

<http://www.corriere.it/salute/>

LA STORIA

Non era un tumore al cervello, ma l'embrione gemello con denti e ossa

La studentessa indiana non riusciva più a comprendere semplici frasi. Temeva un cancro, poi l'incredibile scoperta: un teratoma, tumore dei tessuti embrionali

di **Cristina Marrone**



Un caso rarissimo per la scienza, una vicenda che sfiora la fantascienza. È la storia di Yamini Karanam, 26 anni, brillante studentessa originaria di Hyderebad in India che si era trasferita a Indianapolis per studiare informatica. Pensava di avere un tumore cerebrale, ma quando i medici l'hanno operata hanno scoperto nel suo cervello i resti di un «gemello» che non si era mai sviluppato con tanto di ossa, denti e peli corporei. «È la mia gemella maligna che mi ha torturato per 26 anni» ha raccontato la ragazza dopo la scoperta, riferendosi ai dolori alla testa che l'hanno accompagnata per anni e che negli ultimi tempi erano diventati insopportabili.

La scoperta

Karanam si era trasferita lo scorso anno negli Stati Uniti, ma la sua nuova vita in America si era trasformata in una tortura. All'inizio si era dimostrata una studentessa capace e dinamica, ma con il passare dei mesi aveva cominciato a manifestare difficoltà a comprendere frasi molto semplici, era confusa, aveva smesso di andare a scuola, dormiva per giorni interi e riusciva a malapena a mangiare. I medici erano convinti che Karanam avesse un tumore in un'area del cervello, la ghiandola pineale, difficile da raggiungere e tutti i neurologi e neurochirurghi che l'avevano visitata temevano che un intervento potesse danneggiare il cervello in modo irreversibile. Alla fine ha accettato di operarla un medico dell'istituto Skullbase di Los Angeles, Hrayr Shahinian, che ha fatto l'incredibile scoperta: non si trattava di un tumore, ma di un teratoma, una vera rarità in medicina, riportata pochissime volte nella storia. «Nella mia vita ho eseguito 8mila operazioni di tumore al cervello. E questa è solo la seconda volta che mi capita un teratoma. Aveva ossa, capelli e dentini» ha raccontato il neurochirurgo. La ragazza, dicono i medici, si sta riprendendo in modo ottimale e dovrebbe tornare a una vita normale entro tre settimane.

Il teratoma e i precedenti

In modo non troppo scientifico si può dire che il teratoma è la presenza all'interno dell'organismo di una persona di un altro essere umano. È un tumore particolare, che colpisce i tessuti embrionali che si sviluppano da gameti mutati e può avere denti, tessuto osseo, muscolare e in alcuni casi anche capelli e peli. Il teratoma crea una persona all'interno di un'altra persona ma per via del Dna difettoso e comunque diverso da quello della persona che lo ospita non si tratta di un clone, ma di un abbozzo di essere umano. Normalmente si sviluppa alla nascita, ma quasi sempre si scopre più avanti con l'età. Recentemente a Hong Kong i medici hanno scoperto due feti parzialmente sviluppati nell'addome di un neonato. Nel 2009 a un vigile del fuoco inglese di 30 anni, Gavin Hyatt, fu asportata dallo stomaco quella che sembrava una cisti ma che in realtà era un «gemello parassita» di quattro centimetri. Lui stesso raccontò l'avventura: «Sentivo dolori lancinanti all'altezza dell'ombelico e quando ho sollevato la camicia ho visto un nodulo che spingeva sulla pelle dall'interno e sanguinava. Come un alien che usciva dalla mia pancia».

SALUTE DI GENERE

Tumore all'ovaio: diagnosi on line per il gene sospetto

Quante donne sono portatrici di alterazioni del gene Brca che predispone al tumore al seno e all'ovaio (*actoonlus.it*)? E quante di loro potrebbero evitare la decisione estrema (vedi Angelina Jolie, *ndr*) di farsi asportare questi organi per scongiurare il cancro? Da oggi, la diagnosi di queste mutazioni potrà essere eseguita in tempi più rapidi rispetto ai lunghi mesi richiesti finora, grazie a una nuova procedura diagnostica, messa a punto al Policlinico Gemelli di Roma (*policlinicogemelli.it*). «Si tratta di una piattaforma diagnostica, accessibile a tutte le strutture specializzate» spiega Giovanni Scambia, direttore del Dipartimento donna e bambino del Gemelli. «Il ginecologo si collega on line e inserisce i dati della paziente, indicando la data in cui viene ritirato il campione inviato, tramite corriere clinico espresso, al nostro laboratorio specializzato. I risultati delle analisi possono quindi essere visionati e scaricati da ciascun medico. A vantaggio di una diagnosi più precoce e della possibilità di iniziare presto una terapia mirata». Se diagnosticato ai primi stadi, il tumore all'ovaio guarisce nell'80 per cento dei casi.

Paola Trombetta



GENTE QUESTA BIMBA THAILANDESE È IL PIÙ GIOVANE ESSERE UMANO CONGELATO

L'IMMORTALITÀ COSTA 260 MILA EURO

La piccola thailandese Matheryn Naovaratpong è morta l'8 gennaio dopo mesi di inutili cure e di sofferenze. Il suo cervello è stato ibernato separatamente dal resto del corpo. Per il congelamento la famiglia ha pagato 260 mila euro.

LA SPERANZA IBERNATA CON LEI

**MATHERYN A NEPPURE 3 ANNI È STATA
CONDANNATA DA UN TUMORE AL CERVELLO.
I GENITORI L'HANNO FATTA METTERE SOTTO
AZOTO SPERANDO CHE IN FUTURO POSSA
"RINASCERE". MA LA SCIENZA DICE: INUTILE**



di Marco Pagani

La speranza, si dice, è l'ultima a morire. Vale anche per Matheryn Naovaratpong, sebbene la sua vita fosse davvero appena all'inizio: è scomparsa a Bangkok l'8 gennaio 2015, uccisa da un tumore al cervello ancora prima di compiere 3 anni. Eppure la bambina thailandese è già entrata nella storia: è diventata, infatti, il più giovane essere umano a venire ibernato. «La sua venuta al mondo, del resto, è stata possibile proprio grazie alla scienza e all'aiuto di una donna che ha portato a termine la gestazione e il parto al posto della sua vera madre, che aveva perso l'utero alla nascita del primogenito», hanno raccontato i dottori che l'avevano in cura. «I suoi genitori, ora, si affidano alla speranza che le future conoscenze mediche riescano a ridestarla e a guarirla».

Il calvario di Matheryn, soprannominata Einz in famiglia, è cominciato una mattina di aprile dell'anno scorso, quando andò in ►

**IL SIGNORE
DEL SOTTOZERO**
Scottsdale (Stati Uniti). Max More, presidente dell'Alcor Life Extension Foundation, dove è stata ibernata Matheryn. Alle sue spalle, i contenitori in cui i corpi vengono conservati a 196 gradi sottozero.



UN CALVARIO DI 12 OPERAZIONI
La piccola Matheryn accudita da uno dei dottori dell'ospedale di Bangkok, dove è stata curata. Durante la degenza la piccola ha subito 12 operazioni, 20 sedute di radioterapia e 20 di chemioterapia, ma ogni cura per lei è stata inutile. Sotto, Matheryn in un momento felice prima di essere colpita dal male.

fumo ogni tentativo di farla svegliare da un sonno troppo profondo per essere normale. Ovviamente preoccupati, il papà e la mamma la portarono in ospedale, dove il responso fu terribile: alla bimba venne diagnosticato un ependiloblastoma, una forma tumorale molto rara che colpisce in giovanissima età. I trattamenti per tentare di sconfiggere il male furono tremendi: ben 12 interventi chirurgici, 20 sedute di radioterapia e altrettante di chemioterapia. Tutto inutile, la malattia si era impossessata dell'80 per cento dell'emisfero sinistro del cervello della piccola.

«Nel momento in cui è diventato evidente che Matheryn era prossima alla fine e che non esisteva alcun rimedio capace di salvarla, i genitori si sono messi in contatto con noi», ha spiegato Max More, il presidente dell'americana Alcor Life Extension Foundation (www.alcor.org), uno dei tre centri al mondo specializzati nell'ibernazione umana (gli altri sono il Cryonics Institute, www.cryonics.org, che si trova anch'esso negli Stati Uniti, e il KrioRus, www.kriorus.ru, in Russia). L'Alcor è una vera istituzione nella tecnica del congelamento dei corpi. È conservato nella sua sede di Scottsdale, in Arizona, per esempio, il primo uomo al mondo ad aver af-



fidato al freddo le sue estreme speranze: James Bedford, un professore di psicologia dell'Università della California, deceduto a 73 anni il 12 gennaio 1967 e da allora immerso nell'azoto liquido alla temperatura di 196 gradi sottozero.

Matheryn è l'ultima arrivata, la paziente numero 134 dell'azienda statunitense. E per lei i suoi genitori hanno scelto un "ricovero" particolare: il cer-

vello e il corpo della loro bambina, infatti, sono stati ibernati separatamente, pratica del tutto legale e autorizzata naturalmente. A cosa serve? «Il cervello è l'organo fondamentale per la vita di una persona. La grande sfida per il futuro è riuscire a riparare quello della piccola Naovaratpong e impiantarla guarita nel suo corpicino o magari in un altro meno provato dalla malattia e dalle terapie intensive che ha subito lei», hanno dichiarato gli esperti dell'Alcor. Il costo dell'operazione non è indifferente: ibernare il solo cervello costa 80 mila dollari (circa 75 mila euro), cui si aggiungono i 200 mila dollari (185 mila euro) del corpo.

