



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



«Nomine illegittime», la giustizia dei medici nel caos

Il Consiglio di Stato: in questo modo l'organo non è indipendente dal ministero. Fermi tutti i ricorsi dei sanitari

Il secondo stop

Bocciato il decreto con cui il governo aveva cercato di uscire dall'impasse semplicemente riducendo i membri della commissione

Ripomba nel caos, per mancanza di indipendenza dal ministero della Salute, l'organo di giustizia disciplinare dei camici bianchi. E se errare è umano ma perseverare è diabolico, ora una sentenza del Consiglio di Stato tira le orecchie al diavoleto governativo reo di paralizzare di nuovo (da capo, come se nel 2016 non ci fosse stata una pronuncia della Corte costituzionale) la «Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie»: cioè l'organo di giurisdizione speciale al quale possono fare appello — contro le sanzioni degli Ordini territoriali dei medici in materia disciplinare e di tenuta degli Albi professionali — 350 mila medici e odontoiatri, 400 mila infermieri, 80 mila farmacisti, 35 mila tecnici di radiologia, 30 mila veterinari, 18 mila ostetrici italiani.

La sinora mai modificata legge del 1946 prevede che la Commissione sia composta da 9 membri: un consigliere di Stato con funzioni di presidente, un membro designato dal Consiglio superiore di Sanità, due dirigenti del ministero della Salute, cinque sanitari liberi professionisti. Ma il mancato riconoscimento (da parte dell'Ordine milanese) della trasponibilità in Italia della laurea in Siria di un dentista libanese, patrocinato dal professor Bruno Nascimbene, nel 2016 aveva indotto la Corte costituzionale a dichiarare l'illegittimità della com-

posizione della Commissione per mancanza di indipendenza e imparzialità: e cioè per il fatto che i due membri designati dal ministero della Salute continuassero, durante lo svolgimento delle loro funzioni giurisdizionali, a rimanere incardinati come status economico e giuridico presso il ministero, che è controparte del camice bianco da essi giudicato nel processo.

Per rimediare, il 27 dicembre 2016 il governo con un decreto della presidenza del Consiglio aveva ritenuto di poter uscire dall'impasse semplicemente riducendo da 9 a 7 i membri della Commissione, e rinnovandone la composizione con due membri (uno effettivo e uno supplente) nominati non più dal ministero della Salute ma dal Consiglio superiore della Sanità, dotato di autonomia e di cui essi sono membri di diritto.

Il dentista libanese, al pari di un medico di Agrigento assistito dagli avvocati Maria Beatrice Miceli e Guido Corso, aveva allora fatto ricorso al Tar del Lazio, che lo aveva respinto il 13 novembre 2017.

Ma adesso la III sezione del Consiglio di Stato dà loro ragione. Perché? Perché i due membri «sono e restano soggetti al potere disciplinare del ministero della Salute, il che equivale ancora una volta a dire che, dietro lo «schermo» della formale distinta designazione da parte del Consi-

glio superiore di Sanità quale organo tecnico consultivo del ministero della Salute, una delle parti dei giudizi trattati dalla Commissione è legittimata a verifiche disciplinari sul comportamento di uno dei membri del collegio decidente».

Insomma i difetti di indipendenza lamentati dalla Consulta nel 2016 restano adesso «immutati» nella nomina dei due dirigenti, «illegittima» perché essi continuano a poter essere «revocati o sottoposti ad azione disciplinare da parte del ministero della Salute per eventuali voti o giudizi espressi in seno alla Commissione».

La giustizia disciplinare dei sanitari è dunque di nuovo paralizzata, con grave pregiudizio per chi è sottoposto dagli Ordini territoriali a una sanzione disciplinare che non può impugnare. E in un passaggio incidentale il Consiglio di Stato (presidente l'ex ministro degli Esteri Franco Frattini, estensore Massimiliano Nocelli) sommessamente suggerisce «in tal senso l'auspicio, pure formulato dagli interpreti più sensibili al tema, che il legislatore intervenga con una disciplina della materia più moderna, più organica e più rispettosa dei principi costituzionali ed europei quanto alle garanzie di imparzialità e indipendenza che presidiano l'organo decisionale di giurisdizione penale».

