



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Al cinema Filangieri

Arriva Tommy per riflettere sull'autismo

Fa tappa oggi a Napoli il tour «Tommy e gli Altri nelle Scuole», che porta il film *Tommy e gli altri*, dedicato al problema dell'autismo in Italia, in venti città italiane, offrendo altrettante proiezioni gratuite ad un totale di circa 5.000 studenti delle Scuole secondarie di II grado. Dopo l'esordio a Firenze e le tappe a L'Aquila, Palermo, Udine, Genova, Latina, Cagliari, Bari, Roma, Padova, Novara, Torino e Prato si svolge la proiezione al cinema Filangieri di Napoli, dove oltre 300 ragazzi potranno vedere il film scritto da Gianluca Nicoletti con la regia di Massimiliano Sbroia. Il progetto, supportato da Sky Italia in collaborazione con il Miur, è stato presentato in anteprima lo scorso novembre a Roma alla presenza della ministra Valeria Fedeli, che ha definito il film «straordinario da tutti i punti di vista». L'idea del tour, organizzato in collaborazione con Kultra Scuola Channel, ha preso forma dopo il grande successo di pubblico ottenuto dalla trasmissione del documentario su Sky Arte e Sky Cinema Cult.

Il farmaco

**Stop a Zinbryta
anti-sclerosi
provoca danni**

Sospensione immediata della autorizzazione alla vendita e richiamo di tutti i lotti da farmacie e ospedali in Europa per Zinbryta, farmaco a base di daclizumab beta usato per il trattamento della sclerosi multipla: è la misura raccomandata dall'Agenzia europea dei farmaci (Ema) dopo che 12 casi di gravi infiammazioni cerebrali, con encefalite e meningoencefalite - di cui tre mortali - sono stati segnalati nel mondo. In Italia i pazienti trattati con questo farmaco, confermano dall'Aifa sono circa 50. L'indicazione ai medici è di contattare immediatamente i pazienti in cura con questo medicinale per interrompere il trattamento.

L'intervista

L'Asl: «Prescrizioni anomale, li abbiamo denunciati»

**Il manager Di Biasio spiega:
«Possiamo monitorare
tutto il flusso dei medicinali»**

La truffa dei farmaci a Castel Volturno è stata scoperta grazie alla segnalazione dell'Asl di Caserta su impulso del manager Mario Di Biasio.

Siamo ad una svolta, c'è meno spazio per irregolarità nella prescrizione dei farmaci?

«Certo - risponde Di Biasio - ora abbiamo un sistema di monitoraggio sulle ricette che ci consente di verificare in tempo reale le prescrizioni e quindi di riscontrare eventuali anomalie».

E come funzionano i controlli sui medici di base, ossia su chi prescrive i farmaci?

«Lo scopo è la razionalizzazione della spesa sanitaria e l'intervento a tutela della salute dei cittadini. Infatti quando, ad esempio, si prescrivono un quantitativo di farmaci diversi dagli standard, scatta una sorta di campanello di allarme e vengono fatte verifiche più approfondite».

Ci faccia un esempio...

«Mettiamo che in una certa zona aumenta improvvisamente in maniera consistente la prescrizione di antibiotici, vuol dire che c'è una diffusa infezione in atto di cui bisogna capire le ragioni e quindi si attivano misure speciali sul territorio».

Nel caso di Castel Volturno vi ha inaspettato invece un comportamento diverso...

«Si quel medico spediva un numero di ricette 7-8 volte superiore alla media e quindi, dopo una verifica preliminare che

non ha trovato ragioni sanitarie, abbiamo fatto la segnalazione alla magistratura. Non è certo nostro compito fare indagini penali ma collaborare con le autorità giudiziarie è un nostro dovere e lo assolviamo con il massimo impegno nell'interesse dei cittadini».

Del resto in passato non sono mancati scandali anche all'Asl di Caserta, come i medici denunciati perché venivano pagati per curare «pazienti morti»...

«L'obbligo di segnalare all'Asl che una persona è deceduta è dei Comuni e in passato è accaduto che non veniva assolto. Ora, proprio perché possiamo controllare in tempo reale l'attività di prescrizione, sollecitiamo i Comuni ad aggiornare l'anagrafe anche nei confronti dell'Asl. Chi non lo fa può essere considerato corresponsabile in eventuali inchieste penali».

Quindi ora non è più possibile che si verifichino truffe e scandali sui medicinali?

«È molto più difficile perché eventuali anomalie non possono passare inosservate per lungo tempo. Ma, in ogni caso, stiamo parlando di situazioni limite. La rete dei medici di base, costituita da professionisti esperti e validissimi, è fondamentale per l'assistenza sanitaria sul territorio. Proprio per questo c'è il massimo impegno da parte dell'Asl e anche da parte degli stessi medici nel denunciare comportamenti scorretti o illegali. Ora abbiamo gli strumenti per farlo con maggiore velocità ed efficacia. La ricetta elettronica consente la piena tracciabilità, dalla prescrizione alla consegna del farmaco, e questo elimina tanti problemi verificatisi in passato».

