



RASSEGNA STAMPA

24-02-2017

1. QUOTIDIANO SANITÀ Cancro all'endometrio. In post menopausa la perdita di peso riduce il rischio del 29%
2. FARMACISTA 33 Tumore vescica, pembrolizumab prolunga la sopravvivenza dei pazienti
3. D REPUBBLICA Vaccino anti HER2, la ricerca continua
4. ASKA NEWS Tribunale malato: per 1 medico su 3 troppo poco tempo per paziente
5. AVVENIRE Tempo per riflettere Il testo sulle Dat in aula solo a marzo
6. QUOTIDIANO SANITÀ Riforma pubblico impiego. Governo vara decreto Madia: "Ora pronti al rinnovo dei contratti"
7. GIORNALE Le terapie costose sono low cost grazie ai farmaci biosimilari
8. DIRE Sanità: ecco il riparto del fondo 2017 regione per regione
9. ANSA Sanità: accordo tra Regioni su riparto Fondo da 113 mld
10. HEALTH DESK C'è l'accordo. Così le Regioni si spartiranno i 110 miliardi destinati alla sanità
11. ILSOLE24ORE.COM Fondo sanitario nazionale, riparto 2017 «con deprivazione»
12. REPUBBLICA VENERDI Troppe difese aiutano i virus: blocchiamole
13. REPUBBLICA VENERDI C'è un medico che sbugiarda i ciarlatani. E big pharma
14. GIORNALE Trapianto di rene da record: ha operato il chirurgo robot
15. LIBERO QUOTIDIANO Faranno nascere la loro bimba malformata per donare gli organi e salvare altri neonati
16. CORRIERE DELLA SERA Scontro medici-Regione sui non obiettori

Giovedì 23 FEBBRAIO 2017

Cancro all'endometrio. In post menopausa la perdita di peso riduce il rischio del 29%

Nelle donne in post menopausa una perdita di peso, pari al 5% del totale corporeo, si associa a una riduzione molto evidente di sviluppare un cancro all'endometrio. Il rischio scende addirittura al 66% fra le donne obese che scelgono di dimagrire.

(Reuters Health) – Le donne in post-menopausa, che perdono peso intenzionalmente nell'arco di tre anni, rispetto alle donne il cui peso resta invariato presentano un rischio molto minore di cancro dell'endometrio. Un beneficio che si protrae per i successivi 11 anni. È quanto emerge da uno studio statunitense pubblicato dal Journal of Clinical Oncology.

Nel complesso le donne che hanno perso intenzionalmente il 5% o più del loro peso corporeo hanno visti ridursi del 29% il rischio di sviluppare un tumore dell'endometrio durante il periodo di studio e l'effetto sarebbe ancora più evidente nelle donne obese, il cui rischio è sceso del 66%. “Abbiamo deciso di fare questo studio perché ci siamo resi conto che anche se l'obesità aumenta il rischio di cancro endometriale, la ricerca non poteva dire se la perdita di peso voluta, specie tra le donne anziane, potesse ridurre il rischio”, ha dichiarato l'autore dello studio Juhua Luo dell'Università dell'Indiana.

Lo studio

Luo e colleghi hanno analizzato i dati di più di 36.000 donne di età compresa tra i 50 e i 79 anni che hanno partecipato allo Health Initiative Study, un ampio studio osservazionale. A tutte le donne è stato misurato il peso e l'indice di massa corporea al basale e dopo tre anni, quando è stato loro chiesto se avessero cercato intenzionalmente di perdere peso negli ultimi anni. Rispetto alle donne che erano rimaste stabili, quelle che avevano perso chili avevano meno probabilità di sviluppare il cancro dell'endometrio e quelle che hanno guadagnato peso hanno visto aumentare dall'8% al 23% il rischio. Nelle donne che non avevano fatto uso di terapia ormonale sostitutiva per i sintomi menopausali e avevano perso peso, il rischio è aumentato del 30%.

Fonte: Journal of Clinical Oncology

Shereen Lehman

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

<http://www.farmacista33.it/>

Tumore vescica, pembrolizumab prolunga la sopravvivenza dei pazienti



La sopravvivenza mediana dei pazienti con cancro alla vescica trattati con pembrolizumab è stata di 10,3 mesi rispetto ai 7,4 mesi osservati con la consueta chemioterapia, una differenza clinicamente e statisticamente significativa. Ecco, in sintesi, i risultati appena pubblicati sul New England Journal of Medicine di Keynote-045, uno studio in aperto internazionale multicentrico e randomizzato di fase III che ha messo a confronto il trattamento immunoterapico con pembrolizumab e la chemioterapia con vinflunina, docetaxel o paclitaxel in 542 pazienti affetti da carcinoma uroteliale metastatico, già trattati con una precedente chemioterapia a base di platino. «Pembrolizumab è un anticorpo monoclonale altamente selettivo, disegnato per legarsi alla proteina PD-1 (Programmed cell Death-1), presente sulla superficie di alcuni globuli bianchi, che in questo modo vengono attivati e orientati ad attaccare il tumore» scrivono gli autori, coordinati da **Joaquim Bellmunt**, professore associato di medicina alla Harvard Medical School e direttore del Bladder Cancer Center al Dana-Farber Cancer Institute di Boston.

I vantaggi di sopravvivenza e risposta sono stati osservati in tutte le categorie di pazienti, indipendentemente dall'espressione del target del farmaco da parte del tumore. Buono anche il profilo di tollerabilità, che è risultato nettamente a favore di pembrolizumab rispetto al gruppo di controllo. «L'incidenza di effetti collaterali è stata del 60,9% con

l'anticorpo monoclonale rispetto al 90,2% della chemioterapia» riprendono i ricercatori, aggiungendo che il tasso di eventi avversi gravi è stato del 15% con pembrolizumab rispetto al 49% con la chemioterapia. «Fino ad alcuni mesi fa non esistevano trattamenti efficaci per questi pazienti, e secondo gli autori lo studio Keynote-045 è un passo avanti nel trattamento di seconda linea dei pazienti affetti da carcinoma uroteliale metastatico refrattario alla chemioterapia» commenta in un editoriale Guru Sonpavde, dello University of Alabama Birmingham Comprehensive Cancer Center.

NejmEJM 2017. doi: 10.1056/NEJMoa1613683

<https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1613683>

<http://la.repubblica.it/>

Vaccino anti HER2, la ricerca continua

L'obiettivo è insegnare al sistema immunitario a combattere il tumore al seno. Uno studio americano condotto su 54 donne con carcinoma HER2 positivo ha dato risultati incoraggianti

Marta Impedovo



La ricerca sul vaccino anti-tumore, che dovrebbe insegnare al sistema immunitario ad attaccare le cellule maligne e bloccare lo sviluppo della malattia, compie un nuovo passo avanti. La notizia riguarda il tumore al seno del tipo HER2 positivo (leggi: "Come si classificano i tumori al seno"), meno frequente ma più aggressivo di quello ormono-dipendente. Anche se siamo ancora lontani da un "vaccino anti-cancro", **un gruppo di ricerca della University of Pennsylvania** ha pubblicato uno studio su *Clinical Cancer Research* che mostra risultati incoraggianti.