Luigi Ferrarella
lferrarella@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

● La Commissione centrale per gli esercenti la professione sanitaria è l'organo di giustizia disciplinare della categoria

● Il Consiglio di Stato in una sentenza ha sottolineato la mancanza di indipendenza della Commissione dal ministero della Salute. Così si era pronunciata già nel 2016 anche la Corte costituzionale

“Cure dentarie anche alle fasce deboli ma serve un intervento dello Stato”

INTERVISTA A RAFFAELE IANDOLO, DA GENNAIO NUOVO PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI IN SENO ALLA FNOMCEO. «NOI SIAMO PRONTI A FARE LA NOSTRA PARTE ANCHE DIMEZZANDO LE TARIFFE, SONO PERÒ NECESSARIE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE»

Adriano Bonafede

Roma

«Noi abbiamo delle proposte di odontoiatria sociale, quelle cioè che consentirebbero anche agli strati meno abbienti di avere le cure dentali, ma è evidente che anche le strutture pubbliche debbano metterci qualcosa». Raffaele Iandolo, dallo scorso mese nuovo presidente della Commissione Albo odontoiatri in seno alla Fnomceo (la federazione degli ordini dei medici), mostra disponibilità ad offrire delle cure odontoiatriche a costi calmierati ai cittadini delle fasce di reddito più basse. Ma non sembra nutrire molta fiducia nella possibilità che il settore pubblico possa fare qualcosa.

Dottor Iandolo, l'Italia dà una buona copertura sanitaria ai propri cittadini, nonostante le falle e la malasanità che ogni tanto emergono. Perché però non c'è alcuna copertura per la cura dei denti?

«In effetti, lei ha ragione per quanto riguarda la sanità nel suo complesso. L'Italia è uno dei paesi più equi e solidali in materia sanitaria. Però è vero che ben il 90 per cento della spesa sostenuta dagli italiani per i denti finisce nell'attività libero-professionale e quindi grava direttamente sulle famiglie senza l'intermediazione del pubblico. Sul perché le cure dentarie siano rimaste di fatto fuori dalla copertura nazionale il discorso da fare è complesso».

Ce lo spieghi.

«La verità è che se in Italia l'odontoiatria è tradizionalmente legata alla libera professione ciò è dovuto al fatto che si stentano a trovare soldi pubblici: le regioni, salvo alcune più virtuose come Lom-

bardia, Trentino-Alto Adige e Veneto, non hanno fondi. Inoltre, va detto che l'odontoiatria è una branca molto difficile da gestire per il pubblico».

Perché?

«Quando il settore pubblico gestisce direttamente questa branca o la dà in convenzione, trova difficoltà nel tenere sotto controllo i costi. Laddove questi servizi esistono i costi risultano abbastanza sostenuti».

Quanto sostenuti?

«Non abbiamo una media precisa ma in alcuni casi si superano i costi di analoghe strutture private anche del 100 per cento».

Siamo alle solite, quando c'è di mezzo il pubblico qualcuno cerca di approfittarsene?

«No. È soprattutto una questione di ottimizzazione ergonomica nell'organizzazione dello studio e del tempo. In uno studio dentistico il costo maggiore è il tempo e se questo non è ottimizzato ecco che le spese globali salgono. Comunque c'è anche da dire che l'odontoiatria è una branca che costa molto e dove è difficile avere una riduzione dei costi».

Eh sì, costa molto: in questi anni di crisi molte persone hanno dovuto tagliare la spesa per il dentista. Gli odontoi-

tri hanno visto ridurre il loro reddito?

«Gli accessi agli studi dentistici si sono effettivamente ridotti ma complessivamente i redditi degli odontoiatri si sono ridotti meno di quelli di altri professionisti, almeno dal punto di vista dell'evidenza fiscale».

Voi avete delle proposte per rendere più accessibili le cure dentistiche anche agli italiani meno abbienti?