Ma alla luce delle odierne conoscenze, rianimare dall'ibernazione una persona deceduta sarà possibile? «Non c'è nessuna base scientifica che lo permetta, non c'è alcuna speranza», sentenza il professor Alessandro Ducati, direttore di neurochirurgia alle Molinette di Torino. Per questo, nel dubbio, i genitori di Matheryn hanno dichiarato che se la tecnica dell'ibernazione non avrà sviluppi positivi, i medici potranno utilizzare le cellule cerebrali della bimba per trovare una cura per l'ependiloblastoma. «È l'unica scelta sensata», dice Ducati, «se non tornerà in vita, la piccola almeno avrà aiutato altri bimbi».

C'è anche chi ha già deciso per conto suo di farsi ibernare quando esalerà l'ultimo respiro. È il caso di Giovanni Ranzo, 55 anni, insegnante di italiano in un liceo di Roma. «Amo troppo la vita e l'idea di lasciarla mi angoscia», ha confessato. La sorpresa è che in Italia si ritrova in buona compagnia: Giovanni è uno dei dieci nostri connazionali in lista d'attesa per assicurarsi l'immortalità. Buona fortuna a loro. E ancor di più a Matheryn.

Marco Pagani

IN ITALIA SONO DIECI LE PERSONE IN ATTESA DI ESSERE IBERNATE

[Share](#)  stampa

In sette anni 295 casi di suicidio in ospedale. E poi cadute "fatali" ed errori chirurgici. Il rapporto del Ministero sugli eventi avversi

Publicato il 5° Rapporto del ministero della Salute sugli "Eventi sentinella" che raccoglie i dati delle segnalazioni provenienti dalle Regioni. Dal 2005 al 2012 segnalati 1.918 eventi avversi, di cui il 35% con morte del paziente, che si sarebbero potuti evitare. Ma secondo il ministero il dato risente di una forte "sotto-segnalazione". [IL RAPPORTO](#).



24 APR - Sono 1.918 le segnalazioni di eventi sentinella (eventi avversi particolarmente gravi e potenzialmente evitabili, che possono comportare la morte o un grave danno al paziente) accaduti nelle strutture del Servizio sanitario nazionale (SSN) tra il 2005 e il 2012.

L'evento più segnalato con 471 casi (24,6% del totale) è la "morte o grave danno per caduta di paziente", seguito dal "suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" con 295 casi (15,4%). L'evento ha comportato la morte del paziente nel 35,6% dei casi, mentre si è verificato un trauma grave nel 15,9% dei casi e un reintervento chirurgico nel 10,6%.

Gli eventi segnalati si sono verificati principalmente nei reparti di degenza (39,3%), seguiti dalla sala operatoria (18,7%), e l'area di assistenza maggiormente interessata è stata la medicina generale (13,6%), seguita da ostetricia e ginecologia (10,8%).

Sono questi alcuni dei risultati illustrati nel 5° Rapporto di monitoraggio degli eventi sentinella, a cura della Direzione generale della programmazione sanitaria del [Ministero della Salute](#), che ha analizzato tutti gli eventi sentinella segnalati dalle strutture del SSN, validati da Regioni e PA e [Ministero della Salute](#), raccolti nel SIMES (Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità) dal settembre 2005 al dicembre 2012.

Considerate nel complesso, le discipline chirurgiche sono le più coinvolte nella segnalazione degli eventi e ciò è allineato con il numero totale di eventi chirurgici segnalati che, nell'insieme, assommano ad oltre il 15% del totale. Per quanto riguarda gli esiti, il decesso avviene in circa il 35% dei casi, dato in diminuzione rispetto al precedente rapporto e in correlazione all'incremento di segnalazioni per evento caduta il cui esito più frequente è rappresentato da trauma con intervento chirurgico.

In continuità [con il precedente rapporto](#) - si legge nel documento del ministero - si rileva l'elevata frequenza, tra i fattori contribuenti, della mancanza, inadeguatezza ed inosservanza di Linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure, anche se le differenze rispetto ad altri fattori, quali la comunicazione e i fattori umani, variano in relazione alla tipologia di evento, per esempio i problemi di comunicazione rappresentano una rilevante criticità nell'evento "Morte materna", "Morte o disabilità neonatale" e "Triage" mentre i fattori umani sono rilevanti nell'"Evento trasfusionale".

Per il ministero, quindi, "Permangono l'esigenza di strategie per migliorare la capacità delle strutture sanitarie nell'attuare interventi di prevenzione, soprattutto l'applicazione di protocolli e di procedure e il monitoraggio della loro attuazione attraverso idonei indicatori. In tal senso, deve essere sistematicamente promossa la diffusione e l'applicazione nei vari contesti delle raccomandazioni disponibili e delle buone pratiche prodotte sia in ambito nazionale che internazionale".

Nonostante i buoni risultati raggiunti - si legge nella nota del ministero - la sottosegnalazione rimane una problematica rilevante, evidenziando che le motivazioni culturali e organizzative alla base del fenomeno sono ancora forti e diffuse.

Rispetto agli eventi sentinella censiti (2.394), quelli validati sono stati 1.918, indicando "la necessità di interventi mirati su singole realtà aziendali e regionali per migliorare l'accuratezza e la qualità delle informazioni".

"Si deve infine sottolineare - scrive il ministero nel Rapporto - che il monitoraggio degli eventi sentinella è un indicatore significativo di cultura della sicurezza nei vari contesti organizzativi ed è uno dei criteri di valutazione nelle attività di monitoraggio della effettiva erogazione dei Livelli di Assistenza e, a partire dal 2010, viene considerato tra i parametri che le Regioni devono dimostrare di avere adempiuto ai fini della certificazione in tal senso da parte del [Ministero della Salute](#)".

TIPO EVENTO	N°	%
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	471	24,6
SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	295	15,4
OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	275	14,3
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	165	8,6
STRUMENTO O ALTRO MATERIALE LASCIATO ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO CHE RICHIEDA UN SUCCESSIVO INTERVENTO O ULTERIORI PROCEDURE	159	8,29
MORTE O GRAVE DANNO IMPREVISTO CONSEGUENTE AD INTERVENTO CHIRURGICO	135	7,04
MORTE O DISABILITÀ PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI NON CORRELATA A MALATTIA CONGENITA	82	4,28
MORTE, COMA O GRAVI ALTERAZIONI FUNZIONALI DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA	79	4,12
REAZIONE TRASFUSIONALE CONSEGUENTE AD INCOMPATIBILITÀ ABO	72	3,75
MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	55	2,87

segui [ilFarmacistaonline.it](#)

iPiùletti (ultimi 7 giorni)

- Farmaci equivalenti. Ministero dice no a sostituzione del farmacista quando in ricetta è indicata anche azienda produttrice
- Fofi. Andrea Mandelli e Luigi D'Ambrosio Lettieri confermati ai vertici della Federazione
- "Falsi Miti e Vere Eccellenze". Lorenzin contro i luoghi comuni della sanità per concentrarsi sui problemi veri. Prezzi pazzi per le siringhe? Marletta: "Il 90% costa in tutta Italia solo 0,11 centesimi. Altro che prezzi ballerini!"
- Farmaci. Per il 35,2% degli italiani offerta Ssn insufficiente. E crisi economica e cattiva politica frenano le imprese. Il rapporto Censis-Forum Ricerca Biomedica
- La rabbia dei medici. "Con queste Regioni l'art. 32 della Costituzione è morto. È bene che i cittadini lo sappiano. Governo intervenga"
- Anteprima. Manovra sanità.** Intesa slitta al 29 aprile. Ma nuova proposta è pronta. **Il testo**
- Lauree e lavoro in sanità. Gli infermieri i più richiesti, i farmacisti i più stabili, i medici i più pagati. Il rapporto Almalaura
- Lotta a sprechi e corruzione e informatizzazione del sistema. Per gli italiani sono queste le due "armi" da usare per salvare il soldato Ssn
- Settimana Mondiale Immunodeficienze Primitive. Senza diagnosi dal 70 al 90% dei casi. I "dieci" segnali di allarme per bambini e adulti
- Manovra. "Con biosimilari risparmi fino a 500 mln l'anno". La proposta di aziende e pazienti

segui [quotidianosanita.it](#) [Tweet](#) [stampa](#)


La manovra e i Lea. Da livelli di assistenza “essenziali” a “estinti”?

E' difficile far credere ai cittadini e agli operatori sanitari che gli ulteriori sacrifici non incideranno sulla qualità delle prestazioni e sulle condizioni di lavoro, a meno che non si voglia tagliare i costi della politica regionale. Ma da questo orecchio sono tutti sordi



24 APR - Quando la politica dichiara che in sanità è necessario salvaguardare i livelli e la qualità dei servizi, che occorre investire e non solo risparmiare, che il finanziamento è sottostimato rispetto al PIL, allora, e solo allora, si ha la certezza che è stato raggiunto l'ennesimo accordo sui tagli al nostro SSN.