Tumore e sistema immunitario. **"La progressione del tumore è associata a una soppressione del sistema immunitario. L'immunoterapia in oncologia ha proprio lo scopo di ripristinare la risposta immunitaria e impiegarla per combattere il tumore – scrivono gli autori – In particolare, il nostro gruppo ha mostrato come, col progredire del tumore al seno HER2 positivo, si verifichi una progressiva perdita della risposta immunitaria dei linfociti Th1 anti-HER2". Per questo, i ricercatori, guidati da Lea Lowenfeld, hanno composto dei vaccini "su misura", isolando dal sangue di ciascuna paziente le cellule dendritiche (DC1), ovvero quelle cellule che appartengono al sistema immunitario e sono specializzate nel bloccare molecole estranee o pericolose. Queste cellule sono poi state esposte a HER2 ed "educate" in questo modo a reagire con una risposta immunitaria alla presenza della proteina.**

Lo studio. **Hanno preso parte all'esperimento 54 donne in tutto: 42 con carcinoma duttale in situ** (o tumore in stadio 0) e 12 con tumore al seno *invasivo in stadio iniziale*. Ognuna ha ricevuto sei dosi di vaccino a cadenza settimanale: alcune con iniezione nel seno (19), alcune nei linfonodi inguinali (19) e alcune in entrambe le parti del corpo (16).

Risultati. Lo studio ha confermato quello che gli autori avevano indicato come principale obiettivo: dimostrare che il vaccino DC1 è **sicuro per le pazienti e ben tollerato dall'organismo**. **Inoltre, la risposta immunitaria specifica per l'HER2 in seguito alla vaccinazione si è verificata per l'81 per cento delle pazienti: un numero elevato se confrontato con studi simili precedenti. Il** tasso di risposta patologica completa (assenza di tumore invasivo al seno e ai linfonodi) è risultata simile indipendentemente dalla zona di iniezione, anche se maggiore per le pazienti con **carcinoma duttale in situ che per quelle con tumore invasivo. L'attivazione della risposta** immunitaria è stata rilevata sia nel sangue periferico che, in particolar modo, nel linfonodo sentinella.

<http://www.askanews.it/>

Tribunale malato: per 1 medico su 3 troppo poco tempo per paziente

Oberati da carico burocratico. Cambi terapie anche per risparmiare



Roma, 23 feb. (askanews) - Quasi un medico su tre ritiene di non aver tempo sufficiente da dedicare ai pazienti per assicurare l'aderenza alle terapie, solo la metà si accerta che il proprio assistito abbia compreso le indicazioni su terapie e percorso di cura e delle sue eventuali difficoltà economiche, più di uno su tre si dice oberato dal carico burocratico. Per un terzo invece non è prioritario informare su alternative terapeutiche o sull'esistenza di farmaci equivalenti o biosimilari.

Sono questi alcuni dei principali dati che emergono dalla "Indagine civica sull'esperienza dei medici in tema di aderenza alle terapie, con focus su farmaci biologici e biosimilari", presentata oggi a Roma e realizzata da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato con il sostegno non condizionato di Assobiotec. Fra i prescrittori di farmaci biologici e biosimilari, chi decide di cambiare la terapia al paziente lo fa, in un terzo dei casi, in libertà e autonomia e per rispondere meglio alle esigenze di cura e di successo delle terapie per il paziente; ma quasi uno su cinque (19%) dichiara di aver cambiato la terapia per rispondere ad esigenze di carattere amministrativo, principalmente per contribuire alla sostenibilità economica del SSN (39%), per rispettare limiti o obiettivi di budget fissati dalla Azienda ospedaliera o Asl (35%), ma solo l'8% dei professionisti è al corrente dell'esistenza di delibere della Regione o Asl che prevedono come saranno riutilizzati i risparmi derivati dalla prescrizione di farmaci a minor costo.

"La tutela della salute delle persone, l'accesso alle cure più appropriate rispetto alle esigenze cliniche, alle condizioni socio-economiche e al progetto di vita del paziente non devono essere sacrificate per arrivare al pareggio di Bilancio: lo dice anche una recente sentenza della Corte Costituzionale. E invece l'indagine mostra che purtroppo in alcune occasioni ciò non accade", ha detto Tonino Aceti, Coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato e responsabile del

Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici, Cittadinanzattiva, dunque "è necessario armonizzare ogni atto amministrativo o normativo nazionale, regionale e aziendale con il rispetto del codice deontologico, e quello dei diritti dei cittadini così come sancito dalla Carta Europea dei diritti del malato". "Siamo ancora in tempo per invertire la rotta", ha osservato, "perché lo chiedono sia i medici che i pazienti e possiamo farlo subito. Ad esempio prevedendo nella messa a punto degli standard del personale, in via di definizione, la garanzia che il tempo dell'ascolto e della comunicazione siano veri e propri tempi per la cura della persona. E ancora investire di più nella formazione indipendente e di qualità da parte delle Istituzioni pubbliche. Inoltre, visto che siamo in attesa della pubblicazione del nuovo position paper di AIFA sui farmaci biologici e biosimilari, ci aspettiamo che preveda adeguata informazione e condivisione delle scelte con il paziente e gli riconosca un ruolo attivo nel percorso di cura; assicuri trasparenza e accesso a dati ed evidenze cliniche; garantisca continuità terapeutica e attenzione alla qualità della vita" .



Fine vita

Tempo per riflettere
Il testo sulle Dat
in aula solo a marzo

LIVERANI A PAGINA 10

Dat, più tempo per riflettere L'approdo in aula a marzo

Alla Camera I e II commissione chiedono di attendere i pareri necessari a votare il relatore

Cattolica

**Cure palliative,
dibattito al Gemelli:
«Sedazione profonda
non è eutanasia»
Si all'idratazione**

LUCA LIVERANI
ROMA

Nuovo rinvio per l'ingresso in aula del disegno di legge sulle disposizioni anticipate di trattamento. Previsto per lunedì 27 febbraio, cioè dopo l'acquisizione dei pareri delle commissioni necessaria per incaricare il relatore, l'inizio del dibattito nell'emicloio di Montecitorio dovrebbe cominciare non prima del 2 marzo. Le commissioni Affari costituzionali e Giustizia hanno chiesto più tempo e si riuniranno il 1° marzo. Un iter parlamentare complesso, che riflette la delicatezza del tema, di cui si è discusso proprio ieri alla tavola rotonda dell'Università Cattolica proprio su fine vita e cure palliative.

Slitta l'inizio del dibattito in aula

I presidenti delle commissioni Affari Costituzionali e Giustizia, Andrea Mazziotti (Civici e innovatori) e Donatella Ferranti (Pd) hanno scritto al presidente della commissione Affari sociali per comunicargli la richiesta, approvata a maggioranza (tranne Si-Sel e M5S) di rinviare al 1° marzo i pareri richiesti. L'incarico al relatore verrà assegnato il giorno successivo, il 2. Il presidente della Affari sociali, Mario Marazziti (Des-Cd) ha informato la presidente Laura Boldrini. Non è e-

cluso un ulteriore allungamento dei tempi, se i deputati centristi e di destra delle due commissioni, contrari a questo testo, decideranno di intervenire in massa. Allontanando ulteriormente l'approvazione e poi l'esame in seconda lettura al Senato. Pentastellati e Sel, spiega Mario Marazziti, «si sono detti contrari allo slittamento, il Pd alla fine lo ha concesso perché in Affari sociali abbiamo l'intenzione di dare comunque il mandato al relatore giovedì 2». Un ulteriore prolungamento del dibattito, secondo Marazziti, non impedirebbe comunque l'approdo in aula: «Possiamo andarci lo stesso e i pareri delle commissioni arriveranno in assemblea. La Bilancio ci ha già fatto sapere che il suo parere arriverà in aula. Certo col testo in aula a marzo i tempi non saranno più contingentati».

L'allungamento dei tempi non piace al presidente della I commissione: «Non accetterò altri rinvii», dice Andrea Mazziotti: «L'accordo tra i gruppi è che mercoledì si chiude. Spero che nessuno lo violi». Soddisfatta invece Paola Binetti (Udc): «Le commissioni hanno ritenuto che il testo meritasse un'attenzione reale e hanno chiesto qualche giorno in più».

