



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

6 Giugno 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

Ospedale di Taormina, il Nursind: «Grave carenza di ostetriche»

Il sindacato ricorda i rischi per l'assistenza alle pazienti legati allo stress e alla difficoltà nell'organizzazione dei turni.

6 Giugno 2024 - di [Redazione](#)



«Gravissima carenza di personale **ostetrico** all'ospedale di **Taormina**». Lo denuncia il sindacato **Nursind** che ricorda i rischi per l'assistenza alle pazienti legati allo stress e ai turni prolungati. Secondo il sindacato esiste inoltre una concreta difficoltà nell'organizzazione dei turni «in quanto l'organico reale è di solo 4 ostetriche di cui una trasferita temporaneamente per 15 giorni e una esonerata dal lavoro notturno. Quattro ostetriche a fronte di dieci unità assegnate, ma le altre ostetriche sono in maternità, in allattamento, o in situazioni di infortunio e malattia». «Le ostetriche che garantiscono il servizio - spiegano **Ivan Alonge**, segretario provinciale, e **Vincenzo Crimi**, segretario aziendale- devono gestire turni h24, urgenze, interventi programmati e la loro presenza in sala parto. Spesso, infatti, il personale viene richiamato in servizio dal **giorno di riposo** o dalle **ferie**, e si trova a dover fare doppi turni più di 12 ore consecutive per colmare i vuoti in organico. Inoltre, oltre al mancato riposo psico-fisico, vengono compromesse le esigenze del personale che non può organizzarsi la propria **vita privata**, essendo anche minacciata la concessione delle ferie estive. Tutto ciò aumenta il **rischio clinico** esponendo l'utenza e gli stessi operatori sanitari in servizio a importanti rischi dovuti alla difficoltà nel fornire un'assistenza adeguata».

Schillaci: i soldi ci sono le Regioni li spendano

PAOLO RUSSO

«Mi fanno sorridere le accuse della Schlein sull'assenza di coperture al decreto che taglia le liste di attesa. Le nostre ci sono e hanno tanto di bollinatura del Mef, quelle del suo disegno di legge sono state bocciate dal Centro studi della Camera», attacca il ministro della Salute. - PAGINA 17

L'INTERVISTA

Orazio Schillaci

“Negli ospedali inefficienze indegne I soldi ci sono, le Regioni li spendano”

Il ministro della Salute risponde alle accuse e difende il decreto che punta a tagliare le liste d'attesa
“Con le nuove regole il privato verrà penalizzato. Sarà direttamente il Cup a indirizzare l'assistito”

PAOLO RUSSO
ROMA

«Mi fanno sorridere le accuse della Schlein sull'assenza di coperture al decreto che taglia le liste di attesa. Le nostre ci sono e hanno tanto di bollinatura del Mef, quelle del suo disegno di legge che vorrebbe portare il fondo sanitario al 7,5% del Pil finanziandolo con la lotta all'evasione sono state sonoramente bocciate dal Centro studi della Camera. Anche se nessuno lo dice». È combattivo Orazio Schillaci, ministro della Salute, il giorno dopo il varo del decreto legge e del disegno di legge che promettono di abbattere la piaga delle piaghe della nostra sanità pubblica.

Possibilità di andare gratis dal privato quando la fila nel pubblico è troppo lunga, visite e accertamenti anche nei week end, innalzamento del tetto di spesa per il personale, straordinari dei medici de-tassati. Ma dove sono i soldi nel decreto?

«Tanto per cominciare per gli straordinari ci sono 250 milioni di copertura, vidimata dal Mef.

Per il resto posso farle una lunga lista di soldi già assegnati alle Regioni, vincolati all'abbattimento delle liste di attesa. Di quelli stanziati nel 2022 ci sono 100 milioni ancora non spesi. Poi c'è lo 0,4% del Fondo sanitario, oltre 500 milioni, che l'ultima manovra stanziava proprio per aggredire le liste di attesa. E per aumentare l'offerta da parte del privato convenzionato, che sempre per conto del pubblico agisce, il tetto di spesa è aumentato di 123 milioni nel 2024, 370 milioni nel 2025 e quasi 500 nel 2026. Direi che dovrebbero bastare. E comunque il decreto prevede non possano essere utilizzati per altro. E poi nel ddl c'è un altro aumento del tetto dei privati che contiamo diventi operativo nel 2025».

Un favore al privato, si obietta da più parti...

«È vero il contrario. Con le misure che abbiamo approvato contiamo di abbattere le liste di attesa che spingono milioni di cittadini a pagare il privato di tasca propria per aggirarle. Grazie a queste norme ci sarà un minore ricorso al privato che quindi verrà penalizzato e il pubblico rafforzato. Questa è la verità. Ricordo che nel de-

creto si prevede la nullità dei contratti per i privati che non mettono a disposizione nel Cup le prestazioni necessarie per curare i cittadini».

Le Regioni però sono irritate per non essere state consultate.

«I provvedimenti che abbiamo varato sono il frutto di un lungo lavoro portato avanti da un tavolo al quale hanno partecipato associazioni degli operatori sanitari, dei cittadini e un rappresentante delle Regioni che è stato presente a tutti gli incontri. Le Regioni sono protagoniste nel Servizio sanitario nazionale, ma ci tengo a dire che, tolte alcune in cui si fa davvero un buon lavoro, ce ne sono altre che proprio grazie al decreto dovranno finalmente mettere i dirigenti davanti alle loro responsabilità. Non



LA STAMPA

verso il ministero, ma verso i cittadini a cui non vengono garantite le prestazioni, soprattutto per

inefficienze organizzative davvero indegne».

Si aspettava minore rigidità dal suo collega Giorgetti?

«Giorgetti fa la sua parte di custode dei conti pubblici. Grazie anche al Superbonus, da inizio pandemia l'Italia ha accumulato altri 300 miliardi di debito e con questi numeri qualunque governo deve fare i conti. Nel decreto ci sono i soldi che potevamo mettere e comunque abbiamo inserito le norme più importanti per i cittadini e per nessun altro. Perché io non sono candidato da nessuna parte e non faccio spot elettorali a nessuno».