Riconosciamo al Ministro Lorenzin il proprio impegno nel rilanciare le vere eccellenze del nostro sistema salute rispetto ai falsi miti, nel chiedere con forza lo sblocco del turnover, nel sostenere che occorre valorizzare i professionisti della salute; peccato, però, che la Sanità non è mai stata presente nell'agenda di Renzi e dei suoi predecessori per cui i "desiderata" del Ministro restano tali e con Lei sono vanificate le aspettative di centinaia di migliaia di operatori sanitari

e di milioni di cittadini italiani.

È indubbio che l'irrefrenabile spesa sanitaria è la conseguenza di un federalismo spinto che ha raggiunto ormai un livello patologico, non più contrastabile con provvedimenti "tamponi". Non dimentichiamo, infatti, che l'autonomia regionale ha espresso ben 521 consiglieri regionali indagati su 1.111 (l'Espresso), che i costi dei Consigli regionali ammontano a circa 1 miliardo di euro/anno (Prof. Roberto Perotti), che la spesa media di ciascun consigliere regionale è di 743.000 euro (il Sole24 ore) ma, soprattutto, che il bilancio regionale è in gran parte finanziato dalla sanità per cui ogni intervento di contenimento della spesa non potrà che riguardare la sanità stessa con inevitabili ripercussioni sui livelli di assistenza. Ed, allora, è difficile far credere ai cittadini e agli operatori sanitari che gli ulteriori sacrifici non incideranno sulla qualità delle prestazioni e sulle condizioni di lavoro, a meno che non si voglia tagliare i costi della politica regionale.

Diventa, quindi, provocatoria ogni dichiarazione finalizzata a distogliere l'attenzione dal vero problema che è quello del "cannibalismo federale", ad iniziare da chi chiede di devolvere la retribuzione di risultato dei dirigenti pubblici per pagare i farmaci agli anziani, a chi immagina che le prestazioni sanitarie inappropriate debbano essere oggetto di denuncia alla Corte dei Conti, fino a chi studia il sistema di tagliare 1.000 "primariati" per contenere alcuni costi che manterranno in vita le spese regionali extra.

Non è la difesa, a tutti i costi, dei 1.000 direttori di unità complesse ed, a cascata, dei 1.300 responsabili di strutture semplici ma è l'evidenza del taglio di oltre 2.000 linee produttive clinico-assistenziali. Tanto determina una ulteriore riduzione dell'offerta sanitaria con aumento dei

tempi di attesa in un contesto in cui circa sono 9 milioni gli italiani indigenti dichiarano di non poter curarsi e oltre il 22% dei cittadini che pagano le prestazioni in proprio; in sintesi circa il 37% della popolazione italiana, per un verso o per l'altro, non ha più tutele assistenziali.

Non ci meravigliamo, quindi, quando i Pronto Soccorso sono presi d'assalto, quando in inverno le barelle intasano le corsie degli ospedali, quando occorre aspettare mesi per un intervento chirurgico importante, quando l'esasperazione dei medici e del personale sanitario ma, soprattutto, dei cittadini raggiunge limiti imprevedibili.

A riprova di ciò l'assenza di accordi tra Stato e Regioni relativamente a possibili tagli di strutture amministrative e l'ampliamento delle strutture gestionali non mediche.

Ed allora diventa marginale anche l'articolo 22 del Patto della Salute che vorrebbe valorizzare i professionisti della salute perché appare del tutto evidente l'impossibilità di implementare un vero sviluppo di carriera a meno che non sia a titolo gratuito sia per i medici che per gli infermieri; tuttavia la vera fonte di preoccupazione è, oggi, legata all'eccessivo aumento delle responsabilità per quei medici che, in un contesto di aggregazione per macroaree, si troveranno a dover operare tra più presidi distanti anche decine di chilometri tra loro.

Il Titolo V della Costituzione, così come oggi concepito, è il vero problema della sanità italiana, occorre che il Ministero della Salute acquisisca nuovamente il ruolo di garante dei Livelli Uniformi di Assistenza (LEU), acronimo introdotto dal DLvo 502/92 e scomparso da tempo, ed impedisca che gli attuali LEA, ovvero i Livelli Essenziali di Assistenza si traducono in Livelli Estinti di Assistenza.

Guido Quici
 Vice Presidente Vicario CIMO


[Share](#) stampa

Manovra sanità. Lorenzin e Gutgeld: “Non sono tagli. Eliminiamo gli sprechi”. Ma le Regioni non la pensano così

Ampio dibattito su Radio Anchio in tema di sanità. Lorenzin: “Nel 2015 è mancato incremento”. Gutgeld: “Obiettivo efficienza”. Ma Zaia non ci sta: “Sono tagli orizzontali”. E Chiamparino precisa: “Sacrificio possibile solo per quest’anno”. Aceti (Cittadinanzattiva): “Sono tagli e lo dice anche il Def”.



24 APR - “Nel 2015 non c’è un taglio alla sanità ma un mancato incremento. E sono le Regioni che hanno deciso di sacrificare quest’aspetto. Non è stata scelta del governo che aveva messo le risorse nella legge di Stabilità”. Torna sul caldo argomento dei tagli al comparto il [ministro della Salute, Beatrice Lorenzin](#) ospite questa mattina della trasmissione radiofonica *Radio Anchio* su Radio 1. Con lei sono intervenuti anche il commissario alla Spending review Yoram Gutgeld, il sottosegretario alla Salute, [Vito De Filippo](#), il coordinatore di Cittadinanzattiva, Tonino Aceti, il presidente della Regione Veneto Luca Zaia e il candidato alla presidenza della Regione Puglia Michele Emiliano e in registrata il presidente della Regione Piemonte Sergio

Chiamparino. Un ampio dibattito che ha visto contrapposte soprattutto le tesi del Governo con quelle di cittadini e Regioni.

Il [Ministro della Salute Beatrice Lorenzin](#) ospite insieme al commissario della spending nella prima parte ha subito precisato come “Gutgeld sia un interlocutore privilegiato ed è fondamentale riuscire ad avere intesa sull’obiettivo di una spesa pubblica efficiente e produttiva e per quanto mi riguarda che si trasferisce con i servizi ai cittadini”.

Lorenzin ha evidenziato che “ci sono zone d’ombra per effetto del federalismo sanitario che ha accentuato le differenze. E in molte regioni, soprattutto del Sud c’è molto da fare. Anche se l’Italia spende il 6,8% del Pil per la sanità che è un valore basso in Europa. Nella sanità italiana non c’è più da fare i tagli lineari. È stato fatto tutto. Si può risparmiare per migliorare i servizi. In ospedali grandi margini.”.

“Ora – ha precisato - aiutiamo le Regioni a reggere”. Il Ministro ha toccato anche il tema del Policlinico Umberto I. “È un caso scuola. Siamo in una Regione in piano di rientro che ha il disavanzo più alto. I cittadini pagano e abbiamo aliquota irpef più alta. Il Policlinico sarebbe stato molto più economico farne uno nuovo. Ora abbiamo stanziato 250 mln per riammodernarlo ma è chiaro che è una struttura centenaria. Ma il Policlinico nonostante le difficoltà ha reparti di eccellenza perché la differenza la fanno le tecnologie ma anche e soprattutto la qualità del personale”.

Lorenzin ha poi ricordato il tema dei falsi di miti protagonista dell’evento organizzato martedì scorso. E si è soffermata sul caso dei vaccini fluad “per cui abbiamo avuto un aumento dei morti da influenza”. Una battuta anche sulla revisione del prontuario farmaceutico con la rassicurazione che la revisione “non graverà sui cittadini” e infine puntare su “regole più rigide per il socio assistenziale”.

Sugli obiettivi per il futuro [Yoram Gutgeld](#) commissario spending review si è trovato in sintonia con il Ministro. “L’obiettivo non è tagliare, ma rendere la nostra sanità più efficiente. Eliminare gli sprechi e trovare opportunità per offrire servizi in modo meno costoso. In sanità noi abbiamo ancora che lo stesso prodotto viene comprato dagli ospedali con prezzi diversi. L’anno scorso siamo andati verso la creazione di un percorso per avere un’unica centrale d’acquisto in ogni regione. Il Percorso sarà chiuso entro settembre e ci consentirà di risparmiare”.

“L’obiettivo del lavoro che stiamo facendo non è di adottare interventi che riducono i servizi. Non abbiamo volontà di incidere sull’out of pocket dei cittadini. Vogliamo rendere il sistema più efficiente per dare maggiori servizi”.

In contrapposizione [Tonino Aceti](#) di Cittadinanzattiva che ha rimarcato come “stando ai fatti non alla parole. Regioni e governo hanno deciso di tagliare il fondo nazionale per il 2015 e 2016 per un totale di 5 miliardi. E questa informazione trova riscontro oggettivo nel Def. Nella realtà concretamente si sta tagliando il servizio sanitario pubblico”.

Aceti ha denunciato che “l’Intesa Stato Regioni è fortemente penalizzante per cittadini. Si sta pensando che le prestazioni inappropriate dovrebbero essere a carico dei cittadini. Questa è una strada fortemente sbagliata”.

Una battuta anche sulla riforma delle cure primarie. “È necessario che medici di famiglia si mettano in gioco e lascino i vecchi schemi. Mettendo al centro i pazienti e non le retribuzioni”.