Per la deputata «è necessario riflettere ed entrare nel merito delle diverse questioni, per rispetto ai futuri pa-

zienti, ai medici e a noi parlamentari».

Cure anche per chi è incurabile

E al Policlinico Gemelli si è discusso proprio sul tema «La complessità dei bisogni nella fase ultima della vita», all'incontro promosso dai Centri di Ateneo di bioetica e per la vita. Il rettore della Cattolica Franco Anelli sottolinea che il nodo «non è quando e da chi debba essere spenta la vita, ma l'accompagnamento nella fase ultima: anche l'incurabile deve essere curato». Sbagliato e pericoloso semplificare: «Per leggere la complessità dei bisogni nella fase ultima della vita – sottolinea Adriano Pessina, direttore del Centro di ateneo di bioetica della Cattolica – abbiamo bisogno di un pensiero complesso». E ricorda che il fine vita «ci riguarda tutti: un tema che va ripensato, per lanciare un messaggio rassicurante all'opinione pubblica che lo guarda sotto l'aspetto dell'angoscia, o con la paura che lo sforzo medico diventi una prigione per spirito e corpo».

Rassicurare dunque. E fare chiarezza. Come sulla sedazione profonda, che non è eutanasia, chiarisce Rodolfo Proietti, membro del Comitato nazionale di bioetica, già ordinario di anestesologia alla Cattolica. «Le cure palliative – dice – nel 95% dei casi le devono saper fare tutti i medici. L'anestesista entra in quel 5% in cui il dolore è un sintomo refrattario: un 4% lo si



controlla con tecniche invasive, ma poi c'è la sofferenza incontrollabile degli ultimi giorni o ore di vita: fisica, psicologica, spirituale. Persone che hanno preso coscienza della morte e chiedono di morire senza soffrire, addormentati. È la sedazione profonda o terminale, che in media dura due o tre giorni. Non è un'assolutamente una tecnica di eutanasia, ha detto il Comitato di bioetica, ma un atto terapeutico dovuto: si fa solo in determinati casi e l'obiettivo è far dormire, non far morire». Nel caso di Dino Bettamin «il paziente non ha chiesto di staccare il respiratore». Una pratica a rischio strumentalizzazione: «In Francia hanno usato la finestra della sedazione terminale per obbligare la sospensione di terapie, ma anche idratazione e alimentazione. Per il Comitato nazionale di bioetica sono sempre dovute».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giovedì 23 FEBBRAIO 2017

Riforma pubblico impiego. Governo vara decreto Madia: "Ora pronti al rinnovo dei contratti". Proroga fino al 2019 per i concorsi straordinari nel Ssn. **Il testo in anteprima**

Diverse novità per la sanità: dal "Polo Unico" della medicina fiscale, che dà competenza esclusiva all'Inps del controllo dello stato di salute di tutti i lavoratori in malattia, all'istituzione della Consulta Nazionale per l'integrazione in ambiente di lavoro delle persone con disabilità, fino alla stabilizzazione dei precari. Per il personale Ssn proroga di un altro anno in più per i concorsi straordinari previsti dalla stabilità 2016. [IL TESTO](#) e [LA RELAZIONE ILLUSTRATIVA](#).

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il decreto che riforma il testo unico del pubblico impiego. Rispetto alla [versione presentata ai sindacati il 15 febbraio scorso](#), è stata specificata (modificando il comma 2 dell'articolo 40 del vecchio testo unico) l'istituzione di un'area contrattuale (e non più solo di una "sezione" come scritto nel precedente testo) per la dirigenza del ruolo sanitario.

Altra novità rispetto al testo presentato ai sindacati sono le norme per i precari in sanità. Il decreto all'articolo 20 prevede che "per il personale medico, tecnico-professionale e infermieristico del Servizio sanitario nazionale, continuano ad applicarsi le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 543, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, la cui efficacia è prorogata al 31 dicembre 2018 per l'indizione delle procedure concorsuali straordinarie, al 31 dicembre 2019 per la loro conclusione, e al 31 ottobre 2018 per la stipula di nuovi contratti di lavoro flessibile ai sensi del comma 542 della legge 28 dicembre 2015, n. 208".

"Con questo decreto siamo ora finalmente pronti a chiudere i rinnovi contrattuali per il pubblico impiego e sono pronta a fare un'apposita direttiva all'Aran - ha detto il ministro Marianna Madia - e risolviamo il problema del precariato per tutta la PA dopo aver risolto quello dell'Iss e dell'Istat nel Milleproroghe".

Per quanto riguarda il [decreto correttivo sui criteri di nomina dei manager delle Asl](#), invece, è stato deciso di effettuare, prima dell'approvazione in Cdm, un passaggio con le Regioni per una totale condivisione del testo.

Ma ecco, in sintesi, gli articoli di maggiore interesse per il personale sanitario del decreto approvato oggi dal Governo:

Articolo 6 (Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale). Qui si spiega che le linee di indirizzo vengono definite con decreti del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e, relativamente alle regioni, agli enti regionali, al sistema sanitario nazionale e agli enti locali, previa intesa in sede di Conferenza unificata. Le linee guida per le prove concorsuali e la valutazione dei titoli del personale sanitario, anche dirigente, del Servizio sanitario nazionale sono adottate di concerto con il Ministero della salute.

Articolo 10 (Disabilità). Viene data attuazione ai criteri di delega in materia di disabilità, con riferimento specifico all'istituzione della Consulta Nazionale per l'integrazione in ambiente di lavoro delle persone con disabilità e del Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità.

Più diffusamente la Consulta Nazionale per l'integrazione in ambiente di lavoro delle persone con disabilità, è istituita dall'articolo 39-bis presso il Dipartimento della funzione pubblica. Essa è composta da un rappresentante dello stesso Dipartimento, da un rappresentante del Ministero del lavoro e delle politiche

sociali, da due rappresentanti designati dalla conferenza unificata, da due rappresentanti delle organizzazioni sindacali e da due rappresentanti delle associazioni del mondo della disabilità: a tutti i componenti della Consulta compete esclusivamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute con esclusione di qualsiasi altro emolumento comunque denominato.

Vengono, quindi, dettagliate le funzioni esercitate dalla Consulta, fra cui l'elaborazione di piani, programmi e linee di indirizzo per ottemperare agli obblighi di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68; il monitoraggio sul rispetto degli obblighi di comunicazione di cui al successivo articolo 39-quater; la proposta ai ministeri competenti di iniziative e misure innovative finalizzate al miglioramento dei livelli di occupazione e alla valorizzazione delle capacità e delle competenze dei lavoratori disabili nelle pubbliche amministrazioni; la previsione di interventi straordinari per l'adozione degli accomodamenti ragionevoli nei luoghi di lavoro previsti dall'articolo 3, comma 3-bis, del decreto legislativo 9 luglio 2003, n. 216.

L'articolo 39-ter, aggiunto dall'articolo 8 dello schema di decreto legislativo, invece, disciplina la figura del Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità e le relative funzioni. Il responsabile deve essere previsto nelle amministrazioni pubbliche con più di 200 dipendenti nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente (comma 1). Esso cura i rapporti con il servizio per l'inserimento lavorativo dei disabili, predispone gli accorgimenti organizzativi e propone le soluzioni tecnologiche per facilitare l'integrazione al lavoro, verifica l'attuazione del processo di inserimento, recependo e segnalando ai servizi competenti eventuali situazioni di disagio e di difficoltà di integrazione.

