi già molto prima che arrivasse al dicastero potrebbe prevedere una deroga temporanea per non lasciare i reparti ospedalieri scoperti e addirittura a rischio chiusura. Tra i 600 emendamenti piovuti ieri al provvedimento ora all'esame della Camera nelle commissioni Finanze e Affari sociali potrebbe arrivare infatti il via libera a una modifica chirurgica che di fatto amplierà ancora la possibilità di affidare appalti per il periodo transitorio di 12 mesi non solo nei pronto soccorso (i servizi di emergenza-urgenza, gli unici per i quali il decreto prevede l'uso dei gettonisti) ma anche in altri servizi diversi. L'emendamento dovrebbe consentire anche la possibilità di una proroga dei contratti attualmente in essere per i gettonisti.

I dettagli su questa modifica dovrebbero arrivare la prossima settimana quando si cominceranno a votare gli emendamenti: «L'inten-

zione - come fa sapere il presidente della commissione Affari sociali Ugo Cappellacci (Ff) - è quella di arrivare nella seconda settimana di maggio in aula per il primo via libera».

Del resto subito dopo l'approvazione della norma che prevede palletti strettissimi per ricorrere agli "esterni" pagati a gettone era arrivata da più parte la richiesta di una exit strategy graduale: gli ultimi sono stati i pediatri della Sip (Società italiana pediatria) che nei giorni scorsi hanno ricordato come «la stretta decisa dal governo sul ricorso ai pediatri a gettone è giusta e condivisibile, ma occorre trovare una strategia di uscita per garantire la sopravvivenza di molti reparti di Pediatria».

Il ministro Schillaci però ha rivendicato ancora una volta il pugno duro sui gettonisti sul quale non vuole arretrare: «Il provvedimento che abbiamo effettuato è una cosa alla quale forse qualcuno ha dato poca importanza. Dovevo arrivare io e scoprire che c'erano medici pagati 3 o 4 volte di più? Prima non se ne era accorto nessuno? Eppure questo fenomeno esisteva da un anno e mezzo. Perché - si è chiesto ieri Schillaci - si è dovuto pagare 3 volte di più delle persone per farle lavorare nel sistema pubblico? I gettonisti esistevano da un anno e mezzo».

Sempre ieri il ministro è interve-

nuto anche sullo stop all'obbligo delle mascherine in ospedale previsto fino al 30 aprile: oggi si riuniranno gli esperti per valutare gli ultimi dati sul Covid - contagi e morti sono in costante calo da settimane - e dunque - (come anticipato sul Sole 24 Ore del 15 aprile) «sicuramente andremo verso un allentamento della morsa che non riguarderà però tutti i reparti». L'idea infatti è quella di mantenere l'obbligo nei reparti «per i pazienti a rischio e immunodepressi», ha chiarito ancora Schillaci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La deroga temporanea serve a far lavorare i reparti con maggiori carenze di personale che rischiano la chiusura



Medici e infermieri esterni. Verso una proroga temporanea ai gettonisti in corsia



Polizze sanità, via libera ai requisiti minimi

Legge Gelli

Il Consiglio di Stato dà l'ok nonostante la contrarietà di alcune sigle professionali

Maurizio Hazan

Ok del Consiglio di Stato al decreto che fissa i requisiti minimi delle polizze assicurative (e delle «altre analoghe misure» di autorizzazione del rischio, cioè l'autoassicurazione) per le strutture sanitarie e chi esercita le professioni sanitarie. Il provvedimento, pubblicato il 14 aprile, riguarda lo schema di Dm che attua l'articolo 10, comma 6, della legge Gelli (24/2017), pur con forte ritardo.

È un sostanziale «via libera»: a giugno il Consiglio aveva sospeso il giudizio, chiedendo integrazioni documentali e approfondimenti su alcune questioni sollevate dall'Ania anche sull'introduzione di un meccanismo del tipo bonus-malus, la disciplina delle eccezioni opponibili, il diritto di recesso dell'assicuratore e la regolazione dei fondi di autoassicurazione.

L'ultimo parere afferma che lo schema di decreto è conforme alle finalità della legge primaria e alla tutela dei danneggiati, delle strutture sanitarie e di chi esercita le professioni sanitarie.