La possibilità di ricorrere al privato quando l'attesa è troppo lunga esiste già, ma nessuno la applica. Perché d'ora in avanti non dovrebbe più essere così?

«Perché quel decreto del 1998 prevedeva un percorso arzigogolato, con il cittadino che prima doveva documentare il mancato rispetto dei tempi massimi di attesa, poi scrivere una Pec al direttore generale sperando di non dover anche chia-

mare un avvocato per ottenere il rimborso dei costi sostenuti. Ora invece tutto viene semplificato: è l'azienda che trova la prestazione senza richiedere pagamenti anticipati. Da ora in poi il cittadino non potrà essere lasciato solo, per legge».

Sarà direttamente il Cup a indirizzare l'assistito dal privato?

«Sì, avendo tutte le agende del pubblico e del privato a disposizione potrà ricollocare la visita medica in libera professione dentro gli ospedali o gli accertamenti nelle strutture private accreditate. Tutto però a tariffe regionali concordate».

A proposito di Cup, oggi non funzionano granché bene, non è così?

«È così perché tanto il pubblico che il privato spesso non comunicano tutti i posti in agenda disponibili. Il primo perché ha paura di far vedere che eroga troppo poche prestazioni, il secondo al contrario perché non vuol mostrare di guadagnare tanto. Ora invece, pena sanzioni o la perdita della convenzione con l'Ssn, le agende dovranno essere in tutto e per tutto unificate e questo finirà per far aumentare l'offerta ri-

ducendo i tempi di attesa».

Il tetto di spesa per il personale viene aumentato quest'anno per essere abrogato il prossimo. Vuol dire che le Regioni saranno libere di assumere?

«Sì ma non a casaccio. Perché se da un lato abbiamo abolito un vincolo anacronistico che nessuno aveva tolto in 20 anni, dall'altro con l'Agenas stiamo mettendo a punto un sistema per valutare i fabbisogni di personale, caso per caso, in modo da immettere forze fresche dove ce ne è effettivamente bisogno».

Dietro le liste di attesa c'è anche il conflitto di interessi dei medici con il doppio lavoro?

«Questo no, perché la libera professione negli ospedali è limitata. Il guadagno medio è di 20 mila euro lordi l'anno. Però esistono situazioni che vanno corrette: sospendendo la libera professione, come fa il decreto, quando le prestazioni private superano quelle erogate nel pubblico. Abbiamo trovato Asl dove si fanno 9 elettrocardiogrammi in regime Ssn e 90 privatamente. E questo non è colpa dei medici ma dell'assenza di controlli. Che nel decreto abbiamo pre-

visto siano stringenti».

Chi controllerà che tutto questo venga poi applicato?

«Prima di tutto viene istituito un monitoraggio delle liste d'attesa con una piattaforma nazionale presso l'Agenas. Pensi che fino ad oggi nessuno ha pensato di rilevare con dati certi la dimensione del fenomeno, precludendosi così anche la possibilità di intervenire dove necessario. Poi presso il Ministero viene creato un organismo di controllo con potere anche ispettivo. Dove ci sono irregolarità scatteranno sanzioni».

Tra quanto tempo si potrà stilare un primo bilancio?

«Tra sei mesi vedremo i primi risultati delle norme che abbiamo approvato. Ma ognuno deve fare la sua parte: Governo, Regioni, Asl, medici e anche i cittadini e ora i compiti sono chiari, per legge». —

Così su La Stampa

Sul giornale di ieri il servizio sul decreto legge presentato dal ministro Schillaci: fra le misure annunciate la riduzione delle liste d'attesa per visite ed esami e l'aumento del tetto di spesa per il personale sanitario



500

milioni di euro,
la somma stanziata
dall'ultima manovra
contro le liste d'attesa



Liste d'attesa, si parte con i Cup unici regionali. Più personale nel 2025

► Anelli (Ordini dei medici): «Per gli utenti i primi benefici già entro l'anno»
In autunno verrà avviata la centrale nazionale di monitoraggio dei ritardi

IL CASO

ROMA «Si tratta di un buon punto di partenza». La sintesi è del dottor Filippo Anelli, presidente di Fnomceo (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri). «Ora - commenta Anna Lisa Mandorino, segretaria nazionale di Cittadinanzattiva - serve il passo successivo, quello della definizione dei tempi e delle risorse. Avremo preferito un decreto-legge perché avrebbe dato maggiori certezze, ma queste misure hanno comunque contenuti positivi». Il giorno dopo l'approvazione del doppio provvedimento - decreto legge e disegno di legge - sulle liste di attesa, l'attenzione si focalizza sui tempi di attuazione e sui fondi necessari. Secondo Anelli è fondamentale la creazione della piattaforma nazionale di monitoraggio delle liste di attesa. «C'era urgenza di

questo tipo di strumento perché è necessario che il Ministero della Salute possa intervenire dove ci sono tempi troppo lunghi per le prestazioni, per un esame o per una visita. Oggi nessuno conosce la situazione».

PERCORSO

Quando sarà realizzata la piattaforma? Nella migliore delle ipotesi entro la fine del 2024: il decreto dice che dal giorno della

sua conversione (dunque entro sessanta giorni) ci saranno altri due mesi per adottare «specifiche linee guida per definire i cri-

teri di realizzazione». Sempre con quei tempi, entro la fine del 2024, sarà istituito «presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria». Nel biennio 2024-2025 saranno assunti 20 impiegati che dovranno appunto vigilare sulle liste d'attesa.

Anna Lisa Mandorino, leader di Cittadinanzattiva, giudica positivamente la norma sul Cup regionale in cui dovranno esserci tutte le prestazioni disponibili, sia delle strutture pubbliche sia di quelle private. Ad oggi alcune regioni già hanno questo strumento (ad esempio Lazio ed Emilia-Romagna), ma l'obiettivo è imporlo in tutta Italia. Per arrivare a questo risultato omogeneo bisognerà aspettare il 2025. Sempre a decorrere dal 2025, si va all'innalzamento del limite sulle assunzioni, viste le carenze di personale negli ospedali.