L'articolo 39-quater reca disposizioni volte al monitoraggio sull'applicazione della legge 12 marzo 1999, n. 68, in particolare, si prevede che le amministrazioni pubbliche al fine di dare corretta attuazione in materia di collocamento obbligatorio devono comunicare entro il 31 dicembre di ogni anno al Dipartimento della funzione pubblica, al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Centro per l'impiego territorialmente competente la situazione occupazionale e le eventuali scoperture di posti di lavoro riservati ai disabili. Successivamente devono comunicare alle medesime autorità tempi e modalità di copertura della quota di riserva. In caso di mancata osservanza delle predette disposizioni o di mancato rispetto dei tempi concordati, i Centri per l'impiego avviano numericamente i lavoratori disabili attingendo alla graduatoria vigente con profilo professionale generico.

Articolo 11 (Dirigenza ruolo sanitario). Una apposita area o sezione contrattuale di un'area dirigenziale riguarda la dirigenza del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale. Nell'ambito dei comparti di contrattazione possono essere costituite apposite sezioni contrattuali per specifiche professionalità. Viene stabilito, intervenendo sul comma 3-bis, che la quota prevalente delle risorse complessivamente destinate al trattamento accessorio va devoluta al trattamento collegato alla performance (organizzativa e non più individuale).

Articolo 18 (Polo unico Inps). Al comma 1 si spiega che i controlli sulla validità delle certificazioni mediche restano in capo alle singole amministrazioni pubbliche interessate.

Al comma 2 si chiariscono i termini di utilizzo da parte dell'INPS delle certificazioni mediche inviate dal medico per via telematica.

Il comma 2-bis, aggiunto, prescrive che gli accertamenti medico-legali sui dipendenti assenti dal servizio per malattia sono effettuati, sul territorio nazionale, in via esclusiva dall'INPS, d'ufficio o su richiesta delle Amministrazioni interessate, con oneri a carico dello stesso Istituto che provvede nei limiti delle risorse trasferite delle Amministrazioni interessate. Il rapporto tra l'Inps ed i medici di medicina fiscale sarà disciplinato da apposite convenzioni, stipulate con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale.

L'atto di indirizzo per la stipula delle convenzioni è adottato con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione e con il Ministro della salute, sentite la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri e le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative. Il predetto atto di indirizzo stabilisce, altresì, la durata delle convenzioni, demandando a queste ultime, anche in funzione della relativa durata, la disciplina delle incompatibilità in relazione alle funzioni di certificazione delle malattie.

Le fasce orarie di reperibilità entro le quali devono essere effettuate le visite di controllo, le modalità per lo svolgimento delle visite medesime e per l'accertamento delle assenze dal servizio per malattia saranno definite con decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro del

lavoro e delle politiche sociali, con la finalità di armonizzare la disciplina dei settori pubblico e privato

Articolo 20 (Mobilità e personale precario). Per quanto riguarda la mobilità, restano ferme le disposizioni già in atto. Inoltre, le amministrazioni, al fine di superare il precariato, ridurre il ricorso ai contratti a termine e valorizzare la professionalità acquisita dal personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, possono, nel triennio 2018-2020, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni e con l'indicazione della relativa copertura finanziaria, assumere a tempo indeterminato personale non dirigenziale che possieda i seguenti requisiti:

- a) sia in servizio con contratti a tempo determinato presso l'amministrazione che procede all'assunzione;
- b) sia stato già selezionato dalla medesima amministrazione con procedure concorsuali;
- c) abbia maturato alle dipendenze dell'amministrazione che procede all'assunzione almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni.

Nello stesso periodo le amministrazioni possono bandire, ferma restando la garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno, procedure concorsuali riservate, in misura non superiore al cinquanta per cento dei posti disponibili, al personale non dirigenziale che possieda i seguenti requisiti:

- a) sia in servizio con contratti di lavoro flessibile presso l'amministrazione che bandisce il concorso;
- b) abbia maturato alle dipendenze dell'amministrazione che bandisce il concorso almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni.

Le amministrazioni possono tuttavia prorogare i rapporti di lavoro flessibile con i soggetti che partecipano alle procedure di stabilizzazione fino alla loro conclusione, nei limiti delle risorse utilizzabili per le assunzioni a tempo indeterminato.

Per il personale medico, tecnico-professionale e infermieristico del Servizio sanitario nazionale, continuano ad applicarsi le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 543, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, la cui efficacia è prorogata al 31 dicembre 2018 per l'indizione delle procedure concorsuali straordinarie, al 31 dicembre 2019 per la loro conclusione. In sostanza vengono prorogate di un ulteriore anno le scadenze già prorogate dal Milleproroghe [approvato oggi dalla Camera](#) che a sua volta prorogava i termini previsti dalla legge di stabilità 2016 per l'assunzione di nuovo personale del Ssn a fronte dell'entrata in vigore del nuovo orario di lavoro europeo.

Il decreto Madia, inoltre, sempre per il personale del Ssn, proroga al 31 ottobre 2018 i termini per la stipula di nuovi contratti di lavoro flessibile ai sensi del comma 542 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 sempre per far fronte al nuovo orario di lavoro europeo.

ALL'OSPEDALE SACCO DI MILANO

Le terapie costose sono low cost grazie ai farmaci biosimilari

Al via nuovo centro per la cura delle malattie autoimmuni

■ È stato inaugurato all'ospedale Sacco di Milano un nuovo centro per la ricerca e la cura delle malattie croniche autoimmuni. Dall'artrite reumatoide alla psoriasi al morbo di Crohn. Il centro si occuperà di pazienti di qualunque età (coinvolta anche la pediatria Fatebenefratelli-Sacco) e realizzerà progetti di ricerca clinica e di medicina traslazionale, quella che «avvicina» le scoperte al paziente.

Si tratta di malattie di diversa competenza specialistica di cui, spesso, si ignorano le cause ma di cui si conoscono i meccanismi infiammatori che provocano i danni. «La conoscenza dell'evoluzione delle malattie autoimmuni ci ha permesso di intervenire con farmaci mirati e, in molti casi, di rallentare l'evoluzione» ci ha spiegato Sandro Ardizzone, professore e gastroenterologo al Sacco. Il nuovo centro del Sacco è un polo trasversale, si avvale della collaborazione dell'Università degli Studi milanese, coinvolgendo specialisti anche al di fuori dell'ospedale. Il trattamento delle patologie autoimmuni, negli ultimi decenni, è stato rivoluzionato dall'arrivo dei farmaci biotecnologici, molecole di ultima generazione realizzate con cellule (umane o animali) attraverso processi di ingegneria genetica. Dato il costo elevato, però, questi farmaci non possono essere impiegati su tutti i malati. Fra gli intenti del nuovo centro anche quello di personalizzare i trattamenti risparmiando risorse.

Allo scadere dei brevetti dei farmaci biotecnologici sono arrivati i loro biosimilari (il primo approvato da Ema risale al 2006, al momento sono una ventina usati in Europa), che riducono i costi mantenendo invariata la qualità del farmaco. Siamo di fronte alla seconda importante rivoluzione. Se i farmaci biologici hanno permesso in molti casi di «fermare la malattia, limitare i ricoveri e gli interventi - dichiara Ardizzone - con i biosimilari si potranno ridurre i costi e trattare più pazienti, a parità di efficacia e sicurezza». Le agenzie regolatorie sottopongono i biosimilari ai test di comparabilità e a procedure di controllo molto severe prima di concedere il via libera al commercio. I biosimilari sono stati sviluppati per essere molto simili ai biologici già in commercio.

«Poter disporre di un centro di ricerca dedicato, ci permetterà di condividere con le aree specialistiche progetti di ricerca clinica e di base, di confrontarci sulle nuove terapie e di ottimizzare la personalizzazione dei trattamenti» ha precisato il professor Piercarlo Sarzi Puttini, reumatologo. Per le malattie autoimmuni «non siamo ancora in grado di individuare i marcatori genetici specifici, come è avvenuto per molti tumori - ha aggiunto Sarzi Puttini - Al momento utilizziamo i nuovi farmaci biologici - che hanno un'azione più mirata - sui pazienti che non rispondono alle terapie tradizionali. In reumatologia, all'Ospedale Sacco seguiamo circa 3000 pazienti con patologie infiammatorie articolari; in terapia con i farmaci biologici abbiamo circa 1000 di questi pazienti».