G. Col.



Il manager Mario Di Biasio
direttore generale Asl di Caserta

I Comuni
Ora rischiano grosso se non segnalano alle autorità sanitarie i residenti deceduti

Vallo della Lucania**Ospedale, al via il restyling
il manager: 7 anni di ritardi****Carmela Santi**

VALLO DELLA LUCANIA. Ospedale San Luca, pronti a partire i lavori di ristrutturazione. Sul sito ufficiale dell'Asl di Salerno pubblicato il bando per gli interventi di rifacimento dell'intonaco delle facciate esterne, infissi, bagno e percorso delle sale operatorie. I lavori riguarderanno anche l'ala del pronto soccorso. L'importo a base d'asta è di 729 mila euro, la scadenza per presentare le offerte è lunedì 19 marzo.

Ad annunciarlo è il manager Antonio Giordano nell'incontro organizzato a Vallo dal Rotary sulla legge del Biotestamento. Giordano si è soffermato sull'ospedale San Luca.

«Comprendo - ha ribadito - le preoccupazioni esterne di amministratori, utenti e operatori sanitari, ma non è facile recuperare sette anni di ritardi».

Il rifacimento delle facciate esterne era molto atteso. Nelle scorse settimane a causa dell'infiltrazione di acqua piovana è stato necessario un intervento straordinario. Per il San Luca il direttore ricorda anche l'acquisto della nuova Tac, e di un mammografo all'avanguardia. Si stanno valutando anche interventi per la sala mortuaria, e sono in corso i lavori per realizzare il nuovo reparto di emodinamica. Per il personale, in arrivo nuovi medici e operatori Oss.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

13/3/2018

Istituto Pascale al centro della ricerca internazionale

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 12 MARZO 2018

Istituto Pascale al centro della ricerca internazionale

L'Istituto tumori Pascale ospita il presidente del più grande consorzio europeo di ricerca traslazionale Eatris e la più importante Società scientifica di oncologia al mondo, Esmo. Durante l'incontro di stamani gettate le basi per una nuova alleanza per sconfiggere il cancro.

Oltre la rete oncologica campana. Oltre la rete del Mediterraneo. Questa volta si va ben oltre i confini nazionali. Nasce al Pascale una nuova alleanza europea per sconfiggere il cancro. I partner questa volta sono il consorzio europeo di infrastrutture di ricerca traslazionale (80 Istituti - tra cui il Pascale - in 12 Paesi) Eatris e la più vasta società scientifica di oncologia al mondo, Esmo.

La sigla del nuovo accordo oggi, all'Istituto dei tumori di Napoli, è avvenuta nel corso di un seminario promosso da **Alfredo Budillon**, direttore dell'Unità di Farmacologia Sperimentale del Pascale, che in Eatris è coordinatore al livello europeo di uno dei sei settori di lavoro. In campo anche il direttore scientifico dell'Istituto tumori partenopeo **Gerardo Botti**. Alla giornata di approfondimento scientifico ha partecipato anche **Toni Andreu**, nuovo direttore scientifico di Eatris e **Josep Tabernero**, presidente di Esmo.

"Questo incontro è un'ulteriore tappa verso quell'apertura alla cooperazione e all'integrazione del Pascale - spiega il manager **Attilio Bianchi** - con altre istituzioni scientifiche nazionali ed internazionali, che rappresenta uno dei miei obiettivi strategici per garantire le migliori cure contro ai tumori ai pazienti campani e non solo".

All'incontro ha partecipato anche il presidente uscente dell'Esmo, **Fortunato Ciardiello**, direttore dell'Oncologia Medica dell'Università della Campania Luigi Vanvitelli e una folta delegazione di ricercatori provenienti da altri paesi europei tutti aderenti ad Eatris. Sotto la lente di Alfredo Budillon, le sfide aperte per trasformare i risultati della ricerca oncologica, in tempi brevi, in benefici per i pazienti. Riflettori puntati sul modello della rete oncologica campana, coordinata dal Pascale e "Amore", l'Alleanza mediterranea oncologica regionale stretta recentemente con gli istituti oncologici di Bari e di Rionero In Vulture, con un intervento di **Sandro Pignata**, coordinatore scientifico della rete oncologica campana.

E.T.

13/3/2018

Contratto comparto sanità. Carriera e competenze specialistiche. Ecco cosa cambia

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 12 MARZO 2018

Contratto comparto sanità. Carriera e competenze specialistiche. Ecco cosa cambia

Si introduce, per la prima volta nella storia dei contratti del personale del Ssn una carriera, anche di tipo professionale, che esalta e valorizza la potenziale capacità di implementare e specializzare le competenze professionali in relazione e per il soddisfacimento degli obiettivi e bisogni di salute individuali e collettivi

Il 23 febbraio 2018, dopo un'estenuante trattativa di oltre 30 ore si è giunti [alla firma dell'ipotesi di Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro](#) relativo al personale del Comparto Sanità per il triennio 2016/2018; è stato certamente un negoziato articolato e complesso avendo come presupposti la moratoria contrattuale durata oltre 9 anni, una legislazione che, salvo recenti novità, ha teso a ridurre il ruolo delle relazioni sindacali ed ultimo i recenti mutamenti all'interno del SSN: le Aziende sanitarie di oggi per dimensioni, atti aziendali, organizzazione del lavoro...sono enormemente differenti rispetto a quelle dell'ultimo decennio.