«Sì, le abbiamo. Noi siamo disponibili a offrire il nostro servizio gratis o a prezzi calmierati per le fasce deboli della popolazione. A due condizioni, però».

Quali?

«1) Che il settore pubblico assuma la struttura a costo zero e 2) che in accordo con il Ministero si

attuino progetti di valorizzazione della professione odontoiatrica, anche attraverso strumenti di comunicazione tipo Pubblicità Progresso».

Ci sono già strutture di questo tipo?

«Sì. In alcune regioni c'è qualche prestazione a prezzo calmierato. Ad esempio, in alcuni casi, la regione mette il paziente in condizione di accedere a protesi costose senza pagare o pagando solo un ticket. Però tutto questo non basta: c'è bisogno di un intervento più generalizzato a favore delle fasce sociali più deboli».

Questo sì che sarebbe un programma politico concreto, ben diverso dalle fumose promesse elettorali spesso irrealizzabili.

«In passato c'è stata qualche proposta, sia nel centro destra e che nel centro sinistra, di odontoiatria sociale. Mi auguro che questi progetti siano ripresi nella nuova legislatura».

Mentre si attende un intervento pubblico che per ora non c'è, voi subite da qualche tempo una nuova concorrenza da grandi strutture che pubblicizzano prezzi molto bassi. Che ne pensa?

«Spesso quei prezzi sono soltanto uno specchietto per le allodole: la visita gratuita è soltanto l'occasione per agganciare un paziente per poi propinarli cure costose. Anzi, le dirò di più: spesso queste strutture sono più uno strumento per vendere delle protesi, a cui è agganciato anche un finanziamento, che una vera e propria prestazione professionale».

Se è così chi dovrebbe intervenire per controllare e garantire quindi i pazienti?

«Come Ordine stiamo facendo una battaglia nel rispetto del nostro codice deontologico e per valorizzare le norme di legge già esistenti, ad esempio quelle che riguardano la pubblicità ingannevole».

Lei invoca l'intervento dell'Ordine. Ma è raro che gli Ordini professionali intervengano, no?

«Nel nostro caso lo fa. Le potrei citare centinaia di casi di interventi disciplinari effettuati. Da poco è stata fatta una legge. Voluta dal ministro Lorenzin, per perseguire, penalmente e civilmente, i prestanome. Noi siamo contro gli abusivi anche contro i nostri colleghi che fanno da prestanome».



1



2

In basso, **Raffaele Iandolo**, presidente Commissione Albo odontoiatri in seno alla Fnomceo. Qui sopra, **Filippo Anelli** (2), presidente della Fnomceo e il ministro della sanità, **Beatrice Lorenzin** (2)



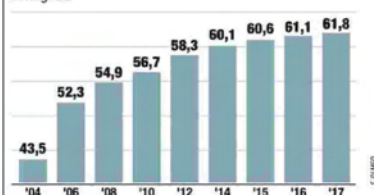
62

MILA DENTISTI

Sono tanti gli iscritti all'Albo nel 2017, di cui circa 33 mila "odontoiatri puri" e 28 mila "doppi iscritti", nel senso che sono anche medici chirurghi, ma queste figure sono a esaurimento

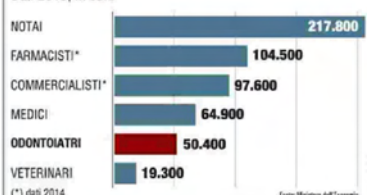
GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

In migliaia



I REDDITI MEDI DEI PROFESSIONISTI

Dati 2015, in euro



Il caso

Ischia, task force per monitorare il sospetto focolaio di meningite

PASQUALE RAICALDO

Una task force di dirigenti regionali e professionisti dell'ospedale Cotugno di Napoli per monitorare il sospetto focolaio di meningite sull'isola d'Ischia. E valutare in tempo reale - insieme con l'ospedale "Anna Rizzoli" di Lacco Ameno - eventuali nuovi casi, posto che - come sottolinea l'Asl Napoli 2 Nord in una nota diramata ieri in risposta al clima di psicosi che s'è generato sul territorio 'dopo' la morte del giovane Pasquale Maltese - «non esiste al momento alcuna situazione epidemica».