Il sottosegretario alla Salute, [Vito De Filippo](#) ha ribadito la linea governativa evidenziando come “taglio è la parola più facile che viene usata. L’accordo che stiamo facendo non ha impatto su servizi ai cittadini. La cifra più consistente è sugli acquisti di beni e servizi e lì si può fare un lavoro di risparmio”.

In riferimento al tema delle prescrizioni appropriate il sottosegretario ha affermato come “sulla specialistica è noto che in molte parti del Paese vi sono dati di prestazione che non sono basati su dati epidemiologici. C’è un’attività certe volte che fa più bene allo specialista più che rispondere a un bisogno. Ma la cifre sono molto piccole”.

Con un intervento registrato è intervenuto anche il presidente della Conferenza delle Regioni, [Sergio Chiamparino](#) che ha affrontato il tema tagli. “Mercoledì sera si era molto vicini all’intesa. Noi abbiamo fatto un sacrificio per il 2105, ma per rendere sostenibile il sistema su per esempio farmaci innovativi salva vita e ampliamento dei Lea, possiamo fare il miracolo solo quest’anno e per questo occorre confermare un aumento delle risorse per i prossimi anni”. Una battuta anche sui ticket: “Non vogliamo aumentarli ma redistribuirli per favorire l’equità”.

Nell’ultima parte di trasmissione [Luca Zaia](#) (Lega Nord), il presidente della Regione Veneto e candidato

 segui [ilFarmacistaonline.it](#)


feed

newsletter

archivio

iPiùletti (ultimi 7 giorni)

- 1 Farmaci equivalenti. Ministero dice no a sostituzione del farmacista quando in ricetta è indicata anche azienda produttrice
- 2 Fofi. Andrea Mandelli e Luigi D’Ambrosio Lettieri confermati ai vertici della Federazione
- 3 “Falsi Miti e Vere Eccellenze”. Lorenzin contro i luoghi comuni della sanità per concentrarsi sui problemi veri. Prezzi pazzi per le siringhe? Marletta: “Il 90% costa in tutta Italia solo 0,11 centesimi. Altro che prezzi ballerini!”
- 4 Farmaci. Per il 35,2% degli italiani offerta Ssn insufficiente. E crisi economica e cattiva politica frenano le imprese. Il rapporto Censis-Forum Ricerca Biomedica
- 5 La rabbia dei medici. “Con queste Regioni l’art. 32 della Costituzione è morto. È bene che i cittadini lo sappiano. Governo intervenga”
- 6 **Anteprima. Manovra sanità.** Intesa slitta al 29 aprile. Ma nuova proposta è pronta. **Il testo**
- 7 Lauree e lavoro in sanità. Gli infermieri i più richiesti, i farmacisti i più stabili, i medici i più pagati. Il rapporto Almalaurea
- 8 Lotta a sprechi e corruzione e informatizzazione del sistema. Per gli italiani sono queste le due “armi” da usare per salvare il soldato Ssn
- 9 Settimana Mondiale Immunodeficienze Primitive. Senza diagnosi dal 70 al 90% dei casi. I “dieci” segnali di allarme per bambini e adulti
- 10 Manovra. “Con biosimilari risparmi fino a 500 mln l’anno”. La proposta di aziende e pazienti

anche alle prossime elezioni regionali conferma le barricate. "Noi siamo l'unica regione che ha votato contro l'intesa. Il taglio è fatto in maniera orizzontale il che significa affossare il beneficio dei costi standard. Nel momento in cui si taglia il fondo, ciò ricade in percentuale su ogni regione. Ma perché devo lasciare sul tappeto 200 mln al pari di altre regioni che sprecano? Noi non applichiamo l'addizionale irpef e i ticket aggiuntivi. Si vogliono coprire gli sprechi degli altri. Il Governo ci sta lasciando in mezzo al guado. Ministro compreso". Per il governatore del Veneto "è un fatto di civiltà" e poi un'altra stoccata al Ministro: "Non ci si può riempire la bocca con i costi standard. Sono stati applicati per 2 mesi anche se sono applicabili dal novembre del 2011. Abbiamo pure pagato dei tecnici per costruirli ed è tutto fermo". Se invece fossero applicati è la tesi di Zaia uscirebbero "miliardi di euro di sprechi".

"Il governo centrale prova a tagliare e noi dobbiamo insistere è il gioco delle parti". Ha affermato **Michele Emiliano** (Pd) candidato governatore della Regione Puglia. "Ha ragione Zaia quando dice che ci sono margini per risparmiare soldi. È vero che ci sono differenze enormi. Non esiste un sistema unico di verificare le performance. Quando uno fa l'amministratore ad uno non gliene frega niente delle appartenenze politiche, certo c'è il marketing della Lega, ma i nostri avversari sono problemi"

"Le Regioni del sud – ha precisato - sono in risanamento per responsabilità loro, ma è difficile. È un'operazione da lacrima e sangue". Emiliano ha poi specificato che "se dovessi diventare presidente mi terrò la delega alla sanità. Noi spendiamo l'80% del budget in sanità. Siamo in situazione difficile. Non ci consola di essere una regione virtuosa del centro sud ma vogliamo esserlo in tutto il paese".

24 aprile 2015

© RIPRODUZIONE RISERVATA

articoli precedenti

- :: [Decreto Ilva. Via libera definitiva dal Senato](#)
- :: [Costi standard. Rinviata a settembre la decisione sulle tre regioni benchmark](#)
- :: [Di Fare. Parere favorevole della Commissione Sanità del Senato](#)
- :: [Camera. Approvata la Legge di delegazione europea 2013 con le norme anti-vivisezione](#)
- :: [Di lavoro. Emendamento Barani salva stipendi dipendenti Asl nelle Regioni in Piano di rientro](#)

IlFarmacista online
Quotidiano della Federazione
degli Ordini
dei Farmacisti Italiani
www.fofi.it

Direttore responsabile
Andrea Mandelli

Direttore editoriale
Cesare Fassari

Editore
Edizioni Health Communication
srl
[contatti](#)
P.I. 08842011002
Riproduzione riservata.



Farmaci, acquisti, ricoveri e ricette Nella sanità tagli per 2,6 miliardi

Fitch conferma il rating all'Italia: «Più stabilità, avanti con le riforme. Crescita debole»



**De
Vincenti**
Spendere
meno per
dare più
servizi, è un
vantaggio
per i
cittadini

ROMA Prendono forma i tagli alla sanità, due miliardi e 600 milioni per il 2015 se si include la riduzione del fondo per l'edilizia sanitaria già concordato a febbraio. L'intesa tra Stato e Regioni potrebbe arrivare il 29 aprile. La discussione era prevista l'altro ieri, ma l'appuntamento è slittato, segno che il braccio di ferro continua.

Il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Claudio De Vincenti preferisce parlare di «razionalizzazione. Se si è in grado di spendere meno risorse per dare più servizi è un vantaggio per i cittadini». Facile a dirsi. La percezione da parte di chi la sanità la vive tutti i giorni, quindi malati, medici, infermieri, è tutt'altro che efficienza e crescita. I comparti interessati dalla stretta non sono nuovi alle manovre. Farmaceutica, dispositivi medici (ampia categoria di prodotti che vanno dalla siringa alle apparecchiature), acquisto di beni e servizi, prescrizioni di visite specialistiche ed esami ambulatoriali inappropriati, cioè non giustificati dalla reale necessità del paziente.

Medicine, il risparmio stimato è di 235 milioni. Deriva dalla revisione del prontuario da parte dell'agenzia nazionale Aifa anticipata al 30 giugno. In realtà è difficile che in così poco tempo i tecnici riescano a compiere un vero e proprio giro di boa. Verrà rivisto l'elenco dei prezzi di riferimento che indicano il prezzo massimo di rimborso per i farmaci «terapeuticamente assimilabili». Più responsabilità per le azien-

de produttrici, chiamate a intervenire in caso di superamento dei tetti di spesa: 310 milioni in meno. Attenzione al fondo per i farmaci innovativi, istituito dalla legge di Stabilità per rimborsare le nuove cure contro l'epatite C. La spesa in più incide sul tetto territoriale.

Rientrata la «patrimoniale» sui medici che prescrivono esami sproporzionati. Non pagheranno personalmente. Ne risponderanno i direttori generali delle Asl alla verifica di fine nomina. E ancora, taglio alle convenzioni con le cliniche private al di sotto dei 40 posti letto a meno che non si tratti di centri specialistici, ad esempio solo oftalmologia, odontoiatria, ortopedia. Tra i punti, la «riduzione progressiva delle centrali del 118», conseguenza della riorganizzazione della rete ospedaliera. Alcune Regioni hanno cominciato a unificarle. In Toscana le centrali sono scese da 12 a 6, in Emilia Romagna da 12 a 3, Lombardia da 9 a 4 e Piemonte da 8 a 4.