CARENZE

Ma di certo non sarà un'operazione semplice, concordano tutti gli esperti, trovare il personale, vista la carenza in Italia di medici e infermieri. L'articolo 4 del decreto prevede anche che «le visite diagnostiche e specialistiche siano effettuate nei giorni di sabato e domenica e che

la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni possa essere prolungata».

Quando sarà possibile arrivare a tutto questo? Nessuno è in grado di fare previsioni, visto che carenza di personale e di risorse sono un ostacolo. E se è vero che il provvedimento prevede la defiscalizzazione degli straordinari per i medici, è altrettanto vero che non sarà più consentito chiudere le prenotazioni: il cittadino potrà comunque rivolgersi alla libera professione intramoenia e al privato accreditato pagando solo il ticket. Il nodo - inevitabilmente - resta di nuovo quello delle risorse. Il dottor Filippo Anelli è ottimista: «Sono convinto che nella legge di bilancio in autunno saranno trovate. La mia opinione è che per vedere i risultati concreti di queste misure in tutto il Paese sarà necessario attendere il 2025».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La sanità privata torna a correre dopo il Covid

Area studi Mediobanca

Per i 31 principali player la crescita dei ricavi raddoppia al 5,5% nel 2023. Per dimensioni domina il gruppo Rotelli seguito da Humanitas e Villa Maria

Antonella Olivieri

C'è un pre e un post Covid nel panorama della sanità privata in Italia, ma la costante è che è in crescita, specularmente al progressivo arretramento della sanità pubblica. L'ultima indagine dell'Area studi Mediobanca - che analizza i maggiori player del settore - fotografa nel 2022 31 operatori che, tutti insieme, vantano ricavi per 10,6 miliardi, l'8,7% in più rispetto al 2019, ultimo anno prima della pandemia. Nel 2020 col diffondersi del virus e la sospensione della normale attività sanitaria i ricavi avevano accusato una contrazione del 6,6%, cui aveva fatto seguito un rimbalzo del 14,5% l'anno successivo e un ulteriore rialzo del 2,7% nel 2022.

Nel 2023 l'Area studi Mediobanca stima che i ricavi dei gruppi esaminati abbiano raddoppiato la crescita dei ricavi al 5,5%. Dall'ultimo Def (documento di economia e finanza) risulta che la spesa accreditata (cioè i pagamenti statali agli istituti convenzionati) è aumentata lo scorso anno dell'1,7% e quindi si suppone che la differenza sia stata pagata di tasca propria dai cittadini che hanno ricevuto le prestazioni.

Dopo la fine dell'emergenza, il

2023 ha segnato il ritorno alla piena operatività. Ma l'era del Covid ha lasciato un'eredità pesante. Anzitutto, lunghe liste d'attesa che hanno spinto 4,5 milioni di italiani a rinunciare a esami e visite mediche (qualche volta anche per motivi economici).

Una situazione che anche nel prossimo futuro contribuirà a sostenere la spesa sanitaria privata, già arrivata a sfiorare i 74 miliardi, vale a dire il 42% del totale della spesa sanitaria in Italia che lo scorso anno ha raggiunto 176,15 miliardi.

Tanto più che le dinamiche demografiche in atto, con l'invecchiamento della popolazione, alimentano la richiesta di prestazioni, mentre la spesa pubblica per la sanità ha tirato il freno. In Italia la percentuale di ultrasessantacinquenni, che è già arrivata a un quarto della popolazione, salirà a un terzo del totale per il 2060 (nel 1950 la quota nei Paesi Ocse era mediamente del 7,6%). La spesa sanitaria pubblica in Italia, pari al 6,8% del Pil nel 2022 (percentuale scesa al 6,3% nel 2023 e prevista al 6,4% quest'anno), è dietro a Paesi come Spagna (7,3%), Regno Unito (9,3%), Francia (10,3%) o Germania (10,9%).

Al 2022 tuttavia la redditività ag-

gregata dei 31 operatori privati esaminati risultava ancora di molto inferiore all'epoca pre-Covid, con il margine operativo netto sotto di oltre il 60% ai livelli del 2019, pari all'1,8% dei ricavi rispetto al 5,3% del 2019. Il 2022 si è chiuso con una perdita aggregata di 38 milioni, con 14 gruppi su 31 in rosso. Di riflesso il Roe (return on equity) è stato negativo per lo 0,8% rispetto a un valore positivo del 5,9% nel 2019.

La classifica per ricavi vede in testa il Gruppo San Donato-San Raffaele (famiglia Rotelli) con 1.707 milioni di ricavi nel 2022, seguito da Humanitas con 1.122 milioni, Gruppo Villa Maria con 840, il Policlinico Gemelli con 799 e Kos con 683 milioni. Per redditività, nell'assistenza ospedaliera, davanti a tutti c'è Centro di medicina con un Roe del 22,2%, seguito da Humanitas (13,4%), Eurosanità (9,5%) e GHC (8,3%), mentre nella diagnostica svetta Synlab con un Roe del 39,2% e nella riabilitazione il San Raffaele di Roma col 36,3%.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CHI GUADAGNA DI PIÙ

Campioni di redditività
Nel 2022 la redditività aggregata dei gruppi esaminati dall'Area studi Mediobanca era ancora inferiore del 60% ai livelli del 2019. In rosso 14 operatori su 31. Sul versante opposto, nel settore ospedaliero, Centro di medicina vanta invece, sempre nel 2022, un Roe del 22,2%, Humanitas del 13,4%, Eurosanità del 9,5% e GHC del 8,3%. Svetta Synlab nella diagnostica con un Roe del 39,2% e nella riabilitazione il San Raffaele di Roma col 36,3%.



Sanità e istruzione, ecco i posti preferiti per continuare a lavorare nel pubblico

IL FOCUS

ROMA Gli ultimi dati Istat sulle condizioni di vita dei pensionati forniscono un identikit preciso delle persone in quiescenza che continuano a lavorare, nel pubblico ma anche nel privato. Tre su dieci possiedono un diploma mentre il segmento dei laureati rappresenta oltre un quinto del totale. L'età media dei pensionati che lavorano è progressivamente cresciuta: nel 2021, infatti, il 78,6% aveva almeno 65 anni (l'asticella si fermava al 77,4% nel 2019) e il 45,4% ne aveva almeno 70 (contro il 41,8% registrato prima della pandemia). L'età media dei pensionati con redditi da lavoro superava quindi i 69 anni nell'anno preso in osservazione.