Con le farmacie prese d'assalto anche di domenica e un consistente tam-tam sui social, Ischia si interroga sul rischio sanitario. Ottenendo dall'Asl competente le risposte che cercava: le direzioni generali delle aziende sanitarie ed ospe-

daliere sono allertate per la messa in atto di tutte le misure di prevenzione occorrenti. E ancora: «La circolazione dei germi è nella norma attesa e si lavora per il controllo e contrasto alla diffusione della malattia». Due i decessi nell'arco di poco più di un mese: il 14 gennaio era toccato alla piccola Vittoria, appena un anno, stroncata da una meningite fulminante di sierotipo W135, uno dei ceppi maggiormente aggressivi. Gli esami sierologici su Pasquale Maltese, la seconda vittima, lo zio della piccola, eseguiti in queste ore dall'unità di Malattie infettive ed Urgenze infettivologiche del Cotugno, potrebbero confermare l'ipotesi che la tipologia di meningococco sia la stessa. Sulla salma verrà effettuata, per disposizione del pm di turno, l'autopsia. La profilassi antibiotica è scattata per i contatti stretti di Maltese.

L'Asl: «La circolazione dei germi è nella norma. Si lavora per il controllo e il contrasto alla diffusione della malattia»

«Per gli altri la soluzione consigliata, vista la situazione locale, è la vaccinazione quadrivalente, che determina una riduzione anche dei portatori sani», spiega Pietro Buono, direttore della unità operativa dirigenziale materna infantile della Regione Campania. Ed è anche per questo che la direzione generale dell'Asl Napoli 2 Nord, in coordinamento con la direzione generale della tutela della salute della Regione, ha deciso di intensificare l'offerta di vaccinazione da meningococco estendendola gratuitamente anche a quanti non rientrano nelle fasce di età indicate dall'attuale calendario vaccinale. Tra le buone notizie, l'esito negativo dei controlli ai due pazienti trasferiti da Ischia al Cotugno per sintomatologie compatibili con infezioni da meningococco: versano in buone condizioni.

Insieme dirigenti regionali e professionisti dell'ospedale Cotugno per valutare eventuali nuovi casi dopo 2 decessi in meno di un mese

PRIMO APPUNTAMENTO MERCOLEDÌ IN VIA TOLEDO **Benessere psicologico, a Federfarma** **tre incontri gratuiti con gli esperti**

Il benessere psicologico come valore fondamentale della qualità della vita è il tema del ciclo di incontri di prevenzione che si terranno il 28 febbraio, il 7 e il 12 marzo alle ore 16 presso la sede di Federfarma Napoli (Via Toledo, 156 – Napoli). Ideata e organizzata dalle psicologhe Elena Pasqualoni, Anna Restaino e Bianca Pastore, in collaborazione con Federfarma Napoli, Associazione Sindacale dei Titolari di Farmacia della Provincia di Napoli, l'iniziativa ha l'obiettivo di favorire il confronto personale e di gruppo su una molteplicità di temi d'attualità. In particolare i tre incontri, dedicati a gruppi di

massimo venti persone, verteranno su "Rapporto con il cibo: aspettative ed emozioni allo specchio" (mercoledì 28 febbraio); "Le direzioni dell'ansia: da blocco a opportunità" (Mercoledì 7 marzo); "Tra solitudine e moltitudine: relazionarsi oggi nelle diverse fasi della vita" (Lunedì 12 marzo). Un'occasione per sensibilizzare e informare il cittadino attraverso una "rete" tra le diverse professionalità del mondo della salute finalizzata all'accredimento del benessere. La partecipazione gratuita fino a esaurimento posti. È consigliata la prenotazione scrivendo a incontriBenessereNapoli@gmail.com.

com).
«La Farmacia – spiega Michele Di Iorio, Presidente di Federfarma Napoli - viene incontro sempre più alle esigenze dei cittadini, ponendosi non più come luogo di mero approvvigionamento del farmaco, ma divenendo sempre più centro di servizi e luogo di informazione e formazione per il cittadino nell'approccio alla salute e al benessere».