Un incoraggiamento è arrivato ieri sera da Fitch che ha confermato il rating all'Italia sulle considerazioni di una maggiore stabilità anche se, ha rilevato l'agenzia americana, le riforme vanno completate e la crescita è ancora fragile.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I tagli alla Sanità

La proposta alle Regioni

Dati in milioni di euro

Dispositivi medici	845
Beni e servizi	652,5
Riduzione finanziamento farmaceutica	310
Edilizia sanitaria	285
Revisione prontuario farmaci e sconto su biotecnologici	235*
Prescrizioni	106
Riduzione ricoveri inappropriati	89
Riduzione primariati	68
Chiusura cliniche con meno di 40 letti	10
Totale	2.600,5

*Il dato è riferito ai 200 milioni di risparmi per i sei mesi del 2015

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità

d'Arco

La vicenda



● È attesa per il 29 aprile l'intesa tra Stato e Regioni che potrebbe decidere sui tagli alla sanità

● Il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Claudio De Vincenti (foto) sostiene che se si è in grado «di spendere meno risorse per dare più servizi, è un vantaggio per cittadini»

● Farmaci, prescrizioni di visite specialistiche ed esami ambulatoriali i settori in cui si concentrano i tagli

● I risparmi stimati dalla manovra sono pari a 2,6 miliardi nel 2015 se si include anche la riduzione del fondo per l'edilizia sanitaria

In regola solo poche regioni. E i medici chiedono l'abrogazione della norma

Infermieri, riforma ferma

In stand-by le competenze specialistiche

DI **BENEDETTA PACELLI**

Le nuove competenze degli infermieri restano al palo. L'attuazione del principio contenuto nella legge di Stabilità del 2015 (comma 566) che ridisegna la professione infermieristica affidandogli competenze specialistiche in sei distinte aree di sviluppo, rimane fermo al punto di partenza. E mentre il governo cerca la difficile quadratura del cerchio con i medici, le regioni in ordine sparso stanno di fatto già applicando quel nuovo modello per la sanità.

La manovra in questione prevede «ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia», un accordo stato-regioni, che di fatto aveva già ricevuto il via libera dei governatori diverso tempo fa e che definisca «i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari». Dunque accordi che innanzitutto amplino le attuali competenze di infermieri e in seconda battuta delle altre professioni sanitarie, attuando nello stes-

so tempo quella riforma attesa da quasi dieci anni (legge 43/06).

La norma prevede inoltre l'elaborazione di protocolli concordati e condivisi tra le professioni interessate, con cui definire ulteriori competenze avanzate e specialistiche. Si tratta, come affermato più volte dal governo, di uno snodo decisivo per l'attuale modello sanitario finalizzato in particolare alla riorganizzazione del lavoro nelle strutture pubbliche, dove il dispiegamento delle diverse professioni, a cominciare da quella infermieristica, consentirebbe di recuperare efficienza anche a livello di risorse. Ed è quello che sta accadendo in molte regioni. L'ultima in ordine temporale è la regione Lazio che richiama le esperienze toscana ed emiliano romagnola

già vagliate dalla magistratura e fa riferimento al modello

anglosassone di gestione dei pazienti in pronto soccorso. Si tratta del «See and treat», un modello di riorganizzazione sanitaria che abilita gli infermieri a fare diagnosi per piccoli casi. Questo modello adottato in Toscana su proposta della locale Società di medicina d'urgenza consente già a infermieri, debitamente formati, di gestire nei Dea i codici bianchi, mentre in Emilia di svolgere il trattamento perioperatorio. Ma la novità per ora è destinata a rimanere nel cassetto. Dopo le sigle sindacali dei camici bianchi che in una lettera al [ministro della salute Beatrice Lorenzin](#) e al presidente della conferenza stato-regioni Sergio Chiamparino hanno chiesto di abolire il comma poiché «un pilastro dell'ordinamento professionale viene apoditticamente e strumentalmente vivisezionato», arriva la protesta di 26 ordini territoriali dei medici che hanno chiesto al presidente della Federazione nazionale (Fnomceo) Roberta Chersevani di convocare un consiglio urgente per proporre l'abolizione della norma.

—© Riproduzione riservata—■



[Share](#)  stampa

Medici di famiglia in sciopero. Fimmg rompe gli indugi: studi chiusi il 19 maggio dalle 8 alle 20

Quattro ore di sciopero anche per medici continuità assistenziale, emergenza sanitaria, servizi territoriali e medicina penitenziaria. Garantite le prestazioni indispensabili. "Le trattative risultano sospese da circa 6 mesi, nonostante in data 4 marzo sia stato condiviso un documento politico con l'obiettivo esplicito di far ripartire rapidamente le trattative per il rinnovo convenzionale". [LA LETTERA](#)



25 APR - Si alza il livello della protesta per il rinnovo degli accordi per la medicina convenzionata. I medici di famiglia della Fimmg, dopo la minaccia di ieri, hanno deciso di proclamare una giornata di sciopero per il prossimo 19 maggio. "L'azione di protesta è rivolta alla Conferenza delle Regioni per la mancata attuazione della legge n. 189 del 2012 (Balduzzi) che prevede al comma 6, articolo 1, l'obbligo per le Regioni di pervenire alla stipula degli Accordi Collettivi Nazionali per la medicina generale entro 6 mesi". È quanto scrive il segretario nazionale della Fimmg, **Giacomo Milillo** nella comunicazione al **Ministro della Salute Beatrice Lorenzin**, al **Ministro dell'Interno Angelino Alfano**, al **Ministro del Lavoro Giuliano Poletti**, al **Presidente della Conferenza delle Regioni Sergio Chiamparino** e al **Presidente della Commissione di Garanzia per l'Attuazione della Legge sullo Sciopero nei Servizi Pubblici Essenziali**.

"Attualmente – sottolinea Milillo - le trattative risultano sospese da circa 6 mesi, nonostante in data 4 marzo sia stato condiviso tra le organizzazioni sindacali rappresentative della medicina convenzionata e il Presidente del Comitato di settore regioni-sanità un documento politico con l'obiettivo esplicito di far ripartire rapidamente le trattative per il rinnovo convenzionale".

Le modalità dello sciopero, nel rispetto della normativa vigente, saranno così articolate:

- 1. medici di medicina generale del settore di assistenza primaria:** chiusura di tutti gli studi in data 19 maggio 2015. Dalle ore 8,00 alle ore 20,00. I medici garantiranno, quali prestazioni indispensabili, come previsto dal comma 3 dell'art. 31 ACN vigente: a) visite domiciliari urgenti b) visite in assistenza programmata a pazienti terminali c) prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI) d) nonché le ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali.
- 2. medici di continuità assistenziale:** astensione dal lavoro dalle ore 20.00 alle ore 24.00 del giorno 19 maggio 2015. Saranno garantite le prestazioni indispensabili secondo quanto previsto dal comma 4 dell'art. 31 ACN vigente.
- 3. medici di emergenza sanitaria:** astensione dal lavoro dalle ore 8,00 alle ore 12.00 del giorno 19 maggio 2015. Saranno garantite le prestazioni indispensabili secondo quanto previsto dal comma 4 dell'art. 31 ACN vigente.
- 4. medici dei servizi territoriali:** astensione dal lavoro dalle ore 8,00 alle ore 12.00 del giorno 19 maggio 2015. Saranno garantite le prestazioni indispensabili individuate dal comma 12 dell'art. 78 ACN vigente
- 5. medici penitenziari:** non accesso negli Istituti Penitenziari dei Medici incaricati per il giorno 19 maggio 2015. Saranno garantite le seguenti prestazioni indispensabili: 1) le urgenze. 2) le visite ai nuovi Giunti. 3) il N.O ai parenti in Causa.

25 aprile 2015

© RIPRODUZIONE RISERVATA

allegati*

[:: Lettera Fimmg proclamazione sciopero](#)

*avvertenza: se il browser non consente il download immediato del documento: posizionare il cursore sul collegamento, quindi **tasto destro** > **salva oggetto con nome** (Explorer) oppure **salva destinazione con nome** (Firefox)

articoli precedenti in Lavoro e Professioni

[:: La Spezia. Salta accordo tra Marina militare e Asl 5? Gli infermieri militari non iscritti all'Ipasvi non possono lavorare nel Ssn](#)

[:: Medicina convenzionata. Preiti \(Fp Cgil Medici\): "Siamo ad un binario morto. Regioni facciano chiarezza"](#)

[:: Dpcm precari. Cosa fare nelle Regioni in Piano di rientro](#)

[:: Medicina convenzionata. I pediatri Fimp: "Delusi da incontro con Sisac. Possibile sciopero"](#)

[:: Scuole specializzazione ad accesso misto. Anaa e Ordine dei biologi a Miur: "Gravi ritardi per decreto. Penalizzati molti professionisti"](#)

segui [ilFarmacistaonline.it](#)



feed

newsletter

archivio

iPiùletti (ultimi 7 giorni)

- 1** Farmaci equivalenti. Ministero dice no a sostituzione del farmacista quando in ricetta è indicata anche azienda produttrice
- 2** Fofi. Andrea Mandelli e Luigi D'Ambrosio Lettieri confermati ai vertici della Federazione
- 3** "Falsi Miti e Vere Eccellenze". Lorenzin contro i luoghi comuni della sanità per concentrarsi sui problemi veri. Prezzi pazzi per le siringhe? Marletta: "Il 90% costa in tutta Italia solo 0,11 centesimi. Altro che prezzi ballerini!"
- 4** Farmaci. Per il 35,2% degli italiani offerta Ssn insufficiente. E crisi economica e cattiva politica frenano le imprese. Il rapporto Censis-Forum Ricerca Biomedica
- 5** La rabbia dei medici. "Con queste Regioni l'art. 32 della Costituzione è morto. È bene che i cittadini lo sappiano. Governo intervenga"
- 6** **Anteprima. Manovra sanità.** Intesa slitta al 29 aprile. Ma nuova proposta è pronta. **Il testo**
- 7** Lauree e lavoro in sanità. Gli infermieri i più richiesti, i farmacisti i più stabili, i medici i più pagati. Il rapporto Almalaurea
- 8** Lotta a sprechi e corruzione e informatizzazione del sistema. Per gli italiani sono queste le due "armi" da usare per salvare il soldato Ssn
- 9** Settimana Mondiale Immunodeficienze Primitive. Senza diagnosi dal 70 al 90% dei casi. I "dieci" segnali di allarme per bambini e adulti
- 10** Manovra. "Con biosimilari risparmi fino a 500 mln l'anno". La proposta di aziende e pazienti

IL CASO

Londra, la carica
degli infermieri
made in Italy
“Sono i più bravi”

DAL NOSTRO INVIATO

MICHELE BOCCI

LONDRA

CIRCONDATO dagli alberi, alto appena un piano, l'ospedale del Suffolk è quasi nascosto dentro a un parco di 19 ettari. È il punto di riferimento sanitario delle circa 300 mila persone che abitano in una zona di paesini nati intorno alle abbazie gotiche.