Sui singoli punti dibattuti, il Consiglio di Stato si limita a suggerire alcune modifiche, non sostanziali. Si pensi alla – discutibile – in-

troduzione di un meccanismo di variazione tariffaria, tipo bonus malus in relazione alla sinistrosità o comunque con diminuzione del premio in funzione delle azioni in+traprese per mitigare il rischio. Nonostante le critiche, oggi è apprezzata per calmierare i premi.

Nessun rilievo sulla disciplina delle eccezioni opponibili, dei massimali e neppure sulle disposizioni di governo del rischio e di valutazione dei sinistri, ritenute congruenti con gli obiettivi di «sicurezza delle cure» dell'articolo 1 della legge Gelli.

Il parere dà solo atto della contrarietà espressa da alcune associazioni professionali all'inserimento nel regolamento del rinvio alla disposizione dell'articolo 38-bis del Dl 152/2021 che subordina l'operatività delle coperture assicurative al regolare adempimento degli obblighi di formazione continua in medicina.

Nel complesso, sono dettagli che parrebbero preludere al varo definitivo del decreto. Ma il condizionale è d'obbligo: è in corso un dibattito sull'opportunità di intervenire sulla manutenzione della legge 24/2017. Da considerare, prima di tutto, la riforma della responsabilità penale di chi esercita la professione sanitaria. Ma anche

i regimi di responsabilità civile e amministrativa, del danno risarcibile e dei sistemi di conciliazione meritano alcuni ripensamenti.

È noto che la difficoltà di assicurare il settore dipende non tanto dagli assetti delle polizze obbligatorie, ma dalla difficile sostenibilità di una conflittualità molto costosa. L'idea di temperarne gli impatti anche con un sistema di governo dell'alea terapeutica (incluse le infezioni nosocomiali) andrebbe presa in considerazione. Ma ci sono interrogativi sull'opportunità di licenziare un decreto attuativo che potrebbe non integrarsi con eventuali interventi di riforma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Si con poche riserve
ai ritocchi su bonus
malus, eccezioni
opponibili, recesso
e autoassicurazione**





Dir. Resp. Marco Tarquinio

Madri in affitto, supermarket Georgia

Abbandonata l'Ucraina, il turismo procreativo globale fa rotta verso Tblisi, dove le agenzie per la surrogazione di maternità si moltiplicano. Come le donne sfruttate

ANTONELLA MARIANI

Le coppie arrivano dalla confinante Turchia e dalla lontana Cina, da Israele e dalla Germania, dalla Spagna e dalla Gran Bretagna. La domanda è salita esponenzialmente da un anno, da quando cioè l'Ucraina è stata attaccata dalla Russia: il turismo procreativo verso Kiev si è interrotto e se ne è avvantaggiata la Georgia, Paese in cui la maternità surrogata è regolata per legge dal 2007. Da allora sono nati migliaia di bambini. Il problema, oggi, è proprio l'eccesso di domanda: in un Paese di 3,7 milioni di abitanti, come trovare tutte le madri surrogate richieste dal mercato mondiale dei figli su commissione? In Georgia operano 20 cliniche, concentrate soprattutto nella capitale Tblisi e a Batumi, città al confine con la Turchia, accanto a un numero indefinito di agenzie di mediazione: sono loro a occuparsi del reclutamento delle madri surrogate e in questi ultimi mesi si stanno muovendo per "importare" giovani donne da Paesi ancora più poveri. Sono loro che curano l'abbinamento con le coppie committenti (che la legge vuole sposate, eterosessuali e in possesso di un certificato medico di impossibilità a procreare), a controllare che durante la gravidanza le donne sotto contratto assumano regolarmente le medicine, si sottopongano alle visite prescritte e rispettino tutti gli accordi riguardo ad esempio l'alimentazione, l'attività fisica, i rapporti sessuali (vietati sempre, perfino con il marito).