Di questi presupposti se ne era fatto carico l'Atto di indirizzo che aveva dettato le direttive all'ARAN per questo rinnovo contrattuale emanato dal Comitato di Settore Regioni Sanità offrendo analisi e proposte che hanno trovato una sua traduzione e declinazione nell'ipotesi di accordo: la più rilevante novità è, certamente, la profonda e discontinua rivisitazione del sistema degli incarichi in forma originale rispetto agli altri comparti pubblici.

Questo elemento per la parte pubblica costituiva e costituisce la questione prioritaria che coniuga la complessità specifica dell'organizzazione del lavoro in sanità soprattutto in relazione agli obiettivi strategici previsti dal vigente Patto per la Salute tra Stato e Regioni, conseguenza anche del mutato quadro demografico ed epidemiologico del Paese, con la potenzialità, in gran parte non appieno utilizzata, delle professioni sanitarie e sociosanitarie, nel caso specifico quelle che per effetto delle leggi 42/99, 251/00, 43/06 e 3/18 hanno avuto riconosciuto una esaltante e dirompente evoluzione formativa ed ordinamentale che non ha pari in altre realtà professionali.

Quanto contenuto nell'ipotesi di pre-intesa pare aver colto questa esigenza oltre a ridisegnare le tipologie di incarichi gestionali si introduce, per la prima volta nella storia dei contratti del personale del SSN una carriera anche, di tipo professionale che esalti e valorizzi la potenziale capacità di implementare e specializzare le competenze professionali in relazione e per il soddisfacimento degli obiettivi e bisogni di salute individuali e collettivi, carriera che per la tipologia delle prestazioni erogate dal SS, diventa e diventerà, direi soprattutto la carriera nei confronti della quale è opportuno e proficuo che le Aziende Sanitarie pongano l'opportuna attenzione.

Si dà vita, quindi, per la prima volta nella storia contrattuale del comparto sanità anche a una carriera professionale, insieme alla preesistente gestionale ed organizzativa, raggiungendo un obiettivo indicato addirittura, per le professioni infermieristiche da specifiche raccomandazioni del Consiglio d'Europa nel 1983, contenuto in tutti i decreti istitutivi ex art.6, comma 3, del D.lgs 502/92 dei 22 profili professionali, inattuato sinora, nell'art. 6 della legge 43/06, inattuato sinora, sino alle richieste in materia delle Regioni, inattuate sinora etc, etc, etc.

L'ipotesi d'intesa, quindi, disconosce il principio errato del professionista sanitario e sociosanitario unico e polivalente e ne riconosce, invece la sua complessità di competenze che attraverso un percorso, concertato, concordato e condiviso, può implementarsi e specializzarsi, usando una perifrasi questi professionisti sono timonieri di imbarcazioni che possono navigare non solo nel mar Mediterraneo ma varcare le colonne d'Ercole per inoltrarsi nell'Oceano aperto ma con una rotta certa, un addestramento preventivo e sicuro nonché la giusta strumentazione di bordo...

Quindi l'ipotesi di pre-intesa contrattuale, sviluppando le indicazioni dell'Atto di indirizzo in materia, ridisegna per

13/3/2018

Contratto comparto sanità. Carriera e competenze specialistiche. Ecco cosa cambia

tutto il personale appartenente alla categoria D, cioè quella che ha per requisito di accesso il possesso del diploma di laurea, che, in questo comparto è la componente maggioritaria, il sistema degli incarichi prevedendo all'art. 14:

1) Sono istituiti, nei ruoli sanitario, tecnico, amministrativo e professionale, i seguenti incarichi di funzione:

- Incarico di organizzazione;
- Incarico professionale

Gli specifici contenuti e requisiti dei suddetti incarichi in relazione ai diversi ruoli di appartenenza sono quelli descritti negli articoli seguenti.

2) Gli incarichi richiedono anche lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del profilo di appartenenza.

3) Le Aziende o Enti provvederanno a definire il sistema degli incarichi in conformità a quanto previsto nel presente CCNL.

Quindi due tipologie di incarichi per due diverse, ma di pari dignità, carriere, una gestionale ed una professionale, come del resto il Comitato di Settore ha previsto anche per il personale della dirigenza medica e sanitaria: una giusta intuizione rispondente alla specifica complessità delle professioni e del personale laureato del SSN ed alla missione di "produttori di salute".

Per quanto attiene ai laureati delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica ed ai laureati in servizio sociale si disegna l'incarico professionale in una modalità che ne apprezzi il ruolo nel nuovo processo di aziendalizzazione sia in ambito territoriale che ospedaliero in grado di gestire l'aumento della complessità dipartimentale e distrettuale.

Mi preme sottolineare, pertanto, che emerga come centralità del rinnovo contrattuale e che per la sua valenza costituisca l'architrave innovativo del rinnovo e l'idea forza dello stesso, la scelta di dar corso all'inquadramento economico e normativo di chi, appartenente alle professioni sanitarie e di assistente sociale, eserciti o eserciterà ulteriori competenze avanzate e specialistiche.

Si attua, così la scelta adottata dal Comitato di Settore Regioni-Sanità, quindi condivisa da Governo e Regioni, di affrontare attraverso la via contrattuale, che è poi quella naturale e che non si è potuta intraprendere prima per la ricordata vigenza del blocco contrattuale, la questione aperta di come "inquadrare economicamente e normativamente le ulteriori competenze avanzate e specialistiche delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche, della prevenzione e della riabilitazione" già attivate nelle Regioni nelle quali il sistema sanitario è più avanzato e per le quali vi è la necessità che abbiano una omogenea ed uniforme dimensione nazionale di sistemazione delle loro nuove competenze.