Nel complesso, i pensionati che lavorano sono 444 mila. Sono soprattutto uomini (in oltre tre casi su quattro) e residenti nelle regioni settentrionali (in due casi su tre). Rilevante la quota di lavoratori non dipendenti, che copre da sola l'86,3% dei casi. I pensionati che lavorano nella Pa, circa 100 mila in tutto stando a stime dei sindacati, si concentrano essenzialmente in due comparti.

I SETTORI

Solo nella Sanità e nell'Istruzione,

segnala l'Istat, erano 78 mila nel 2021. Occupano quindi essenzialmente ospedali, università e istituti di ricerca. E ancora. Il 41,4% dei pensionati che lavorano, nel pubblico e nel privato, svolge una professione qualificata, una percentuale più alta rispetto al totale degli occupati (34,5%).

È invece più bassa la percentuale di pensionati che lavorano in professioni non qualificate (3,9% contro l'8%). Infine, continua l'Istat, considerando solo l'occupazione indipendente, che assorbe come detto l'86,3% dei lavoratori beneficiari di una pensione da lavoro e, quindi, merita una nota a parte, oltre la metà, il 56,3%, è rappresentato da lavoratori autonomi, il 24,9% da liberi professionisti, il 7,1% da coadiuvanti nell'azienda familiare e il 6% da imprenditori.

Se i lavoratori pubblici in quiescenza continuano a lavorare nelle pa fino a 70 anni è anche perché l'importo dell'assegno della pensione non sempre è sufficiente. Stando agli ultimi numeri diffusi dall'Osservatorio dell'Inps sulla Gestione dei dipendenti pubblici, la spesa per le pensioni dei dipendenti pubblici ha superato la soglia dei 90 miliardi di euro e l'importo medio degli assegni si attesta attualmente poco sopra i 2.200 euro (2.209,70 euro per l'esattezza).

IL TFS

La buona notizia è che la cifra risulta superiore di 147 euro rispetto al

2023. Lo scorso anno il costo complessivo delle pensioni dei dipendenti pubblici si era fermato a quota 83,3 miliardi. Le pensioni della Gestione dipendenti pubblici, al 1° gennaio 2024, erano 3.137.572, in aumento dello 0,9% sull'anno precedente. Per il 58,9% si tratta di pensioni di anzianità o anticipate. Per gli statali in pensione sussiste poi un altro stimolo che li motiva a continuare a lavorare anche a tarda età. In molti aspettano anni, e non settimane come nel privato, prima di ricevere dall'Inps i soldi del Trattamento di fine servizio, la liquidazione. Parliamo di somme che in media ammontano a 60-70 mila euro. Una cifra che pesa sulle finanze di tanti ex statali, spingendoli a trovare un nuovo incarico.

FBis

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL 41,4% DELLE PERSONE CHE NON LASCIANO L'IMPIEGO PUR AVENDO I REQUISITI SVOLGE PROFESSIONI QUALIFICATE



I pensionati che continuano a lavorare sono 444 mila. Sono soprattutto uomini (in oltre tre casi su quattro) e residenti nelle regioni settentrionali (in due casi su tre). Rilevante la quota di lavoratori non dipendenti, che copre da sola l'86,3% dei casi. I pensionati che lavorano nella Pa, circa 100 mila in tutto stando a stime dei sindacati, si concentrano essenzialmente in due comparti.



Telemedicina (e 6 mln) nel Piano sangue 2024

DI PASQUALE QUARANTA

Individuare i fabbisogni e livelli di produzione necessari a garantire l'autosufficienza di sangue, calcolare i consumi storici del plasma sul territorio nazionale, precisare gli obiettivi da raggiungere, definire le linee di indirizzo per il monitoraggio dell'autosufficienza, per la compensazione interregionale e il miglioramento di qualità, appropriatezza e sostenibilità del sistema italiano. Sono questi gli obiettivi che si pone il Programma nazionale per l'autosufficienza del sangue e dei suoi prodotti 2024 approvato nella riunione del 30 maggio dalla Conferenza stato Regioni. La fine dello stato di emergenza nazionale e la contestuale riduzione delle limitazioni che hanno contraddistinto il biennio 2020-2021 hanno comportato una progressiva ripresa dell'attività trasfusionale in modo da garantire la piena disponibilità di emocomponenti ed emoderivati utili allo sviluppo delle attività sanitarie del Paese. Al fine di un potenziamento dell'attività, sarà necessario, secondo il ministero della salute, il pieno utilizzo di tutti gli strumenti e i processi che sono già o a breve disponibili come la telemedicina, la concentrazione delle attività produttive, la razionalizzazione e l'ottimizzazione delle risorse umane impiegate e l'integrazione di nuove professionalità da integrare con quelle già esistenti ed operanti nel territorio nazionale. Oltre l'indicazione del fabbisogno sono ripartiti per ogni regione le risorse necessarie, pari a 6 milioni di euro per l'anno 2024, inerenti gli interventi di miglioramento organizzativo delle strutture dedicate alla raccolta. Il riparto avverrà sulla base dei seguenti criteri: per il 50% dell'indice di popolazione residente; per il 30% dell'indice di conferimento plasma; per il 20% dell'indice di programmazione del conferimento plasma.

— © Riproduzione riservata — ■



IL CASO

Mamma a 63 anni quando la scienza sconvolge i confini della genitorialità

MARIA CORBI

I figli non sono un diritto, ma quando nascono acquisiscono quel diritto a crescere nella loro famiglia naturale, quando que-

sto è possibile. Anche quando la coppia che li ha messi al mondo non è, sulla carta, la più adatta.