Al Sacco si sta già usando il biosimilare di infliximab, disponibile dal 2015 e in Italia impiegato oggi su oltre 3.000 pazienti. «Seguiamo dalle 3.500 alle 4.000 persone con malattie infiammatorie dell'intestino - ha detto il prof. Ardizzone - di queste circa 480 sono trattate con i biologici: a un quarto di queste ultime abbiamo dato il biosimilare. Al momento con risultati sovrapponibili. La prospettiva di risparmio è ampia: il 40%».

Quanto dura una terapia? «A volte si prosegue con farmaci biologici per tutta la vita; in altri casi si può ridurre o sospendere il trattamento; un 15-20% di malati ora riesce a fare a meno dei farmaci, dopo un periodo di remissione - ha confermato Sarzi Puttini - Oggi le diagnosi si fanno più precocemente, a volte anche in poche settimane. Se è vero che non possiamo parlare di guarigione, in sempre più casi si riesce però a contenere la progressione della malattia, a ridurre il rischio di disabilità e a migliorare la qualità della vita. Un risultato impensabile 20-30 anni fa.





home news dalleRegioni cerca contatti mappa rubrica webmail riservata

informazioni conferenze comunicati stampa newsletter rassegna stampa inParlamento agenda

- Riforme
- Economia
- UE-Esteri
- Territorio
- Ambiente-Energia
- Cultura
- Sanità
- Sociale
- Scuola-Lavoro
- Agricoltura
- Attività produttive
- Protezione civile
- Agenda digitale
- Migrazioni
- Turismo



DIRE SANITÀ. ECCO IL RIPARTO DEL FONDO 2017 REGIONE PER REGIONE

giovedì 23 febbraio 2017

ZCZC
DIR0486 3 POL 0 RR1 / POL

APPROVATO IN CONFERENZA REGIONI SARÀ TRASMESSO A MINISTRO LORENZIN

(DIRE) Roma, 23 feb. - "Soddisfazione per l'accordo raggiunto all'unanimità in Conferenza delle Regioni sul riparto delle risorse da destinare al servizio sanitario per il 2017", la esprime e' il presidente Stefano Bonaccini.

"Il mio- spiega- e' un giudizio positivo per tre motivi. Prima di tutto per la tempistica. Anche quest'anno abbiamo chiuso il riparto relativo ai fondi per la sanità a febbraio. Questo nonostante la normativa prevista e i vincoli siano più stringenti rispetto al passato. Secondariamente- prosegue Bonaccini- e' molto importante che questa ripartizione abbia consentito di avviare un primo passo verso la revisione dei criteri, considerando prima di tutto la popolazione anziana, ma dando un primo segnale concreto all'indice di deprivazione per quelle regioni in cui l'età media della popolazione risulta nettamente inferiore alla media nazionale".

Infine, conclude Bonaccini, "sono particolarmente lieto che non sia mancato un forte segnale di solidarietà interregionale, nell'ambito del riparto infatti abbiamo tenuto conto della particolare e drammatica situazione che stanno vivendo le regioni colpite recentemente dal terremoto destinando a queste zone circa 10 milioni in più". La proposta delle Regioni sarà inoltrata al ministro della salute, Beatrice Lorenzin, e mi auguro che si possa procedere nel più breve tempo possibile per arrivare- conclude- alla erogazione rapida delle risorse fondamentali per un servizio essenziale per i cittadini quale e' quello sanitario". (SEGUE)

(Com/Tar/ Dire)
16:32 23-02-17

NNNN

NNNN
ZCZC
DIR0487 3 POL 0 RR1 / POL

SANITÀ. ECCO IL RIPARTO DEL FONDO 2017 REGIONE PER REGIONE -2-

(DIRE) Roma, 23 feb. - Ecco il riparto regione per regione:

PIEMONTE
8.083.133.698
VALLE D'AOSTA
230.419.399
LOMBARDIA
17.963.680.824
BOLZANO
912.904.617
TRENTO
958.972.554
VENETO
8.840.927.263
FRIULI
2.251.328.925
LIGURIA
3.053.746.074
EMILIA-ROMAGNA
8.093.292.447
TOSCANA
6.876.394.382
UMBRIA
1.640.284.997
MARCHE
2.831.873.891
LAZIO
10.505.576.659
ABRUZZO
2.403.202.281
MOLISE
574.188.201
CAMPANIA
10.254.024.529
PUGLIA
7.240.852.374
BASILICATA
1.052.380.229
CALABRIA
3.501.227.134
SICILIA
8.959.427.683
SARDEGNA
2.990.633.534
TOTALE
109.218.471.696

Il totale non comprende gli accantonamenti, le risorse vincolate agli obiettivi di piano e le risorse finalizzate (che saranno



Regioni.it

Iscriviti

Puoi ricevere via e-mail nei giorni feriali la newsletter Regioni.it, che pubblica documenti e notizie sul sistema delle autonomie e delle regioni.

Per iscriverti [clicca qui](#)

Aggiornati anche su Facebook cliccando "mi piace" sulla pagina FB di Regioni.it

Oppure segui @regioni_it su Twitter

feed RSS

widget

Scarica APP





Sanità:accordo tra Regioni su riparto Fondo da 113 mld

Bonaccini, "è una grande soddisfazione"



Redazione ANSA ROMA 23 febbraio 2017 14:39

Scrivi alla redazione Stampa



© ANSA

CLICCA PER INGRANDIRE

(ANSA) - ROMA, 23 FEB - Accordo raggiunto all'unanimità in Conferenza delle Regioni sul riparto del Fondo sanitario 2017 che ammonta in totale a 113 miliardi di euro. "E' grande la soddisfazione", ha commentato il presidente della Conferenza, Stefano Bonaccini. "Siamo arrivati all'unanimità alla decisione - ha evidenziato Bonaccini - e per il secondo anno consecutivo lo facciamo a inizio anno e non a fine anno, come avvenire prima, così le Regioni hanno possibilità di programmare le priorità". Quest'anno, per la prima volta è stato inserito il criterio della cosiddetta "deprivazione" socio-economica, quello dell'incidenza della vecchiaia della popolazione così come un contributo aggiuntivo di 10 milioni per le Regioni colpite dal terremoto. "E' stata una discussione robusta ma costruttiva, abbiamo trovato l'accordo prima della fine di febbraio, il risultato è importante". La proposta verrà inviata al ministero della Salute per l'approvazione "il prima possibile, la definizione delle cifre già c'è".

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA



Scrivi alla redazione Stampa

DALLA HOME SALUTE&BENESSERE



Aborto: Ordine medici Lazio, Regione ritiri atto assunzione non obiettori
Sanità



Carnevale: da spray a trucchi, come evitare rischi e allergie
Giochi e Sicurezza



Sanità:accordo tra Regioni su riparto Fondo da 113 mld
Sanità



Tribunale malato, 1 medico su 3 ha poco tempo per il paziente
Assistenza



Chirurgia robotica 'recupera' rene e salva due vite
Medicina

<http://www.healthdesk.it/>

SANITÀ

C'è l'accordo. Così le Regioni si spartiranno i 110 miliardi destinati alla sanità

Più di un terzo della torta diviso tra Lombardia, Lazio e Campania

Quasi 18 miliardi alla Lombardia, poco più di 10 a Lazio e Campania, quasi 9 a Sicilia e Veneto e giù, fino ad arrivare ai 230 milioni della Valle d'Aosta.