Anche il compenso è più o meno standard: dai 15 ai 20mila dollari (un decimo del costo negli Stati Uniti) per ogni gravidanza andata a buon fine, di cui una quota erogata mensilmente con un assegno di 300 dollari. In caso di parto gemellare è previsto un bonus di 2mila dollari. La legge prevede che madre surrogata e coppia committente siglino davanti a un notaio un contratto che specifica nel dettaglio diritti e doveri. Il 99% dei clienti sono stranieri: europei, cinesi, israeliani, turchi e statunitensi, da un anno anche australiani, canadesi e irlandesi. «Dallo scoppio della guerra in Ucraina, la richiesta per noi è molto alta», osserva Tamar Gvazava, a capo di una delle più quotate agenzie di intermediazione con all'attivo 3mila bambini nati, interpellata dalla giornalista di *Radio Liberty* Nino Tarchnishvili, in un lungo reportage pubblicato nell'ottobre 2022. «Stiamo cercando modi per portare madri surrogate dai Paesi vicini, trasferire qui gli embrioni, poi farle tornare nei loro Paesi e, negli ultimi mesi di gravidanza, riportarle in Georgia per partorire».





L'Ufficio per la vita e la famiglia della Chiesa cattolica - una sparuta minoranza (i fedeli sono lo 0,8% della popolazione) - svolge una preziosa attività di sensibilizzazione, raccogliendo le voci delle madri surrogate, che in Georgia così come altrove sono l'anello debole della catena del business. Una delle vicende riguarda una coppia georgiana che è stata biecamente truffata: la clinica infatti li ha informati, a gravidanza quasi terminata, che il bambino era morto, senza però darne prova e comunque intascando tutti i risparmi che i due avevano racimolato per inseguire il sogno di diventare genitori.

A conferma che l'utero in affitto è una pratica che si basa sulla disuguaglianza economica e sullo sfruttamento delle donne più povere ci sono le testimonianze raccolte dalla giornalista Tarchnishvili. C'è la voce di Nino, 38 anni, incinta di due gemelli per conto di una coppia cinese che pagherà 15mila dollari alla consegna del bebè. È alla sua seconda gravidanza surrogata: ha deciso di sfruttare l'ultima possibilità (l'età massima consentita per legge è 39 anni) perché vive in una baracca. «L'affitto ci ha divorato», dice, e spera, con il compenso, di poter comprare una «piccola casa» per sé e i tre figli. Nino racconta dei malesseri provocati dalla grande quantità di medicine che è costretta a prendere, dell'incubo di partorire prematuramente e quindi di mandare a monte il contratto.

C'è poi il racconto di Salomè, alla sua terza surrogazione di maternità, la prima nel 2013, quando aveva appena 20 anni, era già madre e poverissima, sen-

za nemmeno un tetto stabile sulla testa. Dopo 12 mesi, una nuova Gpa, questa volta due gemelli per una coppia georgiana. Poi un figlio tutto suo. Ora Salomè

aspetta un bambino per una coppia straniera e sogna di comprare un appartamento tutto suo. La titolare dell'agenzia di intermediazione, Tamar Gvazava, ammette che le donne accettano di portare avanti la gravidanza per altri perché sono «senza casa, senza reddito, con mariti che fanno debiti. A causa di questo tipo di situazione potremmo considerarla come una sorta di coercizione della donna».

Gvazava spiega che la povertà induce l'80% delle madri surrogate a tornare: alcune agenzie senza scrupoli ripropongono una nuova gravidanza anche dopo soli 3 mesi dal parto, anche se le regole impongono un intervallo di almeno il doppio del tempo. Da queste - e altre - testimonianze dovrebbe essere chiaro a tutti, anche in Italia e soprattutto tra coloro che a sinistra si sbracciano per i diritti degli ultimi ma sostengono la gestazione per altri, che non di libertà di scelta delle donne si tratta ma di costrizione. Nella sua lettera per il Natale 2022 il patriarca ortodosso georgiano Ilia II ha detto che la famiglia di un bambino nato da maternità surrogata «non può essere felice». Sommerso dalle critiche, ha precisato di amare i bambini ma di giudicare inaccettabile e moralmente illecita la pratica della surrogazione di maternità.