A PAGINA 26

Il caso. Da Milano a Palermo, agenzie specializzate britanniche organizzano colloqui con giovani laureati. Viaggio e un mese di affitto pagati per convincerli al trasferimento. Una manager: “Indispensabile la conoscenza della lingua, in un anno ne abbiamo già assunti 300”

Londra, il boom degli infermieri made in Italy “Siete i più bravi”

Regno Unito: si stima
ci siano quattro stranieri
su dieci al lavoro
negli ospedali pubblici

“È diventato fenomeno
dall'inizio del 2014.
I prossimi reclutamenti?
Entro la fine di maggio”

DAL NOSTRO INVIATO
MICHELE BOCCI

LONDRA. Circondato dagli alberi, alto appena un piano, l'ospedale del Suffolk è quasi nascosto dentro a un parco di 19 ettari. È il punto di riferimento sanitario delle circa 300 mila persone che abitano in una zona di paesini nati intorno alle abbazie gotiche, a 50 chilometri da Cambridge. In questo periodo ha una carenza di personale, sta cercando infermieri per la chirurgia, la cardiologia, il pronto soccorso. Non in Inghilterra però. A Palermo. Dal 28 al 30 aprile prossimi, in un albergo della città siciliana si terranno i colloqui per le assunzioni. Ce la farà chi ha in tasca la laurea triennale e parla un buon inglese di base. Ai primi di maggio arriverà il responso, i selezionati firmeranno il contratto e partiranno subito, con biglietto aereo e primo mese di affitto pagati.

ranno il contratto e partiranno subito, con biglietto aereo e primo mese di affitto pagati.

Il Regno Unito è a caccia di infermieri italiani. Da alcuni mesi i giovani appena usciti dall'università, ma anche professionisti con più esperienza, sono nel mirino di agenzie private di reclutamento, che per chiudere i contratti scendono a Milano, Roma, Bologna, Firenze e fanno le “interview” ai candidati. Solo nelle prossime due settimane sono previsti quattro appuntamenti. Gli italiani sono ambiti, e in questo periodo non è complicato convincerli: da noi è sempre più difficile trovare un buon lavoro, a causa delle assunzioni bloccate dalla crisi. Molti di quelli che restano devono accontentarsi di contratti a termine in cliniche private. Così centinaia di infermieri



ogni anno lasciano l'Italia, ai primi posti nella classifica dei paesi europei che rimpolpano il servizio sanitario di Sua Maestà insieme a Portogallo, Spagna, Grecia, Polonia. Non è difficile immaginare perché francesi, tedeschi o olandesi non si sognerebbero mai di andare a lavorare nel Suffolk.

«L'anno scorso abbiamo reclutato nel vostro Paese tra i 250 e 300 infermieri. La maggior parte giovani». Colette O'Neill è una manager dell'agenzia Kate Cowhig, una delle più attive all'estero, con sedi a Dublino e Londra. È questa l'azienda che tra pochi giorni manderà i suoi collaboratori a Palermo. Ci sono molte altre realtà del genere nel Regno Unito, ad esempio Cpl, che ha in programma colloqui a Roma e Milano nelle prossime tre settimane per conto di un ospedale londinese e di uno del Devon. «Un tempo gli italiani disposti a spostarsi in UK per fare gli infermieri non erano molti — spiega sempre Colette O'Neill — Il fenomeno è cresciuto nell'ultimo anno, anno e mezzo. Facciamo prima colloqui telefonici con chi ci manda il curriculum, poi c'è l'intervista, dove vengono scartati, soprattutto per problemi con la lingua inglese, circa il 40% dei candidati». Lo stipendio di ingresso è 21.600 sterline l'anno, poi c'è possibilità di progredire. Cifre più alte di quelle pagate in Italia, che convincono molte persone a spostarsi. E a fare comunità.

Fabrizio Benatti ha aperto una pagina Facebook dedicata agli infermieri in UK con migliaia di visitatori. «Quando pubblico i bandi delle agenzie ho un sacco di contatti — spiega — A ogni colloquio vedo iscriversi decine di colleghi. Da un anno e mezzo nel Regno Unito c'è un'invasione di italiani». Il sistema sanitario locale si regge da tempo sugli immigrati. Le stime parlano di un 40% di stranieri che lavorano in corsia. Fabrizio è uno di "vecchi", nel senso che è arrivato prima del boom, nel 2011. È in organico all'ospedale di Chelmsford nell'Essex. «Lavoravo a Guastalla, al pronto soccorso, e ho deciso di cambiare a 34 anni. L'inglese? L'ho migliorato con i videogiochi in rete oppure guardando i film in lingua originale. L'importante è essere "fluent", parlare senza incaspicare». Un consiglio da tenere a mente per chi vuole raggiungere il verde del Suffolk.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gran Bretagna

21-28 mila

Salario annuale lordo di un infermiere appena assunto in UK

7mila sterline

L'aumento dello stipendio dopo 8 anni di lavoro senza promozioni

20%

La tassa Paye, paragonabile all'Irpef italiana (al 27%)

37,5

Le **ore lavorate** in una **settimana**

27

Giorni di ferie più **8 festività**

20mila

Le nuove assunzioni in programma nel Regno Unito fino al 2016

40%

I dipendenti del sistema sanitario che provengono dall'estero

Italia

423mila

Gli infermieri in Italia tra liberi professionisti, dipendenti del privato, del pubblico e pensionati

270mila

Gli infermieri dipendenti del Sistema Sanitario Nazionale

83mila

I laureati in infermieristica triennale **in un anno** in Italia

64%

Gli occupati a un anno dalla laurea triennale, di cui circa un terzo a tempo indeterminato. **Nel 2009 il dato era al 94%**

1.152 euro

Lo stipendio netto a un anno dalla laurea triennale in un ospedale italiano

20-30

Gli infermieri italiani che si presentano in media **ai colloqui delle agenzie britanniche in Italia**

40%

I professionisti scartati, quasi sempre per **problemi con la lingua inglese**

L'INTERVISTA

“Preparati e affidabili ecco perché ci cercano”

“**Stipendio più extra: così riesco a guadagnare almeno 2.000 sterline al mese**”

”
DAL NOSTRO INVIATO

LONDRA. «Siamo preparati bene grazie alla laurea e abbiamo bisogno di lavoro. Così il Regno Unito ci cerca sempre di più». Raffaele Sorvillo ha 25 anni ed è dipendente con altre ottomila persone del grande ospedale Saint George, nella sud di Londra.

Perché ha deciso di venire in Inghilterra?

«Facevo l'infermiere in una clinica privata campana, ero precario. Nei primi mesi del 2014 ho mandato il curriculum a un'agenzia inglese, poi ho fatto un colloquio in un albergo di Milano. La settimana dopo mi hanno chiamato per dirmi che ero assunto».

Che lavoro fa?

«Adesso sono infermiere di sala operatoria al Saint George. Prima lavoravo fuori Londra. Il trasferimento è stato facile».

Quanto guadagna?

«Tra stipendio ed extra arrivo a circa duemila sterline al mese. Una cifra nemmeno paragonabile a quella che prendevo quando ero ancora in Campania».

Perché secondo lei la Gran Bretagna ha bisogno di tanto personale sanitario e cerca gli italiani?

«Qui l'università è molto costosa e in pochi possono permettersi gli studi. Inoltre c'è un numero chiuso molto selettivo. Così da sempre si cercano lavoratori fuori e noi siamo preparati bene e disponibili a spostarci perché in Italia non troviamo il lavoro per cui abbiamo studiato. Comunque negli ospedali vedi un sacco di stranieri. Io ad esempio lavoro con un gruppo di filippini».

Ha idee di tornare in Italia in futuro?

«Non so. Il fatto è che qui ho delle prospettive di crescita professionale interessanti, che il mio Paese al momento non mi può dare».