Questa scelta va oltre il destino, purtroppo mai concluso dell'ipotesi di Accordo Stato- Regioni sulle competenze avanzate e specialistiche degli infermieri e delle altre professioni sanitarie, che, comunque, anche venisse approvato, sarebbe solo un atto propedeutico a questa scelta contrattuale; anzi la direttiva lo supera sostanzialmente e formalmente in quanto quell'ipotesi di accordo avrebbe risolto solo le competenze avanzate e rimandato ad un successivo accordo Stato-Regioni la definizione delle competenze specialistiche.

Quindi con questa ipotesi di accordo, dopo anni di blocco e di conflitti interprofessionali si mettono in condizioni le Regioni e quindi le Aziende Sanitarie di dar il via all'attuazione generalizzata ed uniforme sul territorio nazionale delle competenze avanzate e specialistiche delle professioni sanitarie: è un risultato storico per le professioni interessate, ma anche e soprattutto per chi usufruisce dei servizi sanitari e di chi li amministra che finalmente possono avvalersi di professionisti con ulteriori e più avanzate e specialistiche competenze con maggiore efficacia ed efficienza del SSN, in tutte le Regioni.

Ricordo che per ben due rinnovi contrattuali precedenti fu rinviata l'attuazione del professionista specialista mentre la questione delle competenze avanzate e specialistiche degli infermieri e delle altre professioni sanitarie fu assunta come scelta strategica sin dal 2012 da Governo e Regioni per rendere, finalmente, esigibile, in forma estensiva e non riduttiva, le competenze delle professioni sanitarie per effetto della loro evoluzione ordinamentale e formativa, perlopiù non utilizzate appieno nel loro reale potenziale progressivo.

Invece l'attuale ipotesi di intesa contrattuale con molta chiarezza e senza tentennamenti o rinvii, recependo le direttive del Comitato di Settore Regioni Sanità da l'inquadramento normativo ed economico (con un'indennità annua graduabile da euro 3.000 a euro 12.000) al professionista sanitario e sociosanitario che svolge le

13/3/2018

Contratto comparto sanità. Carriera e competenze specialistiche. Ecco cosa cambia

competenze avanzate e specialistiche:

Art. 16

Contenuto e requisiti degli incarichi di funzione per il personale del ruolo sanitario e dei profili di collaboratore professionale assistente sociale ed assistente sociale senior.

- 1) Per il personale del ruolo sanitario e dei profili di collaboratore professionale assistente sociale ed assistente sociale senior gli incarichi di funzione sono declinati secondo i criteri e i requisiti definiti nei commi seguenti.
- 2) L'incarico di organizzazione comporta l'assunzione di specifiche responsabilità nella gestione dei processi assistenziali e formativi connessi all'esercizio della funzione sanitaria e sociosanitaria.
- 3) L'incarico di organizzazione va graduato secondo i criteri di complessità definiti dalla regolamentazione di ogni singola Azienda o Ente.
- 4) La funzione di coordinamento prevista dalla Legge n. 43 del 2006 è confermata e valorizzata all'interno della graduazione dell'incarico di organizzazione, anche in relazione all'evoluzione dei processi e modelli organizzativi ed all'esperienza e professionalità acquisite.
- 5) Per l'esercizio della sola funzione di coordinamento, è necessario il possesso dei requisiti di cui all'art. 6, comma 4 e 5 della legge n. 43/2006. Il requisito richiesto per il conferimento degli ulteriori incarichi di organizzazione è il possesso di almeno cinque anni di esperienza professionale nella categoria D. La laurea magistrale specialistica rappresenta un elemento di valorizzazione ai fini dell'affidamento degli incarichi di maggiore complessità.
- 6) L'incarico professionale, in attuazione del dettato di cui all'articolo 6 della Legge n. 43/06 nonché di quanto contenuto nei decreti istitutivi dei profili professionali ex terzo comma dell'art.6 del D.Lgs. n. 502/92 può essere di "professionista specialista" o di "professionista esperto". Nell'ambito delle specifiche aree di intervento delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica e in relazione alle istituende aree di formazione complementare post diploma, sono istituiti incarichi professionali per l'esercizio di compiti derivanti dalla specifica organizzazione delle funzioni delle predette aree prevista nell'organizzazione aziendale. Tali compiti sono aggiuntivi e/o maggiormente complessi e richiedono significative, elevate ed innovative competenze professionali rispetto a quelle del profilo posseduto.
- 7) Il requisito per il conferimento dell'incarico di "professionista specialista" è il possesso del master specialistico di primo livello di cui all'art. 6 della Legge n. 43/06 secondo gli ordinamenti didattici universitari definiti dal Ministero della Salute e il Ministero dell'Università, su proposta dell'Osservatorio nazionale per le professioni sanitarie, ricostituito presso il MIUR con il decreto interministeriale 10 marzo del 2016 e sentite le Regioni.
- 8) Il requisito per il conferimento dell'incarico di "professionista esperto" è costituito dall'aver acquisito, competenze avanzate, tramite percorsi formativi complementari regionali ed attraverso l'esercizio di attività professionali riconosciute dalle stesse regioni.
- 9) Gli incarichi di organizzazione di cui al comma 3, relativi all'unità di appartenenza, sono sovraordinati agli incarichi di "professionista specialista" e di "professionista esperto".