Illustrazione di Anna Jibladze per Rferl.org





IL CASO La nostra sede diplomatica avverte sulle possibili conseguenze penali al rientro in patria

E l'ambasciata frena gli italiani in cerca di figli

Nonostante le recenti manifestazioni di piazza contro il governo filorusso e la conseguente instabilità politica, la Georgia resta uno dei Paesi vicini più attrattivi per le coppie eterosessuali che cercando un figlio con l'utero in affitto, non solo per i costi contenuti ma anche perché la legge prevede che il neonato venga iscritto sui documenti come figlio di entrambi.

Che la pratica in Georgia interessi anche coppie di nostri connazionali è provato dal fatto che nei meandri del sito dell'ambasciata italiana a Tblisi c'è una pagina dedicata, datata 18 agosto 2016, che fornisce molte informazioni interessanti.

La prima: gli uffici diplomatici, «nel supremo interesse del minore», sono tenuti a rilasciare al neonato un documento di viaggio idoneo a entrare in Italia. L'ambasciata però ricorda che è suo obbligo inoltrare l'atto di nascita al Comune di residenza, per «l'eventuale trascrizione», e che

deve necessariamente informare «delle particolari circostanze della nascita» del bambino il Comune e la Procura della Repubblica competente.

Insomma, la sede diplomatica italiana a Tblisi sembra scoraggiare o perlomeno mettere in guardia la coppia su ciò che accadrà una volta rientrata in Italia: l'atto di nascita, prima di essere trascritto nei registri di stato civile, «sarà fatto oggetto di scrupolosa attenzione rispetto a eventua-

li problemi di contrarietà all'ordine pubblico per violazione dei principi dell'ordinamento italiano in materia di procreazione medicalmente assistita».

E non è finita qui: nella pagina web dell'ambasciata si dice che, visto che normalmente l'uomo della coppia è anche il padre biologico perché fornisce i suoi gameti, se al contrario «dalle indagini dovesse emergere che la donna indicata come madre non ha donato l'ovulo né ha portato avanti la gravidanza (cioè nella to-

talità dei casi di Gravidanza per altri, ndr), l'ufficiale di stato civile non potrà trascrivere gli atti di nascita nei registri di stato civile e gli interessati incorreranno nel reato di cui all'art. 567 Codice penale, che comporta per gli indagati, in casi di condanna, la pena accessoria della decadenza della potestà genitoriale». Uomo (e donna) avvisato... (A.Ma.)

Alle cliniche georgiane si rivolgono anche coppie di nostri connazionali, che vengono ammonite sul fatto che l'atto di nascita verrà segnalato alla Procura italiana competente





Dir. Resp. Marco Tarquinio

STATI UNITI Rinvio dei giudici

La Corte Suprema «salva» la Ru486 Per altri due giorni

ELENA MOLINARI

La battaglia legale che imperversa negli Stati Uniti sulla legalità del mifepristone (Ru486) si è complicata ulteriormente. La Corte Suprema, che aveva accettato di pronunciarsi d'urgenza sulla legalità della pillola abortiva, ieri sera ha preso tempo, segnalando la difficoltà a raggiungere una maggioranza. I nove giudici costituzionali hanno esteso la sospensione del divieto di vendere il mifepristone di 48 ore. Intanto GenBioPro, la società che produce la maggior parte delle pillole abortive vendute negli Stati Uniti, ha citato in giudizio la Food and Drug Administration (Fda), agenzia responsabile per la sicurezza dei farmaci. La causa aggiunge un altro filone al braccio di ferro su un caso depositato presso il tribunale federale del Texas in cui gruppi pro life e alcu-

ni medici hanno chiesto l'annullamento dell'approvazione del farmaco da parte della Fda. Con la sua citazione in giudizio, la GenBioPro cerca infatti di bloccare la Fda dall'ottemperare con un'eventuale ordinanza giudiziaria che renda definitivo il ritiro del mifepristone dal mercato.