(m.b.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Scatta l'allarme sanitario: incubo scabbia e tubercolosi

Paura per le condizioni igieniche di centinaia di disperati. Dopo i casi sospetti a Roma quattro persone a Milano messe sotto osservazione

SENZA CONTROLLI

Il contagio favorito dalla mancanza di presidi dove arrivano i migranti

l'allarme

di **Tiziana Paolucci**

L'emergenza è anche sanitaria. Queste sono le malattie dell'immigrazione di massa. Spaventano più dei barconi avvistati in alto mare, pronti a sbarcare centinaia di profughi nelle nostre coste. Sono la scabbia e la tubercolosi, compagne affezionate di centinaia di disperati, che fuggono dai loro paesi per prendere d'assalto il nostro. Sono i compagni di viaggio e di approdo della povertà, i segni di una precarietà umana da disperati che tornano negli angoli di un Occidente un tempo ricco e senza fantasmi.

L'allarme malattie torna a risuonare pesantemente in questi giorni in cui l'Unione Europea è divisa sul concedere o meno l'asilo. Giovedì quattordici migranti sono stati visitati dai medici dell'ospedale Sant'Andrea di Roma, perché si temeva potessero essere affetti da scabbia. E in realtà le verifiche mediche hanno confermato per sette di loro la malattia, mentre i restanti secondo i sanitari restano «casi sospetti», quindi da tenere sotto osservazione. Stando a quanto riferito si trattava di persone che provenivano da Salerno ed erano ospiti del centro di

accoglienza Villa Spada in via Sant'Annibale Maria di Francia. Dopo le opportune terapie, tutti sono stati dimessi dal nosocomio.

Ma il problema è assai più vasto di quello che si pensi, perché poche ore prima lo stesso era accaduto a Monza (due casi all'asilo) e a Milano, dove gli operatori sanitari avevano individuato altri quattro casi sospetti tra i profughi in attesa di essere trasferiti dalla Stazione Centrale al Centro di via Corelli. Purtroppo il nodo dolente è che spesso non esistono presidi permanenti nei luoghi dove spontaneamente i profughi arrivano. Questo permetterebbe di intervenire immediatamente appena toccano il suolo italiano, invece di accorgersene soltanto quando sono già stati smistati nei vari centri di accoglienza delle varie regioni.

Solo in Lombardia su quasi 5000 soggetti presenti al 31 marzo 2015 presso i centri attivati dalle Prefetture è stato necessario effettuare quasi 700 prestazioni di prevenzione. Ma purtroppo bisognerebbe agire prima, perché con il passare delle ore aumenta il numero dei soggetti contagiati da questa patologia, che si trasmette per contatto. Lo sanno bene gli operatori della Polizia municipale, che chiedono al Governo italiano di correre ai ripari e trovare soluzioni urgenti per tutelare anche gli agenti. «I lavoratori della polizia municipale impiegati nei centri di accoglienza hanno paura perché sono a rischio di malattie di-

ce Franco Cirulli, responsabile della Uil polizia locale di Roma». Prima di arrivare nelle strutture andrebbe fatta una profilassi preventiva negli ospedali, come ad esempio al Celio per avere una anamnesi generale. Oggi si parla di casi di scabbia, ma domani potrebbe trattarsi di tubercolosi». La scabbia è un'infezione contagiosa della pelle. È causata da un parassita molto piccolo e disolito non direttamente visibile, l'acaro *Sarcoptes scabiei*, che si inocula sotto la pelle del soggetto colpito, provocando un intenso prurito allergico. La malattia può essere trasmessa da oggetti, ma più spesso dal contatto diretto pelle-pelle, con un elevato rischio dopo un contatto prolungato. L'infezione iniziale richiede da quattro a sei settimane per diventare sintomatica. Poiché si riscontrano sintomi allergici, oltre al ritardo nella presentazione si ha anche un significativo ritardo nel sollievo dopo che i parassiti sono stati sradicati. Un certo numero di farmaci risultano efficaci nel trattamento della scabbia, tuttavia, il trattamento deve spesso coinvolgere tutta la famiglia o la comunità per prevenire una nuova infezione.



Epatite C, combinazione simeprevir e sofosbuvir funziona anche nei pazienti più difficili



25 aprile 2015

Al Congresso Internazionale dell'Associazione Europea per lo Studio del Fegato 2015 (EASL) in corso a Vienna, sono stati presentati nuovi risultati positivi su simeprevir, ultimo farmaco arrivato in Italia contro l'epatite C. Si tratta di un farmaco innovativo che agisce come inibitore di proteasi NS3/4A, è disponibile nel nostro Paese dal 23 febbraio ed è prodotto, per l'Italia e per il mondo, nello stabilimento Janssen di Latina.

I risultati degli studi presentati hanno confermato come la combinazione tra simeprevir e sofosbuvir sia la terapia orale senza interferone che raggiunge la più alta percentuale di eradicazione del virus anche nei pazienti con cirrosi, sempre a 12 settimane. I risultati degli studi OPTIMIST sono i primi dati di Fase 3 presentati per simeprevir, in associazione a sofosbuvir, su pazienti affetti da epatite C di genotipo 1 sia con sia senza cirrosi.

"I nuovi risultati presentati all'International Liver Congress confermano l'elevata efficacia della terapia antivirale ad azione diretta, con simeprevir e sofosbuvir, in una gamma di pazienti con epatite C, sia naive sia già precedentemente trattati, sia con sia senza cirrosi" ha dichiarato Giovanni Battista Gaeta, Professore Ordinario di Malattie Infettive alla Seconda Università degli Studi di Napoli. "Questi dati confermano ulteriormente il ruolo di simeprevir nel panorama delle terapia contro l'epatite C, dimostrando come sia un'importante opzione terapeutica per pazienti dal profilo diverso. Questo dato è di grande interesse per la pratica clinica, nella quale si incontra una popolazione di pazienti variegata, che richiede una terapia efficace in diverse condizioni cliniche". Il programma di sviluppo Janssen per l'epatite C ha come obiettivo studiare l'utilizzo di simeprevir in un numero di differenti combinazioni e popolazioni di pazienti con HCV.

"I risultati presentati in occasione del Congresso" spiega Gloria Taliani, Ordinario di Malattie Infettive alla Sapienza, Università di Roma, "hanno messo in luce i benefici clinici derivanti da simeprevir associato a interferone e ribavirina per quei pazienti con fibrosi epatica lieve che non hanno accesso ai trattamento interferon-free ma che ugualmente desiderano eradicare l'infezione e curare la malattia da HCV. In questi pazienti i risultati presentati nel corso dei lavori congressuali dimostrano che la combinazione è nettamente più vantaggiosa rispetto alla terapia standard. Infatti con l'impiego di simeprevir in associazione a Peg-IFN e ribavirina si può ridurre in modo significativo la durata del trattamento ed ottenere ugualmente percentuali di

risposta inimmaginabili fino a pochi mesi fa con il trattamento standard, incrementati del 30-50% rispetto al passato”

OPTIMIST-1

- Il 97% dei pazienti con epatite C di genotipo 1 senza cirrosi, trattati con simeprevir/sofosbuvir per 12 settimane ha ottenuto la risposta virologica sostenuta (SVR) a 12 settimane dopo il trattamento. Percentuale superiore a quella ottenuta nei pazienti trattati in passato con un antivirale ad azione diretta, interferone peghilato e ribavirina, pari all'87% (dato storico).
- Il trattamento con simeprevir/sofosbuvir per 8 settimane ha determinato una risposta virologica sostenuta nell'83% dei pazienti, percentuale non superiore a quella raggiunta nel dato storico (83%).
- In entrambi i gruppi in trattamento, i sintomi riferiti dai pazienti e la qualità di vita correlata sono migliorati significativamente dal basale a SVR12, anche se i cambiamenti non sono stati clinicamente significativi.
- La terapia con simeprevir è stata ben tollerata nello studio. Gli eventi avversi più frequentemente riferiti in entrambi i bracci in trattamento sono stati: cefalea, spossatezza e nausea (con percentuali rispettivamente del 14, 12 e 15% per il braccio in terapia per 12 settimane; e del 17, 15 e 9% nel braccio in terapia per 8 settimane).

OPTIMIST-2

- La risposta virologica a 12 settimane è stata raggiunta nell'84% dei pazienti di genotipo 1 con epatite C e cirrosi, sia naïve al trattamento che precedentemente trattati, che hanno ricevuto simeprevir/sofosbuvir per 12 settimane, una percentuale superiore a quella del dato storico pari al 70%.
- Percentuali numericamente più alte di risposta virologica a 12 settimane sono state osservate nei pazienti mai trattati prima (88 per cento) e in quelli con albumina ≥ 4 g/dL (94 per cento).
- Il trattamento è stato ben tollerato, e gli eventi avversi più comuni sono stati spossatezza (20%), cefalea (20%) e nausea (11%).

“In circa un quinto dei soggetti con epatite C cronica la malattia porta allo sviluppo di cirrosi, rendendo più difficile la guarigione. I risultati dello studio OPTIMIST-2 dimostrano che il regime orale che associa simeprevir e sofosbuvir ottiene percentuali elevate di guarigione nei pazienti con epatite C di genotipo 1 con cirrosi, compresi quelli in cui precedenti terapie con altri antivirali hanno fallito” ha dichiarato Pierluigi Toniutto, Responsabile della Sezione di Epatologia e Trapianto di Fegato Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine.