Quindi la carriera professionale si sviluppa all'interno delle aree di formazione post laurea complementare e specialistica di tali professioni, riconoscendole finalmente e dandone attuazione in incarichi di professionista esperto e professionista specialista, istituiti da subito senza rinvii; l'ipotesi contrattuale sancisce che il contenuto dei nuovi compiti siano sia aggiuntivi che e/o maggiormente complessi richiedendo "significative, elevate ed innovative competenze professionali rispetto a quelle del profilo posseduto" quindi siamo in presenza dell'apprezzamento e del riconoscimento di una crescita ed operatività professionale diversa e distinta da quella di base e pertanto da valorizzare adeguatamente.

Come ha indicato l'Atto di indirizzo, il requisito per l'incarico di professionista esperto è costituito dall'aver acquisito un'implementazione delle proprie competenze attraverso precorsi formativi regionali, ovviamente attivabili anche con il concorso delle università, quindi riconoscendo quanto dalla vicenda "See and treat" in poi già si è avviato in alcune Regioni e permettendo alle altre di dar corso a tale innovazione.

Diversamente l'incarico di professionista specialista, avendo preordinato per legge il requisito, ha la sua concreta attuazione condizionata dall'individuazione da parte del Miur di concerto con il Ministero della Salute, di

quali master siano abilitanti ad esercitare le nuove competenze specialistiche.

La fase successiva è demandata alla "Commissione paritetica per la revisione del sistema di classificazione professionale" prevista dall'ipotesi d'intesa che dovrà entro il prossimo mese di luglio, formulare proposte organiche per meglio declinare le competenze dei professionisti specialisti e di quelli esperti per coniugare la loro valorizzazione alla diversa organizzazione del lavoro sanitaria e sociosanitaria così come si sta realizzando per le scelte strategiche e programmatiche nazionali e regionali tenendo conto dell'evoluzione sia formativa ed ordinamentale delle professioni che di quella scientifica e tecnologica.

Comunque si parte, una vicenda che ha avuto una gestazione troppo lunga e travagliata, ha finalmente un punto fermo da cui avviare non più la progettazione ma l'attuazione reale.

Saverio Proia

13/3/2018

Campania. Al via la rete oncologica: si parte con 13 Pdta

quotidianosanita.it

Lunedì 12 MARZO 2018

Campania. Al via la rete oncologica: si parte con 13 Pdta

Accende i motori la rete oncologica regionale: entra in pista il primo dei due decreti attuativi del Piano emanato un anno fa e che ha completamente ridisegnato i percorsi di diagnosi e cura della malattia tumorale. Definiti 13 Pdta per altrettante patologie (melanoma cutaneo e mucose, melanoma, ovaio, pancreas, polmone, prostata, rene, stomaco, testicolo, vescica e dovrebbe esserci anche Radioterapia).

IL DECRETO

La Rete oncologica campana entra nella fase attuativa. In pista 13 Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (Pdta) per altrettante patologie tumorali e la standardizzazione delle attività di analisi istopatologiche per i principali tumori. C'è spazio anche per la prevenzione e la diagnosi precoce grazie agli screening (ormai in fase avanzata di organizzazione in tutte le Asl della Campania. L'obiettivo è rendere le cure anticancro omogenee per tutti, da somministrare nei tempi brevi oltre lo scoglio delle liste di attesa.

Parte dunque la rete oncologica regionale. [Il decreto commissariale](#) che definisce i percorsi diagnostici e terapeutici per 13 patologie neoplastiche che insieme rappresentano il 70% dei tumori in Campania. Inoltre, il decreto approva i criteri di qualità per la refertazione anatomico-patologica, per il trattamento di alcuni effetti collaterali dei chemioterapici e per l'esecuzione secondo modalità standard dei trattamenti radioterapici. Si tratta di documenti importanti prodotti nel segno del miglioramento della qualità dell'assistenza oncologica regionale.

"La realizzazione della Rete oncologica è uno degli obiettivi prioritari della amministrazione regionale – spiega in una nota Palazzo Santa Lucia - e si realizza in collaborazione con la cabina di Regia della Rete e il coordinamento della stessa dell'Istituto Pascale. Il decreto definisce dei tempi certi da parte di tutte le aziende ospedaliere per il recepimento e l'applicazione dei percorsi che sono stati definiti. La Cabina di Regia della Rete metterà in campo ogni sforzo affinché i processi vengano implementati per tempo.

"La piattaforma informatica della rete oncologica campana, implementata dagli informatici del Pascale - dichiara **Attilio Bianchi**, direttore generale dell'Istituto - sarà lo strumento operativo per il corretto funzionamento dei percorsi e anche per valutarne l'efficacia". Il network tra le Aziende ospedaliere ed il territorio sarà la chiave della operatività della rete, genererà un miglioramento della efficacia globale delle terapie ed una semplificazione per i pazienti e per le famiglie nel segno della presa in carico totale. Ogni relazione sarà favorita dal sistema informatico".