Per tutta la giornata di ieri sono continuate le proteste contro e in difesa della pillola davanti alla Corte Suprema di Washington dove i nove magistrati dovevano pronunciarsi entro mezzanotte. Uno dei giudici costituzionali, Samuel Alito, la settimana scorsa aveva congelato il divieto alla distribuzione del farmaco abortivo accettando di discutere il caso insieme ai colleghi in forma urgente, per confermare o meno la sentenza del giudice federale texano Matthew Kacsmaryk. Questi aveva posto dubbi la sicurezza della pillola, bloccandone la vendita. La sentenza texana è stata poi in parte rovesciata da una corte d'appello, mentre l'Amministrazione Biden ha fatto ricorso e ottenuto un intervento della Corte Suprema. Ieri la Casa Bian-

ca ha rinnovato il suo impegno a una «lunga battaglia» in difesa della pillola abortiva. La decisione dei nove giudici si colloca dunque all'interno di un dibattito rovente sull'aborto, sia chirurgico che farmacologico. La recente disputa legale ha infatti rilanciato la corsa di molti Stati Usa a legiferare pro o contro l'interruzione di gravidanza, accelerando un processo scattato lo scorso giugno quando la Corte Suprema ha annullato la legalità dell'aborto a livello federale e trasferito a ciascuno Stato la libertà di legiferare in materia. L'ultima è stata la Florida, che ha imposto un bando a partire dalla sesta settimana.

Intanto ieri l'Organizzazione mondiale della sanità si è detta «preoccupata che il diritto delle donne di accedere a servizi di aborto sicuro, anche attraverso l'uso di medicinali, sia limitato da legislatori e tribunali».



LA TECNOLOGIA TERAPEUTICA PER BATTERE IL COVID POTREBBE RIVELARSI MOLTO UTILE ANCHE SUI TUMORI

I vaccini contro la pandemia diventeranno armi anticancro

Si punta a farmaci non più preventivi, ma da somministrare a chi ha già ricevuto una diagnosi e che servano a stimolare il sistema immunitario

La tecnologia a Rna messaggero (mRna), utilizzata con successo nei vaccini per contrastare la pandemia di Covid-19, potrebbe diventare una valida soluzione terapeutica per diversi tipi di tumore. I tempi stimati per la realizzazione di questi farmaci si sono già ridotti di parecchi anni: Paul Burton, direttore sanitario di Moderna, ha raccontato al quotidiano britannico *Guardian* che l'orizzonte temporale è fissato per la fine di questo decennio, forte anche di una serie di risultati già ottenuti sul campo, a partire dai trattamenti (ancora sperimentali) per il melanoma. Si punta in particolare alla realizzazione di vaccini terapeutici – quindi non più preventivi ma da somministrare a chi ha già ricevuto una diagnosi – che insegnano al sistema immunitario a riconoscere e a combattere le cellule tumorali già presenti.

Non farmaci universali, dunque, bensì personalizzati sul paziente: tramite biopsie vengono identificate le specifiche mutazioni cancerose, da cui si ricavano le istruzioni per attivare il sistema immunitario. Visti gli esiti soddisfacenti degli studi sperimentali, pareri favorevoli per i primi trattamenti anticancro sono già arrivati sia dall'Agenzia per i medicinali europea (Ema) sia dall'analoga statunitense Food & Drug Administration (Fda). In effetti, rispetto alle previsioni che erano state fatte, si sta procedendo a ritmo molto spedito: la pandemia ha compresso i progressi di 15 anni in poco più di uno e mezzo. I copiosi investimenti e

le incessanti ricerche dovute alla necessità di fronteggiare una crisi sanitaria globale hanno messo in moto processi tecnologici che si stimavano più lenti da attuare, con il risultato che lo scenario attuale è quello che si immaginava per gli anni Trenta. Le buone notizie non finiscono qui: sarà infatti possibile

fronteggiare, sempre grazie alla piattaforma dei vaccini a mRna, anche problemi cardiovascolari, patologie autoimmuni e malattie genetiche rare. E, almeno in linea di principio, questa tecnologia terapeutica può essere potenzialmente applicata a qualsiasi area patologica.

Se la via dell'mRna pare essere molto promettente, allo stesso tempo non è priva di ostacoli da superare, sia per la natura stessa del vettore da utilizzare che dovrà accendere e spegnere interruttori biologici, sia per raggiungere un'effettiva penetrazione delle terapie dal punto di vista culturale, normativo, economico e di democratizzazione delle cure. Inoltre, un approccio personalizzato richiede tecnologie estremamente sofisticate: identificare le mutazioni tumorali non è facile, ed è altrettanto complesso attivare correttamente il sistema immunitario per combatterle. La notizia nella notizia è che anche l'Italia è protagonista nel rapido sviluppo di queste soluzioni; infatti a questa voce sono stati destinati centinaia di milioni di euro attraverso il Pnrr, con centri attivi per esempio a Milano, Torino, Roma e Padova.