Le Regioni hanno raggiunto l'accordo sulla spartizione delle risorse del Fondo sanitario nazionale per il 2017: 110 miliardi di euro in totale che dovranno dare benzina ai servizi sanitari regionali per l'anno in corso.

Regione	Riparto finale 2017	€ Pro-capite
LOMBARDIA	17.963.680.824 €	1.794 €
LAZIO	10.505.576.659 €	1.782 €
CAMPANIA	10.254.024.529 €	1.756 €
SICILIA	8.959.427.683 €	1.772 €
VENETO	8.840.927.263 €	1.801 €
EMILIA - ROMAGNA	8.093.292.447 €	1.820 €
PIEMONTE	8.083.133.698 €	1.839 €
PUGLIA	7.240.852.374 €	1.780 €
TOSCANA	6.876.394.382 €	1.837 €
CALABRIA	3.501.227.134 €	1.780 €
LIGURIA	3.053.746.074 €	1.951 €
SARDEGNA	2.990.633.534 €	1.806 €
MARCHE	2.831.873.891 €	1.839 €
ABRUZZO	2.403.202.281 €	1.816 €
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.251.328.925 €	1.848 €
UMBRIA	1.640.284.997 €	1.844 €
BASILICATA	1.052.380.229 €	1.841 €
TRENTO	958.972.554 €	1.783 €
BOLZANO	912.904.617 €	1.745 €
MOLISE	574.188.201 €	1.848 €
VALLE D'AOSTA	230.419.399 €	1.815 €
TOTALE	109.218.471.696 €	

«Il mio è un giudizio positivo per tre motivi», ha detto il presidente della Conferenza delle Regioni Stefano Bonaccini. «Prima di tutto per la tempistica. Anche quest'anno abbiamo chiuso il riparto

relativo ai fondi per la sanità a febbraio. Questo nonostante la normativa prevista e i vincoli siano più stringenti rispetto al passato. Secondariamente – ha proseguito Bonaccini - è molto importante che questa ripartizione abbia consentito di avviare un primo passo verso la revisione dei criteri, considerando prima di tutto la popolazione anziana, ma dando un primo segnale concreto all'indice di deprivazione per quelle regioni in cui l'età media della popolazione risulta nettamente inferiore alla media nazionale.

Infine sono particolarmente lieto che non sia mancato un forte segnale di solidarietà interregionale, nell'ambito del riparto infatti abbiamo tenuto conto della particolare e drammatica situazione che stanno vivendo le regioni colpite recentemente dal terremoto destinando a queste zone circa 10 milioni in più».

La proposta delle Regioni sarà ora inoltrata al ministro della Salute. Dopo la sua approvazione potrà iniziare l'erogazione delle risorse.

Sanità24

Il Sole
24 ORE

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa



23 feb
2017

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

Fondo sanitario nazionale, riparto 2017 «con deprivazione»

di Red.San.



[La proposta entrante di Riparto 2017](#)



[Il riparto definitivo per Regione](#)

Via libera delle Regioni, a inizio anno come già nel 2016, al Riparto del Fondo sanitario 2017. «Siamo arrivati all'unanimità alla decisione - ha spiegato il presidente Stefano Bonaccini - e per il secondo anno consecutivo lo facciamo a inizio anno e non a fine anno, come avveniva prima, così le Regioni hanno possibilità di programmare le priorità». Quest'anno, per la prima volta è stato inserito il criterio della cosiddetta "deprivazione" socio-



economica, così come un contributo aggiuntivo di 10 milioni per le Regioni colpite dal terremoto. «È stata una discussione robusta ma costruttiva, abbiamo trovato l'accordo prima della fine di febbraio, il risultato è importante», ha tenuto a precisare il governatore dell'Emilia Romagna. Chiarendo che «la proposta verrà inviata al ministero della Salute per l'approvazione il prima possibile, la definizione delle cifre già c'è».

L'unanimità è arrivata malgrado il dissenso espresso dal Veneto, alla vigilia, e la riserva ventilata da Campania e Calabria. Il Fondo, avendo considerato un fabbisogno aggiuntivo di 450 milioni, risulta pari a 108.650 milioni (nel 2016 la cifra era 109.476 milioni). La quota premiale è pari a 282,5 milioni, agli obiettivi prioritari vanno 931 milioni. Nel fabbisogno aggiuntivo sono stati considerati i 400 milioni stimati per far fronte ai rinnovi contrattuali, che la Legge di bilancio 2017 vincola a valere sul fabbisogno sanitario standard. Saranno poi le Regioni a vincolare, tramite un fondo ad hoc nei propri bilanci, le somme necessarie alla copertura degli oneri da contratti.

Non entrano in questa fase nel fabbisogno standard il miliardo finalizzato dalla legge di Bilancio 2017 sui farmaci innovativi, i 100 milioni per i vaccini, i 75 mln per assunzioni e stabilizzazioni e nemmeno i 113 mln della quota premiale aggiuntiva.

Le quote premiali. Per il riparto dei 282,5 mln di quota premiale, sono considerati i due correttivi alla ponderazione della popolazione relativi a Liguria (la più anziana) e Campania (la più "giovane", per un valore rispettivamente di 83 e 109 mln di euro, pari nel complesso a 192 milioni. «Una sorta di compensazione a valere sulle risorse riguardanti la quota premiale», è la spiegazione.

Il post terremoto. Sempre nelle risorse della quota premiale è stato concordato che una parte pari a 10 milioni sia destinata alle Regioni colpite dal terremoto e una parte pari a 6 milioni alle Regioni che hanno rispettato il tetto della spesa farmaceutica convenzionata sulla base dei dati 2016.

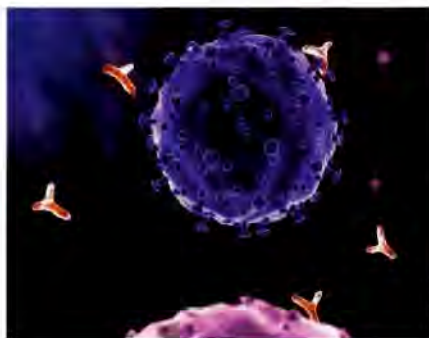
© RIPRODUZIONE RISERVATA

FUOCO AMICO

TROPPE DIFESE AIUTANO I VIRUS: BLOCCIAMOLE

Molti dei virus più pericolosi, come quello dell'influenza aviaria H5N1 oppure Ebola, uccidono le persone anche per l'esagerata risposta immunitaria che scatenano nell'organismo e in particolare nell'apparato respiratorio che, essendo esposto all'ambiente esterno, ha linee di difesa contro i patogeni molto attive.

Nel caso di arrivo di virus o batteri poco conosciuti, la risposta di bronchi e polmoni è spesso una violenta infiammazione, volta a richiamare sul posto, «tanto per essere sicuri», ogni tipo di linfocita, che può però produrre danni al rivestimento degli alveoli, con conseguente accumulo di fluidi e crescente insufficienza respira-



VIRUS ATTACCATO DA ANTICORPI. LA REAZIONE IMMUNITARIA DELL'ORGANISMO A VOLTE PROVOCA INFIAMMAZIONI TANTO FORTI DA RISULTARE LETALI

toria. E questa può risultare più mortale dell'azione stessa del patogeno.

Ricercatori dell'Università di Milano-Bicocca, diretti da Francesco Peri, con colleghi americani e francesi, pensano di aver trovato il modo di contrastare questo involontario autolesionismo del nostro organismo. L'idea è quella di bloccare un

recettore presente sui globuli bianchi, il Tlr4, che ha il compito di percepire gli zuccheri del rivestimento di molti tipi di batteri patogeni e di stimolare perciò la cellula a rilasciare molecole (chemochine e altre citochine), che a loro volta innescano un violento attacco contro l'invasore.