AMABILE ARCOVIO - PAGINE 22 E 23



IL CASO

Mamma a 63 anni

Donna toscana partorisce dopo la fecondazione in vitro a Kiev
Il viaggio in zone di guerra, il primo tentativo fallito, poi il successo

FLAVIA AMABILE
ROMA

È la mamma più anziana d'Italia, ha battuto ogni record partorendo a 63 anni e sette mesi, un'età in cui in genere si diventa nonni. Si chiama Flavia A., per tutta la vita ha lavorato alla biblioteca di Viareggio e si è occupata della madre che ha 93 anni. Non ha un compagno né parenti abbastanza vicini da poterli considerare la sua famiglia. Aveva soltanto un grande vuoto che la tormentava e un desiderio che si portava dentro da anni. Voleva diventare madre e non ha voluto sentire ragioni. Al ginecologo che ha provato a dissuaderla ha opposto la sua determinazione. «Hai 60 anni», ha pro-

vato a dirle circa tre anni fa il suo ginecologo, Andrea Marsili. «Non c'è stato verso. - racconta Marsili -. Riuscire a dissuadere una persona così determinata è impossibile. Si può soltanto starle accanto e fare assistenza non solo sanitaria ma anche affettiva e psicologica come è accaduto nel nostro caso».

L'ambulatorio del dottor Marsili con la moglie e gli addetti sono diventati la vera famiglia di Flavia A., il luogo dove la donna è andata a chiedere aiuto, conforto e anche semplice ascolto. Il piano per rimanere incinta, però, l'ha organizzato da sola. «Ha fatto tutto lei - racconta Marsili - Ha cercato a lungo in rete finché non ha trovato il posto dove praticavano quello che sta-

va cercando». Vale a dire la fecondazione in vitro, una tecnica da circa 15mila euro, che prevede l'unione, in laboratorio, dell'ovulo e dello spermatozoo. Dopo essere stato fecondato, l'embrione viene trasferito nell'utero materno con la speranza che attecchisca per dare inizio a una gravidanza. In Italia, superati i 50 anni, non si può



LA STAMPA

più avere accesso alla tecnica. In Ucraina, invece, non ci sono restrizioni anagrafiche: la richiesta di Flavia A. è stata accettata senza difficoltà.

Era il 2022, la guerra era appena scoppiata, andare a Kiev voleva dire rischiare di finire sotto le bombe. «La signora è partita comunque», racconta il dottor Marsili. La prima gravidanza è arrivata fino alla 14ª settimana e ormai sembrava procedere al meglio. «In genere i problemi emergono nei primi tre mesi - spiega il ginecologo -. Invece a un certo punto la signora è venuta in studio, mi ha spiegato di avere un problema e ci siamo resi conto che il tentativo era fallito. Siamo rimasti tutti molto male».

Flavia A. però non si è rassegnata. L'autunno scorso, a 63 anni, è volata a Kiev per la seconda volta. La capitale ucraina continua a essere una città dove la guerra è a ogni angolo e dove spostarsi non è semplice. A un certo punto la donna si perde. In base alle istruzioni che le hanno fornito dalla clinica Biotex

Com dove l'attendono, dovrebbe andare alla stazione degli autobus e prendere uno dei mezzi che la portano alla struttura. Flavia A. si confonde, va verso la stazione dei treni, nella struttura non sanno come rintracciarla. L'unico contatto che hanno è quello dell'ambulatorio del dottor Marsili e chiamano per spiegare che non ci sono notizie di Flavia A. «Aveva un appuntamento qui ma non sappiamo dove sia», spiegano. Dopo diverse telefonate, lo studio riesce a rintracciarla e a darle le indicazioni per raggiungere la clinica dove le viene impiantato un embrione proveniente da due giovani, un bagnino e una maestra di nuoto.

Flavia A. torna in Italia e si reca ogni settimana, a volte anche più giorni in una settimana, nell'ambulatorio del dottor Marsili. «Ha avuto un impianto doppio, una gravidanza gemellare. - racconta il ginecologo - Ma uno si è spento dopo qualche settimana senza che questo abbia avuto conseguenze sull'altro. La

signora A. non aveva patologie se non la pressione alta e il diabete. Nulla di grave fino a lunedì quando ho trovato la pressione molto alta. Ho tenuto la signora per due ore sotto controllo per accertarmi che non fosse un fatto emotivo. Poi ho deciso il ricovero e la sera è stato praticato d'urgenza un cesareo. La placenta era previa - prosegue Marsili - e c'era stato un sanguinamento ma per il resto nessun problema». È nato così il piccolo di 31 settimane e 4 giorni e 2 chili di peso.

La mamma ha appena avuto il tempo di vederlo poi il piccolo è stato portato nel reparto dei prematuri e lei in rianimazione per un problema di livelli di emoglobina e di pressione. «Era però molto felice - assicura il dottor Marsili - e al tempo stesso un po' preoccupata all'idea della quantità di fogli che doveva compilare. Non ha detto molto di più perché era ancora sotto l'effetto dei sedativi e poi è stata portata in rianimazione. Non appena sarà possibile tornerà a casa con il piccolo e speriamo che tutto va-

da bene. Da parte nostra avrà tutto il sostegno che è necessario e faremo in modo che in questi giorni si rilassi e si riprenda. Ormai sì, siamo un po' la sua famiglia e sappiamo che la cura non è solo farmacologica ma anche psicologica. Ci rendiamo conto che ci vuole un po' di follia per fare una scelta come questa ma noi l'abbiamo accolta a braccia aperte». —

“

Il ginecologo

È stanca ma felice dopo il cesareo, ci vuole un po' di follia per fare una scelta come questa ma noi l'abbiamo accolta a braccia aperte

Ho tentato di dissuaderla per ragioni di età, ma è stato impossibile, allora le sono stato vicino: aveva un grande vuoto dentro

Il piccolo è nato prematuro a 31 settimane e 4 giorni
Pesa due chili

15.000

il costo di un intervento di procreazione medicalmente assistita in Ucraina

Non ha un compagno né parenti stretti soltanto la madre di 93 anni

50

Gli anni di età in Italia oltre i quali la procreazione assistita non è più ammessa

I precedenti



Rosanna Della Corte
A 62 anni nel 1994 diventa la mamma più vecchia d'Italia



Gabriella Caruso
Mamma nel 2010 da 56 anni, la figlia le fu tolta e data in adozione



Brigitte Nielsen
L'attrice ha avuto l'ultima figlia nel 2019 quando aveva 55 anni