Intervento chirurgico, organizzazione e accesso alla chemio e radioterapia avverranno nelle strutture ospedaliere e universitarie più complesse e attrezzate, sede di centri di II e III livello, dove per la numerosità dei casi trattati (centinaia di operazioni all'anno), per alte le tecnologie utilizzate (il robot chirurgico, la diagnostica, acceleratori lineari di ultima generazione) e per la ricerca clinica e di base praticata (Università Federico II, Vanvitelli, Ruggi di Salerno, Irccs Pascale) sono portate al massimo le possibilità di sopravvivenza e di guarigione del paziente. Ogni malato, anche proveniente dalle periferie, attraverso l'organizzazione di tali percorsi, è destinato ad accedere alle stesse cure di chi abita in città. L'obiettivo è garantire un reale e concreto affiancamento del paziente da parte di una squadra multidisciplinare formata da medici, chirurghi e radioterapisti che, di volta in volta sceglie, prenota, organizza, suggerisce, dirotta, controlla, richiama e valuta l'andamento della malattia in ogni sua fase garantendo le stesse cure, negli stessi tempi e nei migliori centri a ogni paziente. Fondamentale in tale scenario, l'organizzazione di rete.

"Se una donna che effettua lo screening per il tumore al seno risiede a Napoli 2 nord – avverte **Gaetano D'Onofrio**, direttore sanitario del policlinico - dopo la diagnosi sarà indirizzata in prima battuta verso le proprie strutture territoriali chirurgiche e mediche oncologiche. A patto però che abbiano i numeri, le tecnologie e un'adeguata casistica. Se il territorio è sguarnito o si scontano liste di attesa scatterà la presa in carico da un

13/3/2018

Campania. Al via la rete oncologica: si parte con 13 Pdta

altro centro con cui esiste un accordo di collaborazione. Così quella donna potrebbe approdare al Policlinico Federico II, ovvero al Pascale, al Ruggi, all'Ateneo Vanvitelli. Ma anche in ospedali come il Monaldi, il Cardarelli, il Moscati di Avellino o il Rummo a Benevento, che rappresentano i centri di riferimento". Il Policlinico ha già pianificato per delibera 11 dei 13 percorsi. Altre Asl e aziende ospedaliere stanno in queste ore firmando analoghi provvedimenti. Di eccellenze come quelle elencate se ne contano nove in Regione ma in alcuni settori specialistici hanno da dire la loro anche le strutture accreditate come Villa dei Platani ad Avellino, la Mediterranea a Napoli, gli istituti religiosi Villa Betania e Fatebenefratelli.

Il nodo chiave è evitare che strutture mediche e chirurgiche che effettuano poche decine di interventi all'anno o poche terapie mediche accolgano pazienti destinati per questo a ricevere una cura di serie B magari rischiando di non accedere affatto alle cure ovvero finendo in quel flusso di migrazione sanitaria che per ragioni logistiche e difficoltà varie, pensa di ricevere fuori regione i più avanzati trattamenti ma spesso ottiene invece il minimo indispensabile. "Stiamo allargando questa rete anche ad altri istituti di ricerca di altre regioni del Sud" conclude **Attilio Bianchi**, manager del Pascale. Fin qui le luci, ma non mancano le ombre. Come la carenza di personale (sia medici sia infermieri), principale scoglio da superare sia per evitare l'imbuto in centri attrattivi come il Pascale sia per riutilizzare chi effettua pochi interventi e procedure in un anno.

Ettore Mautone

Tumori

Il malato ha un avatar

Organelli cresciuti in provetta coi tessuti del paziente. Per poter testare l'efficacia dei farmaci prima di somministrarli

di ELENA DUSI

Un malato di cancro non sarà più solo. Un organoide coltivato in provetta, simile al suo organo malato, lotterà insieme a lui. Riceverà gli stessi farmaci. A seconda di come reagirà, indicherà ai medici quale strada seguire. È l'idea degli avatar applicati all'oncologia: non nasce oggi, ma per la prima volta su *Science* ne viene dimostrata l'utilità. «Non abbiamo ancora salvato nessun malato, ma abbiamo messo una prima pietra», precisa Nicola Valeri, oncologo italiano trasferitosi in Gran Bretagna, abituato a scrutare fra i geni alterati che alimentano la crescita incontrollata della malattia.

Se un farmaco fallirà nell'organoide in provetta, lo farà nel 100% dei casi anche nel vero paziente. Se invece si mostrerà efficace in laboratorio, lo sarà sull'uomo nell'88% dei casi. È la conclusione degli esperimenti condotti a Londra e pubblicati dalla rivista scientifica americana. Con il suo gruppo, Valeri ha reclutato 71 pazienti all'ultimo stadio. Ha prelevato delle cellule malate dalle loro metastasi e le ha coltivate in provetta. Le cellule nel giro di un paio di mesi hanno formato nuovi tumori, pressoché uguali a quelli originari, tridimensionali, lasciati crescere fino alle dimensioni di alcune decine o centinaia di micron. Nei laboratori dell'Institute for Cancer Research di Londra dove Valeri lavora insieme ai colleghi, sono quindi iniziati i test. Con 55 farmaci approvati o in fase finale di speri-

mentazione per i tumori dei 71 pazienti (colon-retto, stomaco, esofago, vie biliari o apparato digerente), gli organi-avatar sono stati sottoposti a bombardamento. «Può accadere di andare un po' alla cieca, nel decidere quale terapia applicare. Con l'aiuto degli organoidi possiamo provare a capire in anticipo se un farmaco sarà efficace oppure no», spiega Valeri - questo è utile ai fini del trattamento, ovviamente. Ma c'è anche un aspetto al quale forse noi medici non prestiamo la giusta attenzione. Ed è quello di risparmiare cure inutili a pazienti che spesso alle spalle hanno una lunga storia di lotta alla malattia».