Molti dei virus peggiori inducono infatti le cellule che invadono a rilasciare attivatori del Tlr4, dando così il via a una violenta infiammazione, che è poco efficace nel contrastare i virus stessi, ma danneggia i tessuti e indebolisce ulteriormente l'organismo. «Abbiamo perciò ideato molecole che si legano a Tlr4 e lo bloccano prima che inneschi l'infiammazione, dando così il tempo all'organismo di reagire con la risposta immunitaria appropriata per i virus» dice Peri. Su topi con H5N1, queste molecole si sono dimostrate in grado di prevenire i danni causati dall'attivazione del Tlr4, aumentando le chance di sopravvivenza. (alex saragosa)



**UNA LOTTA
TRA MINACCE
E INSULTI**

Salvo Di Grazia (a sinistra, con il microfono) è un ginecologo che da anni con il blog *Medbunker* fa le pulci alle "ricette" miracolose. Sopra: a sinistra, la vaccinazione in una Asl, a destra Davide Vannoni in corteo a Roma e, accanto, Ryke Geerd Hamer

C'È UN MEDICO CHE SBUGIARDA I CIARLATANI. E BIG PHARMA

di Michele Bocci

Il ginecologo **Salvo Di Grazia** con il suo blog (*Medbunker*) da anni offre un porto sicuro a chi naviga tra le troppe bugie della Rete. Ora ne ha fatto un libro

FIRENZE. Ci ha messo un po' di tempo, il "cacciatore di bufale", a rendersi conto che con il suo blog stava facendo qualcosa di davvero utile. Tutto è cambiato qualche anno fa, quando l'ha chiamato una donna che stava curando un cancro del sangue. Lo faceva con il sistema inventato da un santone che prevedeva di infilare il malato in una cassa di alluminio. La signora voleva un consiglio. «Guardi, vada in ospedale che contro la sua malattia ci sono terapie efficaci» le disse Salvo Di Grazia. Il suo *Medbunker*, uno dei primi siti a essere diventato un approdo sicuro nel mare di panzane del Web, era nato nel 2008. «Ho

cominciato dopo essere incappato nel video di un tale che diceva di aver sconfitto un cancro con il bicarbonato. Grazie a un fermo immagine, mi accorsi che nel referto che sventolava si parlava di un intervento chirurgico. Altro che bicarbonato».

Menzogna e verità, la vita online di Di Grazia, ginecologo ospedaliero, ruota intorno a questi due poli. Lui è stato tra i primi a schierarsi dalla parte della scienza in campo sanitario. E si è preso insulti e minacce. «Non è facile abituarsi agli attacchi» dice. «La cosa più gentile che mi hanno detto è che sono al soldo dall'industria farmaceutica». In realtà il suo libro appena uscito, *Medicine e bugie* (Chiarelettere), non è davvero tenero con Big Pharma (il cartello che riunisce tutte le più grandi multinazionali del farmaco), soprattutto quando racconta di come si cerchi continuamente il modo di far sentire le persone malate, o comunque bisognose di un qualche aiuto, fosse anche un integratore. «Tendono a farci pensare che è sempre necessario prendere qualcosa per stare meglio. Sfruttano le stesse paure su cui fanno leva i ciarlatani. È il business della salute, che trasforma il citta-

dino in un pollo da spennare. Per questo non è strano che nel mio nuovo libro si parli di speculazioni di case farmaceutiche ma anche di cristalloterapia, di cure inappropriate ma anche di finti miracoli dei santoni» spiega Di Grazia.

Negli anni il dottore ha visto crescere il numero dei detrattori: per essersi schierato contro il metodo Stamina di Davide Vannoni; per avere puntato il dito contro le teorie di Ryke Geerd Hamer (il medico tedesco, poi radiato, secondo il quale il corpo è in grado di sconfiggere da solo anche le malattie più gravi); per essersi schierato contro gli anti vaccino. «Per la verità mi succedono cose strane. C'è chi mi attacca violentemente, ma anche chi mi dice di essere un mio grande nemico e di voler comunque

stringermi la mano. Una volta mi ha pure telefonato un santone dicendo che voleva farmi assistere a uno dei suoi riti di guarigione. Non ci sono andato».

Di Grazia solitamente non dà consigli personali. Il caso della donna con il tumore del sangue è stato un'eccezione. Un caso felice, visto che la signora, grazie alle terapie dell'ospedale, alla fine è guarita. □



SOPRA, LA COPERTINA DI **SALUTE E BUGIE** DI SALVO DI GRAZIA (CHIARELETTERE, PP. 244, EURO 15)

IL PRIMO INTERVENTO AL MONDO ALLE «MOLINETTE» DI TORINO

Opera il chirurgo robot: trapianto riuscito

Gianluca Grossi

Primo espianto di rene al mondo eseguito da un «chirurgo» robot all'ospedale Molinette di Torino. A sottoporsi al delicato intervento una donna di 45 anni. «Un macchinario altamente tecnologico che ci ha consentito di lavorare in un'area anatomica che i chirurghi avrebbero fatto fatica a gestire da soli», spiega il professor Paolo Gontero.

a pagina 22

LE FRONTIERE DELLA MEDICINA

Trapianto di rene da record: ha operato il chirurgo robot

Alle Molinette il primo intervento al mondo su una 45enne. Con un organo che doveva essere eliminato

3.317

I trapianti di reni eseguiti in Italia nel 2015, 67 in più rispetto al 2014 e 228 in più rispetto al 2013

Gianluca Grossi

■ Sono fra gli organi più delicati del nostro corpo che, pur ammalandosi, spesso, non danno sintomi. Quando s'interviene, però, potrebbe essere troppo tardi e il rischio è quello di dover periodicamente purificare il sangue attraverso la dialisi. Il dolore, tuttavia, sa bene di averlo patito una 45enne torinese che, dopo avere subito un inutile intervento chirurgico, ha scelto la strada, anche per i medici, più adatta alla sua guarigione: l'espianto definitivo dell'organo. Solo così ha, infatti, potuto eliminare definitivamente il male. Un'operazione unica al mondo, perché per affrontarla gli specialisti hanno utilizzato un robot: «Non di quelli che siamo

soliti immaginare, riproducenti le fattezze di un uomo», ci spiega Paolo Gontero, direttore dell'Urologia universitaria dell'Ospedale Molinette della Città della Salute di Torino, «ma un macchinario altamente tecnologico che ci ha consentito di lavorare in un'area anatomica molto sensibile, che i chirurghi avrebbero fatto fatica a gestire da soli». Insomma, senza il robot non sarebbe stato possibile portare a termine il tradizionale intervento di nefrectomia. E il motivo risiede nella particolare anatomia della signora: «I reni, infatti, risiedono nella zona lombare, in corrispondenza della fine delle vertebre della schiena», continua Gontero, «ma la paziente ne aveva uno dei due a ridosso dell'utero, in una posizione che le provocava gravi e continui dolori». Un rene "diverso" non solo per la posizione, ma anche per l'anatomia; presentava infatti tre arterie che lo irroravano, mentre è un solo vaso afferente a entrare normalmente in gioco nella zona glomerulare (la parte più importante del re-

ne dove vengono filtrate le sostanze da scartare). Tecnicamente in questi casi si parla di rene ectopico pelvico. Ma la storia non finisce qui. Perché il destino del rene espiantato, che ha finalmente ridato serenità a una 45enne torinese, era quello di finire gettato, come accade con tutti gli altri materiali biologici provenienti dalle analisi mediche o dalle operazioni chirurgiche. E invece è stato riutilizzato per restituire la salute a un uomo di 51 anni, da tempo afflitto da una nefropatia che lo costringeva alla dialisi. Dalla donna, quindi, il rene è finito su un tavolo della sala ospedaliera dove - anche grazie alla collaborazione di Luigi Biancone, direttore del reparto di Nefrologia e Maurizio Merlo, chirurgo vasco-