IL SETTORE

Sanità privata a caccia di medici e di risk manager

Spazio anche a esperti di web marketing
e coordinatori per le «smart clinic»

PAGINA A CURA DI
Adriano Lovera

■ Dopo la grande campagna acquisti di infermieri esteri dei primi anni duemila, ora la sanità privata cambia volto ed è pronta ad aprire le porte non solo a medici, ma anche a figure professionali trasversali e complesse. Il settore è un tassello imprescindibile nell'offerta nazionale di salute e assistenza. Il 25% dei posti letto ospedalieri, il 59% degli ambulatori e il 78% delle strutture socio-sanitarie residenziali del Ssn sono rappresentati da privati accreditati, secondo l'ultimo rapporto Oasi (Cergas-Sda Bocconi). La spesa privata diretta in questo segmento è al 23% (circa 35 miliardi di euro) del totale della spesa sanitaria nazionale annua. Una presenza economica importante, capace di assorbire nuove professionalità in tutti i tipi di strutture, che vanno da quelle strettamente ospedaliere fino a Rsa (Residenze sanitarie assistenziali), Irccs e soggetti misti. «Le aziende cercano un mix di figure mediche e profili nuovi che stanno prendendo piede» spiega Filippo Leonardi, direttore generale di Aiop (Associazione italiana ospedalità privata), un ente di categoria che raccoglie circa 500 strutture in tutto il Paese. E che, per migliorare l'incontro tra domanda e offerta di personale, dalla

metà dello scorso anno ha implementato un portale apposito sul proprio (www.aiop.it/AiopJob).

«Nell'area medica, i più richiesti attualmente sono anestesisti, ortopedici, geriatri e fisiatri, una necessità dovuta particolarmente all'allungamento progressivo dell'aspettativa di vita». In questo ambito, oltre alle associazioni di categoria, si muovono anche le società di selezione del personale (da Lavoropiù a Openjobmetis) che hanno strutturato apposite sezioni sanità.

Ma accanto alla platea dei medici, si aprono altri filoni. «È sempre più richiesta la figura del risk manager, per la gestione del rischio clinico. Un'attività a cui sono richieste competenze trasversali, da quelle organizzative a quelle legali e assicurative». E non poteva essere fuori dalla partita il mondo di Internet. «I piccoli e grandi soggetti cercano spesso addetti al web marketing, perché ormai il sito è il vero biglietto da visita delle strutture e deve essere non solo completo, ma anche interattivo e naturalmente è importante anche essere presenti sui social» aggiunge Leonardi.

Infine, specialmente nelle grandi città, si sta sviluppando un «turismo sanitario di fascia alta». Tra arabi, cinesi e russi, crescono

gli stranieri con una buona capacità di spesa che identificano il nostro Paese non solo come meta turistica, ma anche come luogo di eccellenza sanitaria. E le grandi strutture fanno a gara per attirarli. Non a caso, una di queste figure è in cima alle preferenze del gruppo San Donato (tra i big del settore), insieme a un'altra risorsa, anch'essa rappresentativa di un trend nuovo: un coordinatore marketing e commerciale per il segmento delle cosiddette «smart clinic» aperte nei centri commerciali.

Dal portale Monster.it si segnala che sono circa 300 le offerte di lavoro in ambito sanitario attualmente aperte sia da tecnici optometristi a fisioterapisti. Sono richiesti anche infermieri e figure di amministrazione e segreteria per studi medici o laboratori di analisi. Molto attivo anche il settore biomedicale con la richiesta di figure di sviluppatori software, ingegneri e responsabili controllo qualità.

Nelle schede accanto si trovano le ricerche di alcuni gruppi grandi e medi. Ulteriori ricerche sono in corso presso altre strutture (come l'Istituto Auxologico, il gruppo Korian, Villa Stuart) e vanno tenuti d'occhio i principali operatori benché al momento non segnalati (Humanitas, Kos, gruppo Garofalo, Giomi).