Ovuli congelati e gameti artificiali Le nuove frontiere della maternità

La procreazione medicalmente assistita sta facendo progressi inimmaginabili
Gli esperti: «La possibilità di rimandare la genitorialità di anni ormai è realtà»

VALENTINA ARCOVIO

Grazie ai progressi della scienza oggi sono davvero pochissimo gli aspiranti genitori costretti a rinunciare definitivamente al sogno di diventare mamma o papà. Dalla «tradizionale» fecondazione omologa, in cui vengono utilizzati spermatozoi e ovuli di entrambi i futuri genitori, alla fecondazione eterologa, dove un gamete maschile o un gamete femminile appartengono a un donatore o a una donatrice, fino ad arrivare alla maternità surrogata, oggi le vie della genitorialità stanno diventando quasi infinite. La malattia o l'età, così come il proprio status di single o anche l'omosessualità non sono più ostacoli insuperabili. «La procreazione medicalmente assistita offre svariate opportunità per aiutare le coppie che non riescono a concepire in modo spontaneo», spiega Maria Giuseppina Picconeri, membro del Direttivo Nazionale della Società Italiana della Riproduzione Umana e Fondatrice del Nike Medical Center di Roma. «È con la possibilità di congelare ovuli e spermatozoi, cioè di prelevare e conservare i gameti maschili e femminili "mettendoli in pausa" anche per decenni, oggi le coppie hanno la possibilità di rimandare la genitorialità più in là negli anni», aggiunge.

Oggi sono dunque numerose le possibilità di avere un figlio con l'aiuto della scienza, ma tra 10 anni o poco più sono previsti ulteriori progressi nel

campo della procreazione medicalmente assistita.

Gestazione per altri

Da quando la maternità surrogata, oggi vietata in Italia, è stata consentita in alcuni Paesi del mondo, come ad esempio l'Ucraina, si sono allargati ancora di più i confini per chi sogna un figlio e non può concepirlo naturalmente. «La maternità surrogata è una forma di procreazione assistita nella quale una donna, la madre surrogata, porta avanti una gravidanza per conto di un'altra persona o di un'altra coppia che acquisirà la responsabilità genitoriale del bambino», spiega Marina Baldi, genetista della SIRU. Di solito, la gestante non ha legami di sangue con il nascituro. «Perché l'ovulo con cui viene concepito il bambino è della futura madre o di una donatrice e, nella maggior parte dei casi, almeno uno dei futuri genitori ha un legame genetico con il bambino che nascerà», precisa Baldi. «Infatti, laddove è possibile si utilizzano i gameti, ovvero ovuli e spermatozoi, della coppia», aggiunge.

Gameti artificiali

La fecondazione in vitro ha fatto notevoli passi avanti tanto che, fino ad oggi, si stima che nel mondo siano nate 8 milioni di persone concepite «in provetta». Tuttavia, i tassi di successo di queste tecniche sono ancora bassi, specialmente quando vengono utilizzati ovuli prelevati in donne in età riproduttiva avanzata. «In questo caso, se si vogliono aumentare le chances, si ricorre agli

ovuli di una donatrice più giovane», evidenzia la ginecologa. Nel frattempo, ci sono sviluppi interessanti, attualmente in fase di sperimentazione molto preliminare. È il caso della creazione in laboratorio di spermatozoi e ovuli a partire da cellule della pelle «riprogrammate». Questa tecnica è chiamata gametogenesi in vitro e ha già avuto successo nei topi ed è in fase di test su cellule umane in laboratorio.

Ovaie artificiali

Un'altra tecnologia che potrebbe un giorno affrontare il problema del numero limitato di ovuli di una donna riguarda lo sviluppo di ovaie artificiali per la produzione di ovociti, per i quali gruppi di ricerca hanno già pubblicato modelli preliminari negli studi sui topi, ma sono ancora lontani dall'uso negli esseri umani. Le ovaie artificiali potrebbero anche affrontare l'infertilità prematura causata dai trattamenti contro il cancro. Per queste pazienti, la fertilità potrebbe essere preservata isolando i follicoli dal tessuto ovarico prima del trattamento contro il cancro. «In realtà, anche oggi la preservazione della fertilità avviene nelle pazienti oncologiche», precisa Picconeri. «Ci sono centri, anche pubblici, che si occupano di oncofertilità con il congelamento degli ovociti e con



LA STAMPA

il congelamento del parenchima ovarico, cioè del tessuto che avvolge la superficie delle ovaie», aggiunge.

Trapianti di utero

Un'alternativa esiste anche per le donne che non hanno un utero funzionante ed è il trapianto di utero. Fino ad oggi sono stati riportati circa 90 trapianti di utero, la maggior parte dei quali da donatore vivente, con 31 bambini nati. Lo sviluppo di questa tecnologia è avvenuto in modo estremamente rapido, negli USA in meno di 25 anni: dai modelli

murini agli studi clinici sull'uomo in 10 anni e dagli studi clinici ai pazienti del mondo reale entro un altro decennio. Ci sono alcune controversie, come i rischi che comporta per i donatori viventi: i farmaci immunosoppressori che i pazienti devono assumere e i potenziali rischi sono ancora poco chiari.

Gravidanza in vitro

Certamente più futuristica, ma non impossibile, è l'idea che le donne senza un utero funzionante possano «partorire» in futuro attraverso uteri «esogeni», una vera e propria gravidanza

in vitro. Ciò consentirebbe anche agli uomini single e alle coppie composte da due uomini di diventare genitori senza ricorrere a una madre surrogata. Non si tratta di una procedura affatto semplice, poiché l'utero bioingegnerizzato dovrebbe essere sostenuto per molti mesi e ricevere la giusta quantità di sangue, ossigeno, sostanze nutritive e ormoni durante tutta la gravidanza. Ma l'impatto sociale sarebbe enorme: trasformerebbe completamente la gravidanza con importanti implicazioni etiche. —

L'ultima frontiera è la gravidanza in vitro che renderebbe inutile la surrogata

217mila

I bambini nati in Italia in 20 anni grazie alle tecniche di procreazione assistita