Oltre a evitare un trattamento inutile, per il futuro si spera ovviamente di ottenere di più. «Abbiamo l'esempio della fibrosi cistica», spiega Valeri - in Olanda è ormai pratica comune fare un prelievo di tessuto, ricostruire un organoide di intestino e usarlo per testarvi i farmaci. Solo se l'esito della prova sarà positivo, il trattamento verrà eseguito sul paziente e rimborsato dall'assicurazione». Un'attenzione, quella ai costi delle cure, che sempre più sta diventando cruciale anche in oncologia.

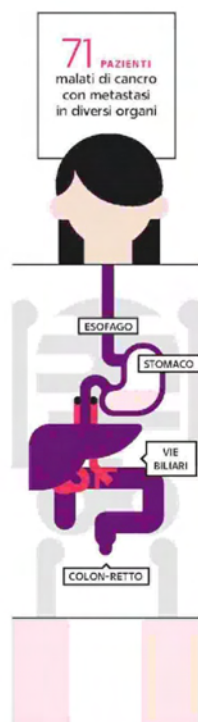
Come molte armi nuove contro i tumori, anche lo sviluppo degli avatar del cancro è figlio della genetica. Disciplina che ci ha fatto capire molte cose, ma per molte altre ci ha lasciato in mezzo a un guado. Perché, ad esempio, alcuni farmaci studiati per correggere un'aberrazione genetica tipica di un certo tumore a volte funzionano e a volte no? E per-

ché lo studio degli avatar, che pure non è nato ieri (in genere in passato prevedeva il trapianto degli organoidi nei topi di laboratorio), non era ancora riuscito a fornire un aiuto concreto? «Perché solo adesso abbiamo capito che la ricerca del farmaco giusto non è un'equazione. Non basta tracciare il profilo dei geni mutati per trovare la cura giusta. Abbiamo bisogno di un modello più completo e rappresentativo», dice Valeri.

Le alterazioni dei cromosomi dei tumori originari non sono uguali a quelle delle metastasi. Le metastasi possono essere diverse, sotto il profilo del Dna, le une dalle altre. E gli stessi trattamenti finiscono col selezionare le cellule del cancro più resistenti, modificando il loro pattern di geni. Così, nell'esperimento di *Science*, è avvenuto che un organoide creato dalle cellule di una metastasi reagisse ai farmaci in maniera diversa da quello nato da un'altra metastasi, sia pure dello stesso paziente. «Il prossimo passo avanti cui puntiamo», aggiunge Valeri - è seguire l'evoluzione genetica del cancro senza bisogno di fare continue biopsie, ma utilizzando le cellule malate che circolano nel sangue». E se da un lato gli organi-avatar possono diventare alleati che combattono spalla a spalla insieme ai pazienti, dall'altro daranno una mano alle compagnie farmaceutiche. «Anche loro sono stanche di studi costosi che falliscono», fa notare Valeri. E sparare al cancro con un mirino più preciso non potrà che offrire benefici a tutti.

FOTO: P. G. / CONTRASTO

Lo studio



1 LE BIOPSIE

Ciascun paziente esegue una o più biopsie. Si ottengono campioni in fasi diverse di sviluppo del tumore



2 LA CULTURA

Le cellule tumorali prelevate con biopsia crescono in cultura in 3-12 settimane a seconda dell'aggressività del cancro



3 I TEST

Gli organoidi hanno molti geni identici al tumore (concordanza genetica) quindi sono utili per testare su di loro farmaci specifici



4 LE CONCLUSIONI

100 %

i casi in cui la terapia che non funziona nell'organoide non funziona sul paziente

88 %

i casi in cui la terapia funziona nell'organoide e anche sul paziente

FONTE: RIELABORAZIONE DATI RISULTATI

13/3/2018

Possibile trasferire all'Enpam i contributi erroneamente versati all'Inps | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

12 mar
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | e

LAVORO E PROFESSIONE

Possibile trasferire all'Enpam i contributi erroneamente versati all'Inps

di Claudio Testuzza

L'Enpam, la cassa di previdenza dei medici, prevede un contributo obbligatorio, posto a carico di ciascun iscritto al Fondo, definito Fondo B, in base al reddito professionale prodotto nell'anno. Sono imponibili i redditi, i compensi, gli utili, gli emolumenti derivanti dallo svolgimento, in qualunque forma, dell'attività medica e odontoiatrica o di attività comunque attribuita all'iscritto in ragione della particolare competenza professionale. Vi rientrano, quindi, i redditi di lavoro autonomo svolto in forma individuale e associata, i redditi derivanti dallo svolgimento dell'attività intramoenia e delle attività libero professionali ad essa equiparate, i redditi da collaborazione, da contratti a progetto, di lavoro autonomo occasionale se connessi con la competenza professionale medica e odontoiatrica, i redditi percepiti per incarichi di amministratore di società o enti la cui attività sia oggettivamente connessa alle mansioni tipiche della professione medica e odontoiatrica; i redditi derivanti dall'utilizzazione economica, da parte di opere dell'ingegno, di brevetti industriali, processi e formule ed anche altri redditi meno classificabili.