Intanto la tecnologia a mRna continua a sfornare risultati. A gennaio sono stati pubblicati dati soddisfacenti relativi a un vaccino (sempre di Moderna) contro il virus respiratorio sinciziale, capace di prevenire tosse e febbre, inoltre sono in arrivo anche un vaccino antinfluenzale – sviluppato da Pfizer – e uno contro l'Herpes Zoster e la Febbre di Sant'Antonio, a cui la stessa azienda sta lavorando insieme a Biontech. ●



STOP ALLE CURE

Alzheimer, coi nuovi farmaci danni al cervello

Un nuovo duro colpo alla ricerca contro l'Alzheimer. Si spengono le speranze riposte negli anticorpi antiamiloidi, compreso il più popolare *Lecanemab*, a cui lo scorso gennaio è stata concessa l'approvazione accelerata negli Stati Uniti. I farmaci possono causare un restringimento del cervello. Una review pubblicata sulla rivista *Neurology* mostra chiaramente che gli anticorpi monoclonali che mirano alla proteina beta-amiloidi, il cui accumulo è legato alla malattia d'Alzheimer, possono rimpicciolire il cervello e

causare gonfiore. «Non sappiamo bene le implicazioni di questi cambiamenti» afferma Jonathan Jackson, neuroscienziato cognitivo presso il Massachusetts General Hospital. «Ma questi dati sono estremamente preoccupanti ed è probabile che questi cambiamenti siano dannosi». Anche Scott Ayton, neuroscienziato del Florey Institute of Neuroscience and Mental Health di Melbourne, in Australia, commenta: «Stiamo parlando della possibilità di danni cerebrali». I ricercatori hanno scoperto che nei partecipanti alla sperimentazione clinica gli

anticorpi antiamiloidi hanno causato una perdita di volume cerebrale superiore a quella osservata nei pazienti con Alzheimer trattati con un placebo.





FRONTIERE Convegno a Milano Così la nanomedicina guiderà le terapie al centro del bersaglio

ELISABETTA GRAMOLINI

La ricerca sulle nanotecnologie è esplosa negli ultimi anni. Ciò che però è stato trasferito dal laboratorio all'ambito medico è ancora poco. Al tema oggi a Milano è dedicato un incontro dal titolo «La nanomedicina (un sogno o una realtà?)», promosso dalle Fondazioni Ambrosianeum e Matarelli. «Le problematiche più complesse riguardano le nanoparticelle inorganiche che hanno una tossicità intrinseca», spiega Fabio Corsi, docente di Chirurgia generale presso il dipartimento di Scienze biomediche e cliniche dell'Università di Milano. Sulla carta, i vantaggi potenziali dei mille esperimenti in giro per il mondo sono tanti: «Fra gli elementi più promettenti - osserva Corsi - vedo la possibilità di veicolare in sedi specifiche molecole che in altro modo avrebbe-

ro una diffusione sistemica e sarebbero tossiche. La nano-strutturazione dei farmaci tossici di cui però si conosce l'efficacia per i quali si potrebbero ridurre gli effetti collaterali. Infine vi è l'uso delle nanotecnologie come mezzi di contrasto innovativi e moderni». Lo sviluppo di nuovi materiali ha dato vita a collaborazioni anche fra laboratori e atenei differenti, come spiega Paola Petrini, docente al dipartimento di Chimica, Materiali e Ingegneria chimica "Giulio Natta" del Politecnico di Milano. «Con Sonja Visentin dell'Università di Torino e Livia Visai dell'Università di Pavia abbiamo lavorato per formare i giovani - afferma Petrini -. In particolare ci stiamo occupando delle nanoparticelle di una proteina presente nella mucosa. Le abbiamo provate con tantissimi farmaci, registrando buoni risultati. Via via che studiamo questi materiali scopriamo innumerevoli potenzialità». Quello che emerge è la trasversalità delle competenze. «Per raccogliere le sfide è stata fondamentale la formazione imprenditoriale», commenta Petrini, che aggiunge co-