Enorme l'impatto sociale delle nuove tecniche con grandi implicazioni etiche

109.755

È il numero di trattamenti di procreazione assistita nel 2022



LE NUOVE SOLUZIONI

GESTAZIONE PER ALTRI
Procreazione assistita nella quale una donna, la madre surrogata, porta avanti una gravidanza per conto di un'altra persona o di un'altra coppia

GAMETI ARTIFICIALI
Creazione in laboratorio di spermatozoi e ovuli a partire da cellule della pelle «riprogrammate». Nei topi ha funzionato, ora è in fase di test su cellule umane

TRAPIANTO DI UTERO
È un'alternativa per le donne che non hanno un utero funzionante. Fino ad oggi sono nati così 31 bambini. Tecnica in forte sviluppo negli Usa, ma c'è il problema del rigetto

OVAIE ARTIFICIALI
Sviluppo di ovaie artificiali per la produzione di ovociti. Pubblicati modelli preliminari negli studi sui topi, ma è ancora lontano l'uso sugli esseri umani

GRAVIDANZA IN VITRO
Le donne senza un utero funzionante potrebbero «partorire» attraverso uteri «esogeni», una vera e propria gravidanza in vitro. È un'alternativa alla maternità surrogata

WITHUB



**ARRIVA IL VACCINO CONTRO I TUMORI:
DOSI PERSONALIZZATE, VIA AI TEST**

Melania Rizzoli a pagina 19



SALUTE La svolta dell'immunoterapia

Il vaccino (personalizzato) anti-tumori

Sperimentazione in Gran Bretagna su pazienti anche gravi. La tecnologia mRNA

di **Melania Rizzoli**

E l'inizio di una nuova era, i vaccini contro il cancro sono diventati realtà.

Derivati dall'evoluzione della classica immunoterapia, la strategia di cura che negli ultimi dieci anni ha rivoluzionato con successo la cura di molti tumori solidi e liquidi, i nuovi farmaci sono stati sintetizzati con la tecnica del Rna messaggero, sfruttata in emergenza e con grandi risultati durante la pandemia Covid, salvando milioni di vite. Oggi questi nuovi vaccini stanno vivendo una seconda vita, che sarebbe in realtà la prima per cui sono stati ideati, ed iniziano ad essere usati come agenti terapeutici contro il bersaglio più temuto: i tumori maligni.

In Gran Bretagna migliaia di persone ammalate di cancro in stato avanzato sono state coinvolte ed arruolate, a spese del servizio sanitario pubblico, in una vasta sperimentazione che mette a disposizione vaccini prodotti con la tecnologia mRNA, personalizzati caso per caso, e progettati per preparare il sistema immunitario di ogni singolo paziente oncologico selezionato, a riconoscere e distruggere tutte le cellule tumorali in circolo, in modo da debellare la malattia presente e ridurre a zero il rischio di recidiva.

Questo avveniristico programma è stato chiamato *Cancer Vaccine Launch Pad* ed è considerato terapeutico, nel senso che aspira alla guarigione dal cancro presente

nell'organismo, e sono 30 gli ospedali che hanno aderito con grande ottimismo al progetto scientifico, con la speranza e l'obiettivo di ottenere risultati talmente straordinari, da promuovere in un breve futuro questa cura innovativa come terapia standard in tutto il mondo per la sconfitta del male del secolo.

Sviluppati nel decennio scorso come possibile nuova arma contro i tumori maligni, i vaccini mRNA nacquero da una idea semplice e al contempo geniale, ovvero iniettare nel paziente oncologico delle informazioni per stimolare il corpo stesso a produrre le proteine necessarie a sviluppare una risposta immunitaria diretta finalizzata a distruggere solo ed esclusivamente le cellule in replicazione tumorale.

Tutti i vaccini usati finora sono prodotti medicali destinati alle persone sane per prevenire lo sviluppo di una malattia, in genere infettiva, mentre questi ad mRNA contro il cancro hanno una funzione squisitamente terapeutica, sono destinati alle persone malate di tumore per curarlo e debellarlo, innescando una risposta immunologica contro una proteina specifica della cellula cancerosa, risparmiando tutte le cellule sane.

La differenza con i farmaci immunoterapici utilizzati finora, che sbloccano il sistema immunitario provocando una risposta generalizzata e sistemica, sta nel fatto che questi nuovi vaccini mRNA colpiscono solo un unico bersaglio pre-

ciso, ovvero le proteine tipiche dei vari tipi di tumore, rendendole inoffensive e quindi arrestando di fatto il loro effetto devastante. La sperimentazione clinica inglese interessa diversi tipi di neoplasie maligne, come i tumori del polmone, del pancreas, della mammella, dell'ovaio, della testa e del collo, del colon e il melanoma, tutti in fase avanzata. Per ogni caso viene valutata la possibilità di mutazioni del tumore e di conseguenza viene realizzato il vaccino specifico per ogni singolo paziente, e dai primi dati trapelati la terapia vaccinica ha già portato, non solo ad evitare le recidive post-operatorie, che in genere si sviluppano entro un anno, ma ad una riduzione del rischio di metastasi e di morte del 44%, in pazienti considerati in precedenza non più trattabili con le classiche terapie oncologiche.

L'era dei vaccini a mRNA contro il cancro è agli albori ma è già iniziata, non sono ancora una strategia di prevenzione, cioè di impedire la formazione della malattia, ma sono un'arma considerata efficace per stroncare il tumore già in atto, iniziale o metastatico, tenendo accesa la risposta immunitaria di ogni paziente, indotta dal vaccino, per far sì che le proprie cellule di



il Giornale

difesa possano sconfiggere la malattia, anche in combinazione con la terapia adiuvante degli anticorpi monoclonali, i farmaci intelligenti da anni utilizzati con successo in molti tipi di neoplasie, e tali associazioni contribuiranno in un prossimo futuro a migliorare sempre di più il controllo delle neoplasie maligne che fino ad oggi non avevano farmaci specifici.

In Italia da diversi anni questa tecnica personalizzata a bersaglio è stata sperimentata con successo ed alterne fortune da Michele Maio, direttore del Centro di Immuno-Oncologia presso il Policlinico Le Scotte di Siena, un pioniere in questo settore, che inizialmente ha concentrato i suoi sforzi soprattutto nei confronti del melanoma al III e IV stadio ad alto rischio di recidiva, combinando il vaccino mRNA con gli anticorpi monoclonali, per stimolare risposte più valide contro le proteine tipiche di questa neoplasia, e questa sua strategia ha portato a risultati più che incoraggianti anche in altri tipi di

neoplasie trattate, ottenendo addirittura guarigioni impensabili fino a un decennio fa.