Gli studi OPTIMIST-1 e OPTIMIST-2

OPTIMIST-1 è uno studio di Fase 3, randomizzato, in aperto, per la valutazione dell'efficacia e della sicurezza di un regime integralmente orale d'associazione fra simeprevir e sofosbuvir in pazienti con epatite C cronica di genotipo 1 senza cirrosi, naïve al trattamento e o precedentemente trattati. Sofosbuvir è un analogo nucleotidico inibitore della polimerasi NS5B sviluppato da Gilead Sciences, Inc.

OPTIMIST-2 è uno studio di Fase 3, in aperto, a braccio singolo, per la valutazione dell'efficacia e della sicurezza di simeprevir in combinazione a sofosbuvir nei pazienti mai trattati e già trattati in precedenza, con HCV genotipo 1 e cirrosi.

[[chiudi questa finestra](#)]

Chi dorme PERDE PESO

Ea chi non piacerebbe? Svegliarsi al mattino, salire sulla bilancia e constatare che i pasti frugali della dieta stanno dando gli agognati risultati. Una meritata ricompensa che si può più facilmente ottenere se si è dormito - e bene - un numero sufficiente, o meglio ancora ottimale, di ore. Nesso bizzarro? Pen niente. Un recente studio della Penn State University ha dimostrato anche una sola ora in meno di sonno al giorno può stimolare a mangiare più del solito. Fa da eco una ricerca condotta dagli scienziati dell'University of Chicago, pubblicata sulla rivista *Diabetologia* (www.diabetologia-journal.org), e, attenzione, condotta non su uomini e donne "over" (quindi maggiormente predisposti ad avere un metabolismo non più super-efficiente e a disturbi del sonno), ma su un gruppo di giovani maschi ai quali è stato analizzato un campione di sangue dopo aver dormito rispettivamente 8 e 4 ore a notte. I risultati non hanno lasciato dubbi: dopo tre notti trascorse a dormire solo quattro ore, i livelli degli ormoni dello stress (cortisolo e noradrenalina) erano aumentati, così come, a sorpresa, anche i grassi nel sangue. Di più: la funzionalità dell'ormone insulina è risultata notevolmente ridotta. In sostanza, si è verificata la cosiddetta "resistenza all'insulina", una condizione molto simile al pre-diabete, che equivale a un minor controllo degli zuccheri nel sangue. In pratica, sono bastate tre notti di poco sonno a provocare un piccolo cataclisma nel metabolismo di grassi e zuccheri. Solo tre notti: facile dedurre che, in una condizione protratta di sonno latitante, questo squilibrio possa sabotare qualsiasi buon proposito: a) di mettersi a dieta; b) di continuarla una volta intrapresa; c) di dimagrire nonostante si segua diligentemente il piano alimentare.

Tradotto in estrema sintesi e semplicità: quando si dorme poco e male ci si sveglia con più fame del solito, si ha meno autocontrollo sul cibo, si tende a mangiare alimenti a più alto contenuto calorico e a utilizzare male le calorie ingurgitate. La colpa è del circolo vizioso che manda in tilt gli ormoni che regolano il senso di fame e sazietà e pure di quelli implicati in vario modo nei processi metabolici. «L'aumento del cortisolo, oltre a favorire l'infiammazione e dunque l'aging, deprime la secrezione dell'ormone della crescita, il GH, che è prodotto dall'ipofisi di notte, specialmente durante il sonno profondo, e che favorisce lo smaltimento dei depositi adiposi. Non basta: sempre il cortisolo altera l'insulina e, dunque, l'assimilazione degli zuccheri, predisponendo così al diabete di tipo 2 e alla sindrome metabolica», spiega Ascanio Polimeni, medico esperto di medicina antiaging, presidente di Regenera Research Group (www.regeneragroup.it).

La carenza di sonno è in parte responsabile anche della difficoltà a resistere di fronte alla fetta di torta o al fumante piatto di pasta e pomodoro. «Pure la secrezione della leptina segue un ritmo circadiano e aumenta soprattutto di notte, durante la parte centrale del sonno: non dimentichiamo che questo ormone agisce a livello del sistema nervoso centrale, in particolare dell'ipotalamo, per favorire il senso di sazietà, incrementare il dispendio energetico e regolare di conseguenza il peso corporeo. E che un sonno insufficiente inevitabilmente ne deprime anche l'ottimale secrezione», aggiunge Lino Nobili, responsabile del Centro di Medicina del Sonno dell'Ospedale Niguarda di Milano. Pensavate che la serie di reazioni a catena si fermasse qui? No. Le ore piccole, volute o subite, sia nell'uomo sia nella donna abbassano significativamente il livello del testosterone, l'ormone che condizionando la quantità di massa magra ha riflessi anche sul metabolismo, oltre che sul desiderio sessuale (recentissimo è uno studio dell'Università del Michigan, pubblicato sul *Journal of Sexual Medicine*, che ha dimostrato una relazione diretta tra le ore di sonno e l'in-

La scienza non ha più dubbi: basta andare a letto un'ora più tardi per tre sere per sconvolgere il metabolismo, farci diventare più golosi e quindi accumulare grasso. Ecco come come passare dalla teoria alle giuste "pratiche della buona notte"

di Claudia Bortolato

tensità della libido nel giorno successivo, anche nella donna). La lista di prove e teorie scientifiche in tema potrebbe continuare ancora a lungo. Ma fermiamoci al nocciolo della questione: assodato che poco sonno uguale maggior peso, come passare da tanta bella teoria a una concreta pratica di "buona notte e sogni d'oro"? «Tranne i casi di vera e propria insonnia, da curare con trattamenti adeguati facendosi seguire da uno specialista, per il sonno carente solo saltuario, o frammentato e poco ristoratore, è importante ripristinare o mantenere la regolarità nei ritmi in cui ci si alza e si va a dormire, così com'è utile seguire i rituali che arrecano piacere e favoriscono il rilassamento prima di coricarsi», suggerisce Nobili. Attenzione, però, che se tra questi rituali pre-sonno rientra anche la visione di un film, la scelta ricada su una commedia romantica o allegra: uno studio della Cornell University, pubblicato sulla rivista *Jama Internal Medicine*, ha dimostrato che i film strappalacrime inducono a mangiare fino al 55% in più rispetto a quanto si è propensi a fare durante un film rilassante o divertente. «Importante anche evitare forme di inquinamento tecnologico e luminoso, come letture e consultazioni di ipad, smartphone e-book,

perché alterano la secrezione dell'ormone melatonina, che dà il via all'addormentamento», ricorda Nobili. Resta fondamentale una buona pratica, ora favorita anche dalla bella stagione: esporsi quotidianamente, per almeno 30 minuti, alla luce naturale. «Aiuta a regolare il rapporto tra serotonina e melatonina e tra cortisolo e melatonina, con positive ricadute anche sulla forma e il metabolismo e sul sonno notturno. In più, come dimostrato da alcuni studi, ad esempio quello condotto qualche tempo fa dell'università inglese di Nottingham, pubblicata sulla rivista *Diabetes*, questa buona abitudine contribuisce a far lavorare con maggior lena il cosiddetto grasso bruno, che influisce sulla capacità di controllare il peso e che entra in azione proprio di notte», ricorda Polimeni.

Anche la dieta è rilevante, soprattutto il pasto serale che, indipendentemente dal fatto che si stia seguendo oppure no un regime dimagrante, dovrebbe essere moderato, per evitare che l'affaticamento digestivo turbi l'addormentamento. Importante anche costruire il menu scegliendo cibi che indirettamente aiutano la chimica cerebrale del buon sonno. «Durante il giorno mai trascurare gli alimenti chiave del benessere mentale, ossia le sostanze che partecipano alla sintesi dei neurotrasmettitori, come dopamina, L-glutamato, GABA (acido gamma-aminobutirrico), contenuti in alimenti molto comuni: pesce, carni bianche e rosse, fegato, legumi e parecchi vegetali. Per la cena, però, meglio privilegiare, con moderazione, i carboidrati complessi, per esempio riso e farro, perché favoriscono la sintesi della serotonina, e gli alimenti ricchi di triptofano, precursore di serotonina e melatonina, come latte e uova. Da limitare, oltre alla carne che stimola l'adrenalina, anche l'alcol, che altera l'architettura del sonno appesantendo il fegato e favorendo i risvegli», conclude Polimeni. Punti di riferimento utili: National Sleep Foundation, www.sleepfoundation.org; Associazione Italiana Medicina del Sonno, www.sonnomed.it; European Sleep Research Society, www.esrs.eu.

Hai mai sognato di mangiare?

Buone notizie in arrivo dai laboratori: gli scienziati del Gene Expression Laboratory del Salk Institute di La Jolla (California) si stanno dando da fare per sintetizzare la "pillola che non c'è": quella che, sfruttando un meccanismo già noto, che coinvolge il recettore farnesoide X (Fxr, proteina implicata nel processo di rilascio di acidi biliari dal fegato), simula un pasto immaginario, capace di imbrogliare l'organismo e di indurlo a bruciare grassi nell'errata convinzione di aver assunto nuovi cibi. In pratica, il sogno di tutti i plus-size in lotta con la bilancia. Siamo ancora nella fase dei test sui topolini, ma i risultati sono promettenti: stoppato l'aumento di peso, abbassati i livelli di colesterolo e degli zuccheri nel sangue, minimizzata l'infiammazione. Forti di questo, i pionieri azzardano un imminente balzo in avanti, verso la sperimentazione clinica umana.