lare - è stata appurata la sua perfetta funzionalità: «Sono passati pochissimi istanti fra l'espianto e il trapianto», ci dice Gontero, «e il rene era in ottimo stato; abbiamo chiuso le tre arterie per poi procedere con il classico intervento di trapianto renale, con l'introduzione del nuovo organo nella fossa iliaca del nefropatico». È la zona dell'addome nella quale, secondo la prassi, vengono inseriti i reni trapiantati, in una sede diversa da quella naturale, ma ideale per ridare la possibilità a un organismo di depurarsi. Poi sono intervenuti altri medici per assicurare al rene trapiantato il corretto «dialogo» con gli ureteri e la vescica. Il futuro? Il robot tornerà presto a fare parlare di sé, essendo in dote all'ospedale torinese da qualche anno, e impiegato regolarmente per interventi urologici di varia natura, coinvolgendo non solo i reni ma anche la vescica e la prostata. Battezzato non a caso Da Vinci (in onore del genio scientifico di Leonardo), continuerà a lavorare grazie ai suoi quattro bracci hitech, tre dei quali perfettamente tarati per maneggiare bisturi, forbici e strumenti elettrochirurgici. Intanto l'equipe medica di Gontero si gode l'eccezionale traguardo raggiunto: due pazienti di mezza età che stanno riprendendo a vivere grazie al perfetto connubio fra uomo e tecnologia.



IL DUO Il robot chirurgo e, nella foto piccola, il professor Paolo Gontero

La piccola potrà vivere solo poche ore

Faranno nascere la loro bimba malformata per donare gli organi e salvare altri neonati

ROBERTA CATANIA

■ ■ ■ Hanno deciso di far nascere la loro bambina, alla quale manca la parte superiore della testa, perché pur vivendo poche ore, la piccola Eva potrà donare gli organi e salvare tanti bimbi malati. Quella che arriva dall'America è una storia di grande coraggio e altruismo.

Alla 19esima settimana di gravidanza, più o meno al quinto mese, quando ogni mamma e papà aspettano l'ecografia morfologica per vedere in 3D l'immagine del proprio bambino che sta per nascere, Keri e Royce Young non hanno avuto il tempo di "giocare" a indovinare le somiglianze. Il verdetto, con quell'esame, è stato subito dei peggiori: Eva è affetta da una grave malformazione, l'anencefalia, che comporta l'assenza di parte della scatola cranica, del cervello e quindi dei centri nervosi che controllano funzioni vegetative e movimenti volontari. Una volta nata, potrà sopravvivere qualche ora, al massimo un paio di giorni.

Due settimane prima di Natale, quando questa giovane coppia di trentenni dell'Oklahoma, con già un figlio di pochi anni, ha avuto questa tremenda notizia, ha pensato all'aborto. Pur avendo passato il terzo mese di gravidanza, in casi come questo è possibile praticarlo. Ovviamente è un intervento emotivamente più dolo-

roso: i medici inducono un parto talmente prematuro, che il bambino muore sicuramente, soprattutto in assenza di tentativi di rianimazione. Un'esperienza ancora più scioccante per una mamma, che deve lottare con i dolori del parto senza essere ripagata dalla gioia di stringere a sé il suo piccolo.

Keri, che si era sempre dichiarata contraria all'aborto, ha spiegato su Facebook di averci «seriamente pensato in quei giorni», di essersi perfino pentita di avere giudicato di sceglieva di interrompere una gravidanza, ma quando i medici hanno spiegato alla coppia che la piccola poteva nascere e salvare tante vite, loro si sono presi tempo per rifletterci.

«Non è stata una decisione facile», scriveva pochi giorni dopo Keri sul Social Network, «per le prossime 20 settimane sentirò i suoi calci, il singhiozzo», pur sapendo che quella bimba morirà. «Come si può immaginare», proseguiva la donna, «siamo devastati, ma stiamo provando a vedere gli aspetti positivi. Amare il tempo che possiamo condividere con Eva ed essere grati per l'impatto che avrà sul mondo». Anche se «vivrà per poco tempo», concludeva la mamma, «Eva donerà tutto quello che può e farà di più nel suo breve soggiorno su questa terra di quanto potrà mai fare io».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Scontro medici-Regione sui non obiettori

Le accuse dell'Ordine provinciale di Roma: concorso discriminatorio. Zingaretti: no, è tutto in regola
 I sindacati: al San Camillo un atto di rispetto della legge 194 che non lede la libertà di coscienza

Mentre i medici si dividono sulla decisione dell'Ospedale San Camillo di Roma di assumere due ginecologi esclusivamente per il servizio di interruzione di gravidanza, il presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti torna a difendere la scelta a difesa dei diritti delle donne. «Le procedure avviate oltre un anno fa, per completare l'organico dei servizi dedicati all'applicazione della legge 194 presso l'ospedale San Camillo, non contengono alcuna forma di iniquità — ha ribadito ieri la Regione in una nota — poiché non vi è nel testo del decreto alcun accenno o riferimento, tra i requisiti previsti, all'obiezione di coscienza, ma una specifica indicazione delle funzioni da svolgere».

Poche ore prima l'Ordine provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma aveva invece criticato la decisione: «Prevedere un con-

corso solo per non obiettori di coscienza ha il significato di discriminazione di chi esercita un diritto sancito dalla bioetica e dalla deontologia medica — così il presidente Giuseppe Lavra—. Soltanto ragioni superiori potrebbero consentire di superare il diritto fondamentale di invocare legittimamente l'obiezione di coscienza in determinate situazioni. Ma non ci risulta esistano».

Non chiude invece l'Ordine nazionale: «Resta comunque da garantire, così come indicato dalla 194, il diritto delle donne a ricevere le prestazioni», anche se «occorre una riflessione più approfondita» ha spiegato la presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), Roberta Chersevani, che porterà la questione «all'attenzione del prossimo Comitato Centrale» l'11 marzo.

Decisamente a favore invece

i sindacati dei medici, secondo i quali l'assunzione di ginecologi non obiettori, «laddove sono già in servizio medici obiettori che non garantiscono l'interruzione volontaria di gravidanza così come prevista dalla 194, è un atto di rispetto della legge e non lede la libertà di coscienza dei medici». Lo scrivono Massimo Cozza (Fp Cgil Medici e Dirigenti sanitari), Roberto Bonfili (Uil Fpl Medici), Mauro Mazzoni (Fassid-Simet medici territorio), Corrado Bibbolino (Fassid-Snr), Alessandra Di Tullio (Fassid-Aipac), Roberta Di Turi (Fassid-Sinafo), Mario Sellini (Fassid-Aopi) che invitano «le tante aziende sanitarie e le regioni che ancora oggi non garantiscono l'autodeterminazione delle donne, così come prescritto dalla legge 194, a seguire la strada intrapresa dall'azienda ospedaliera San Camillo e dalla Regione Lazio».

Elena Tebano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

● L'ospedale San Camillo di Roma ha assunto due ginecologi, sui 2.200 operatori del settore, per il servizio di interruzione di gravidanza

● Nel bando non si menziona alcun divieto di obiezione di coscienza (sarebbe illegale), ma l'assunzione è specifica per quel servizio

La parola

LEGGE 194

È quella che regola l'interruzione volontaria di gravidanza. Approvata nel 1978, nel 1981 fu sottoposta a due referendum per modificarla: uno voluto dai Radicali per liberalizzare del tutto l'aborto, l'altro dai cattolici del Movimento per la Vita per vietarlo. In entrambi vinse il no e non fu cambiata.