In particolare, e spesso erroneamente, è stato ritenuto che le contribuzioni fossero dovute alla gestione separata dell'Inps anziché alla Cassa professionale. Ricordiamo che la legge n. 335/95 prevedeva testualmente

13/3/2018

Possibile trasferire all'Enpam i contributi erroneamente versati all'Inps | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

che i "soggetti che esercitano per professione abituale, ancorché non esclusiva, attività di lavoro autonomo, di cui al comma 1 dell'articolo 49 del testo +unico delle imposte sui redditi" fossero tenuti all'iscrizione presso la Gestione separata Inps.

Ma il D.M. n. 281/1996, che disciplina le modalità e i termini per il versamento contributivo, ha affermato, poi, più chiaramente che i liberi professionisti sono tenuti al pagamento del contributo alla Gestione separata solo e relativamente ai redditi professionali non assoggettati a contribuzione previdenziale obbligatoria presso la cassa di categoria. Tutto questo, tuttavia, ha creato delle erronee attribuzioni e spesso un contenzioso fra gli enti con difficoltà degli stessi al recupero delle contribuzioni erroneamente versate.

Con la circolare n. 45 del 9 marzo 2018 l'Inps ha cercato di risolvere il problema del trasferimento delle somme da un ente all'altro. In premessa l'Inps sottolinea che la legge, n. 388/200, ha disposto che il pagamento della contribuzione previdenziale, effettuato in buona fede ad un ente previdenziale pubblico diverso dal creditore effettivo, ha, comunque, effetto liberatorio nei confronti del contribuente. Conseguentemente, l'ente che ha ricevuto il pagamento deve provvedere al trasferimento delle somme incassate, senza aggravio di interessi, all'ente titolare della contribuzione. Già, in passato, era stato specificato che, nel caso di contribuzione erroneamente versata per tipologie diverse da quelle previste, quali ad esempio i contributi pagati da soggetti non tenuti all'obbligo contributivo previsto nella Gestione separata, dovessero intendersi applicabili le disposizioni di carattere generale che disciplinano il rimborso di contributi indebitamente versati.

Inoltre erano stati individuati i soggetti che possono presentare la richiesta del rimborso, secondo le tipologie di contribuzione indebita. Nel caso di superamento del massimale la richiesta di rimborso è presentata dal professionista, in quanto soggetto obbligato al pagamento diretto del contributo risultante a debito, e dal committente e/o collaboratore o parasubordinato, ciascuno per la propria quota nel caso di contratto di collaborazione o rapporto assimilato. Nel caso di contribuzione indebita generica, ribadendo i principi generali in tema di recupero dell'indebito, la legittimazione viene attribuita al professionista e al committente in quanto sono i soggetti con i quali è validamente instaurato il rapporto previdenziale.

Con l'entrata in vigore della legge n. 388/2000 il legislatore aveva previsto la possibilità, nel caso di contributi versati presso un ente previdenziale pubblico diverso da quello effettivamente creditore, del trasferimento diretto all'ente titolare della contribuzione delle somme incassate. La ratio della norma era ed è quella di favorire il debitore ed evitare l'onere di chiedere contestualmente un rimborso per poi effettuare un pagamento

13/3/2018

Possibile trasferire all'Enpam i contributi erroneamente versati all'Inps | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

della stessa natura e con l'aggravio di sanzioni.

Era, comunque, sorto il dubbio se tale procedura fosse riferibile anche agli Enti previdenziali privatizzati, quale ad esempio lo stesso Enpam.

A questo riguardo, ricorda la circolare dell'Inps, la Cassazione ha già avuto modo di affermare che, ai fini dell'applicazione della legge n. 388 del 2000, la natura di ente pubblico o privato sia assolutamente irrilevante, perché ciò che conta è la natura dell'attività esercitata che, nella specie, è l'assicurazione obbligatoria. La giurisprudenza ha affermato che "per il raggiungimento delle finalità sociali e pubblicistiche di questo tipo di assicurazione, la legge riconosce anche all'Istituto privato la natura di ente impositore" e ha ritenuto pacifica l'applicazione dell'articolo 116, comma 20, della legge n. 388 anche alle Casse privatizzate (Corte di Cassazione n. 6680/02, n. 12208/11 e n. 23296/10).

Sulla stessa linea, la sentenza del Consiglio di Stato n. 6014 del 28 novembre 2012 ha avuto modo di affermare, con specifico riferimento alle Casse previdenziali private, che la privatizzazione degli enti previdenziali ha riguardato il solo regime della loro personalità giuridica, ma non l'obbligatorietà dell'iscrizione e della contribuzione, tenendo così fermo il carattere pubblicistico dell'attività istituzionale svolta dagli stessi.

Ne consegue che sarà possibile effettuare un trasferimento diretto della contribuzione previdenziale indebitamente versata all'Inps e dovuta alle Casse previdenziali e viceversa. A tale scopo le Casse previdenziali interessate potranno stipulare apposite convenzioni con l'Inps al fine di individuare le modalità operative per il trasferimento della contribuzione versata dai propri assicurati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie | ISSN 2499-6599