me il team che ha dato vita al progetto Nanomug stia lavorando alla fondazione di una start up. Le nanoparticelle sono già in uso nella diagnostica per immagini e quelle che sfruttano la fluorescenza: «Rappresentano la prossima frontiera dell'*imaging* clinico», ricorda Maura Francolini, docente di Biologia applicata presso il dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina traslazionale dell'Università di Milano. «Nei modelli pre-clinici i risultati sono ottimi - aggiunge - e anche negli studi clinici osserviamo come siano utili al chirurgo, ad esempio per recidere il tumore o individuare i percorsi dei nervi senza danneggiarli». Da non trascurare però è l'impatto che le nanoparticelle potrebbero avere sull'ambiente: «Il tema - sottolinea - è sicuramente aperto visto che sono già presenti in molti prodotti, come dentifrici o bevande liofilizzate».





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

ALL'HUMANITAS Raccolta fondi Gara di solidarietà per “stanare” prima i tumori all’ovaio

LAURA BADARACCHI

Risalgono al 2020 le ultime stime disponibili sul tumore all’ovaio: circa 5.200 nuove diagnosi e 3.200 decessi, una sopravvivenza del 43% a 5 anni dalla diagnosi e un’aspettativa di vita di ulteriori 4 anni, pari al 55%, condizionata dall’aver superato il primo anno dopo la diagnosi. Che nell’80% dei casi avviene in fase avanzata o in stato metastatico, perché è un cancro inizialmente asintomatico. Intercettarlo precocemente e riconoscerne le diverse tipologie, così come le recidive, è il focus di alcuni progetti coordinati dal professor Maurizio D’Incalci, responsabile del Laboratorio di Farmacologia antitumorale presso l’Istituto clinico Humanitas di Rozzano (Milano) e docente di Humanitas University: studi onerosi resi possibili grazie a finanziamenti delle Fondazioni Humanitas, Alessandra Bono e Airc. Fi-

no al 30 aprile Rinascente devolverà il 10% del ricavato degli acquisti nei Beauty Bar di Piazza Duomo a Milano, e nei punti vendita di Monza e Catania. Con il suo team D’Incalci sta verificando «l’efficacia individuale di alcune terapie innovative, come gli inibitori dell’enzima Parp (Parp-inibitori): questi farmaci, particolarmente efficaci in caso di mutazioni nei geni Brca1 e 2 (presenti nel 15% dei casi del tumore dell’ovaio), si stanno dimostrando validi come terapia di mantenimento dopo la chemioterapia in alcune pazienti». Per monitorare l’evoluzione della malattia durante il trattamento, dopo chirurgia e chemio, si sta mettendo a punto «la biopsia liquida: basta un prelievo di sangue per estrarre dal plasma il Dna tumorale, misurarlo e valutare così lo stato della malattia, in combinazione con gli esami radiologici. Una procedura ancora sperimentale, che permetterà di capire se le pazienti stanno rispondendo

alla terapia: speriamo in una validazione completa entro un paio d’anni. Il protocollo permetterebbe anche di identificare, con un anticipo di circa 4-6 mesi sulle metodiche standard, il rischio di recidiva, consentendo di attuare strategie terapeutiche per contrastarla». Inoltre i ricercatori stanno analizzando «l’instabilità genomica, la “firma molecolare” del tumore all’ovaio. Sappiamo che è una caratteristica della maggioranza dei tumori ovarici, già presente all’inizio del loro sviluppo: quindi riteniamo che possa essere sfruttata per una metodica della diagnosi precoce della malattia, basata sulle tecniche di sequenziamento del Dna. Lavoriamo intensamente su questa ipotesi perché anticipare la diagnosi migliorerebbe sostanzialmente la sopravvivenza delle pazienti. Pensiamo di raggiungere l’obiettivo, abbiamo già dati incoraggianti, ma l’applicazione della nostra ricerca richiede ancora ulteriori studi».



D’Incalci