300

POSTI

UNA SELEZIONE DI OFFERTE DI LAVORO

25 POSTI

Gruppo San Donato

CONTRATTI: diverse formule contrattuali in base ai profili
FIGURE CERCATE: anestesista, cardiologo, biologo, chirurgo vascolare, anestesista rianimatore, medico di chirurgia generale, specialista ostetricia/ginecologia, medico generico, specialista di pronto soccorso, medico di guardia, infermiere strumentista di ortopedia, ortopedico, coordinatore marketing e commerciale, pneumologo, internista e oncologo, cardiologo, pediatra, ginecologo, anestesista

SEDI: strutture del gruppo in Lombardia (province di Milano, Brescia, Bergamo e Pavia)

25 POSTI

I-Medical Center Group

CONTRATTI: diverse formule a seconda della figura professionale; stage
FIGURE CERCATE: stage area amministrativa, call center, desk officer. Medici: urologo, oculista, proctologo, pediatra, medicina generale, nefrologo, ematologo, radiologo/ecografista, gastroenterologo, allergologo, dermatologo, senologo, medico dello sport, specializzato in medicina tropicale del viaggio, fisiatra, chirurgo vascolare, otorino, ortottista, audioprotesista
SEDI: Milano

23 POSTI

San Raffaele Spa

POSIZIONI APERTE: il gruppo romano, che conta 24 strutture nel Centro e Sud Italia tra case di cura, Rsa, poliambulatori e ricerca, cerca figure mediche
CONTRATTI: libera professione o tempo determinato/indeterminato
FIGURE CERCATE: un primario responsabile riabilitatore neuromotoria con esperienza in attività di ricerca. Sei cardiologi, otto fisiatra, quattro internisti, un fisiatra specialista in medicina dello sport, uno psichiatra/neurologo, due fisiatra/neurologi
SEDI: Roma, Cassino, Viterbo e Ceglie Messapica (Brindisi)

20 POSTI

Gvm Care&Research

POSIZIONI APERTE: presente in Italia con circa 30 strutture, ma anche all'estero, il gruppo nei prossimi mesi concentrerà le assunzioni nell'area sanitaria e verso alcune figure di management & staff
CONTRATTI: vari, definiti dopo colloqui. Possibilità di contratti a tempo determinato, libero professionali per i medici
FIGURE CERCATE: cardiologi, medici internisti, ortopedici, infermieri, impiegati, addetti segreteria e formazione
SEDI: Lazio, Sicilia, Puglia, Campania, Toscana, Emilia Romagna, Piemonte, Lombardia

15 POSTI

Ieo

CONTRATTI: in base a ruolo e seniority
FIGURE CERCATE: assistant medical director of the division of hematology-oncology, data scientist/biostatistician, 2 oncologi area gastrointestinale e tumori neuroendocrini, oncologo toracico, imaging technician, oncologo per senologia medica, 2 bioinformatic, oncologo melanomi, sarcomi e tumori rari, anestesista. Borse di studio: postdoctoral research fellow, postdoc position, chirurgo per unità senologia molecolare, oncologo divisione del melanoma
SEDI: Milano

15 POSTI

Policlinico di Monza

POSIZIONI APERTE: presente in Brianza (Lombardia) e in tutto il Nord Ovest, il gruppo sta potenziando l'area medica.
CONTRATTI: tempo indeterminato o libera professione
FIGURE CERCATE: endoscopista, ortopedico, radiologo, di pronto soccorso, oncologo, fisiatra, anestesista.
SEDI: Monza, Verano Brianza (Monza), Novara

10 POSTI

Gruppo Multimedita

POSIZIONI APERTE: si ricercano medici specialisti e personale amministrativo da inserire nelle diverse sedi del gruppo. Per le figure amministrative la laurea e la conoscenza della lingua inglese saranno considerati titoli preferenziali
CONTRATTI: in base al profilo
FIGURE CERCATE: area sanitaria: medici anestesisti, medici di pronto soccorso, medici di chirurgia generale. Area amministrativa: specialista qualità
SEDI: Milano, Sesto San Giovanni (Milano), Castellanza (Varese)