In tutto il mondo la pandemia del Covid-19 ha dato notevole impulso alla tecnologia basata sull'mRna per avviarla in campo oncologico, e negli ultimi anni la metodologia è stata raffinata con l'approccio personalizzato, prelevando campioni di tessuto tumorale dai pazienti, sequenziando le eventuali mutazioni tipiche del tumore, differenziando il Dna delle cellule cancerose da quelle sane e progettando con l'ingegneria biologica una molecola di Rna messaggero che verrà inclusa nel vaccino, un vero farmaco anti-cancro per ogni singolo tumore, realizzabile in quattro/sei settimane, che ha l'intento non di rallentare la malattia, ma di eliminarla.

Naturalmente il cancro è molto più difficile da affrontare con un vaccino rispetto ad una malattia infettiva, ma grazie alla determinazione di centinaia di scienziati che da anni hanno creduto nelle potenzialità di questa nuova tecnica,

l'elenco delle sperimentazioni è destinato ad aumentare, l'area di ricerca di questo settore è in rapida evoluzione, e ci aspettiamo progressi e risultati davvero significativi nei mesi a venire.

Una speranza concreta per i milioni di pazienti aggrediti dal cancro in fase iniziale od avanzata, una malattia una volta considerata incurabile, poi curabile ed oggi addirittura guaribile.

La nuova tecnica, ampiamente utilizzata in pandemia, non servirà a prevenire la formazione del cancro ma aiuterà a combattere le cellule maligne ed evitare le metastasi

Guarigioni impensabili fino a dieci anni fa: al Policlinico di Siena le dosi usate contro il melanoma ad alto rischio di recidiva assieme agli anticorpi monoclonali

30

Gli ospedali inglesi che hanno partecipato al programma Cancer Vaccine Launch Pad candidando alla sperimentazione dei vaccini anti cancro i loro pazienti oncologici affetti da tumore maligno

1961

L'anno in cui è stato scoperto l'Rna messaggero. È una sorta di postino che trasmette importanti messaggi alle cellule. Da qui nasce l'idea negli anni '90 di utilizzare degli Rna messaggeri sintetici a scopo terapeutico



Benessere e longevità: un impegno che dura una vita

Avere il più a lungo possibile un buono stato psicofisico dipende per il 40% dalla genetica e per il 60% dalle nostre scelte fin dalla giovane età: dall'alimentazione alle relazioni sociali

A dottare uno stile di vita attento alla longevità, ossia con abitudini positive, non solo allunga l'aspettativa di vita ma favorisce il benessere quotidiano, sia dal punto di vista fisico sia psicologico. «Quando si parla di longevità si pensa immediatamente al vivere più a lungo, ma in realtà questo concetto

presuppone anche il mantenimento di un buono stato di salute», chiarisce Christian Lunetta, specialista in Neurologia e direttore del Dipartimento di Medicina riabilitativa neuro-motoria presso gli Istituti clinici scientifici Maugeri.

«Le strategie che si possono adottare per raggiungere questo scopo sono numerose e riguardano ogni aspetto della quotidianità, dall'attività fisica al riposo notturno fino alla nutrizione, alla socialità e alla corretta gestione dei farmaci». Tutti questi interventi, multimodali, hanno un impatto decisivo e determinano in buona parte l'evoluzione dello stato di salute sul lungo pe-

esterni e controllabili», specifica Lunetta. «Questa nuova consapevolezza scientifica valorizza l'impegno individuale nel promuovere il proprio benessere, contrastando l'infiammazione e l'invecchiamento degli organi».

Si è parlato di questi temi recentemente al "Milan Longevity Summit - Riscrivere il tempo, scienza e miti nella corsa alla longevità", con un ciclo di incontri dedicati all'invecchiamento in buona salute. Dalla prevenzione del deterioramento cognitivo alla tutela degli aspetti relazionali, l'attenzione alla longevità dovrebbe accompagnarci per tutta la vita. «Anche il malato cronico, con patologie polmonari o cardiovascolari, può incidere sulla propria longevità intervenendo sulle comorbidità (presenza di più patologie) che impattano sul benessere generale», spiega Antonio Spanevello, che sempre all'Ics Maugeri è coordinatore dei Dipartimenti di ricerca e clinico-assistenziali. «Grazie a un'analisi olistica e a interventi multidisciplinari, come esercizi motori su misura o a corrette abitudini alimentari, è possibile aiutare a riprendere il controllo della propria vita e ridurre il rischio di mortalità». Agire in maniera trasversale sulle abitudini è utile anche a livello motivazionale perché

aiuta a non rassegnarsi all'invecchiamento e ad avere obiettivi da perseguire.

Il mantenimento del benessere psicofisico nell'anziano assume un significato ancora più profondo in un contesto di progressivo invecchiamento della popolazione: secondo le stime di EpiCentro - Istituto superiore di sanità, entro il 2050 la percentuale di anziani raddoppierà, passando dall'11% al 22% del totale. In Italia questa tendenza è ancora più marcata: entro la metà del secolo gli ultra 65enni saranno il 35,9%. Dall'altro lato, l'impegno per la longevità dovrebbe iniziare già durante la fase della vita in cui si sviluppano e si consolidano le abitudini. **Insomma, genitori ed educatori sono responsabili di trasmettere ai giovani l'importanza di adottare comportamenti utili per il loro benessere**, per far sì che le scelte sane diventino spontanee durante il percorso di sviluppo e in età adulta.

«Quando non ci sono patologie specifiche è più semplice modificare le abitudini di vita e questi cambiamenti determinano benefici rapidamente e su tutte le attività quotidiane», continua Spanevello. «Per permettere questo cambio culturale, oltre a una migliore informazione e sensibilizzazione, può essere utile il supporto di professionisti come psicologi e nutrizionisti».



di Gianluca
Dotti
giornalista
scientifico