7 POSTI

Policlinico Abano Terme

POSIZIONI APERTE: il gruppo amplia il personale medico e quello infermieristico
CONTRATTI: tempo determinato, indeterminato, tirocinio
FIGURE CERCATE: medico di medicina interna per riabilitazione nutrizionale, operatori socio sanitari, specialista anestesia e rianimazione, tecnico di laboratorio di anatomia patologica, infermieri, specialista in cardiologia
SEDI: provincia di Padova e Jesi (Ancona)

SCENARI FRONTIERE

Lo studio su statine e tumore, condotto dal team di Gabriele Capurso dell'Ospedale Sant'Andrea di Roma, è stato finanziato dall'Airc.



Le statine proteggono dal cancro

I farmaci più utilizzati per abbassare il colesterolo sono in grado di dimezzare il rischio di tumore al pancreas.

Le statine, i farmaci più utilizzati per abbassare il colesterolo, possono dimezzare il rischio di tumore al pancreas. Lo hanno scoperto ricercatori italiani con uno studio sostenuto da Airc (su Scientific Reports). «È il tumore più letale, con un tasso di mortalità del 95 per cento, e a differenza delle altre neoplasie, è in aumento: in dieci anni diventerà la seconda causa di morte per cancro, anche perché non c'è ancora una cura efficace» spiega Gabriele Capurso, responsabile di Gastroenterologia dell'Ospedale Sant'Andrea di Roma.

L'idea degli scienziati è stata di indagare se medicinali diffusi, come le statine appunto, avessero proprietà protettive contro questo cancro. Lo studio ha coinvolto 500 persone con tumore al pancreas, più altre mille affette da malattie meno gravi, intorno ai 65 anni: l'età più a rischio per questa neoplasia e nella quale un quarto prende le statine.

«Abbiamo scrupolosamente interrogato i pazienti sulle loro abitudini e stili di vita. In coloro che prendevano statine da più tempo l'incidenza di cancro pancreatico era quasi dimezzata, ma non solo: l'effetto protettivo è stato più evidente nei sottogruppi con un rischio elevato, ossia uomini, obesi e fumatori» continua Capurso. Anche in chi aveva già il tumore si è vista una maggiore sopravvivenza. «Le statine danno fastidio, in un certo senso, alle cellule tumorali» precisa il

ricercatore. «Agiscono inibendo alcune molecole che trasportano i messaggi tra le cellule responsabili della crescita del carcinoma». Un «effetto collaterale» benefico dei farmaci anticollesterolo, insomma. In più, oltre a «chiudere questi rubinetti che erogano segnali intracellulari, le statine diminuiscono l'infiammazione, che è sempre un fattore pro tumorale».

Il prossimo passo sarà uno studio multicentrico (coinvolto il San Raffaele di Milano e l'Istituto Karolinska in Svezia) su soggetti a forte rischio perché hanno lesioni al pancreas e cisti, precursori del tumore. Con la risonanza magnetica si vedrà quanto le statine riescono a contenere l'evoluzione di queste formazioni. In cantiere anche un altro studio su individui già colpiti dal tumore: una volta asportato, la probabilità che si riformi è dell'80 per cento. «Andremo a vedere di quanto le statine riescono a ridurre le recidive nei circa 400 soggetti operati ogni anno al San Raffaele».

(Angelo Pienontese)

DI PRODUZIONE RISERVATA



L'APPUNTAMENTO DA RICORDARE
Sabato 27 gennaio tornano le «Arance della salute», l'iniziativa di Airc per sostenere la ricerca: in 2.500 piazze italiane e in oltre 600 scuole si potrà acquistare una reticella (2,5 kg) di arance rosse italiane, ricche di antiossidanti protettivi, e una guida informativa su alimentazione e cancro. Per saperne di più: 840.001.001 - airc.it e generazioneairc.it

FANTA-SCIENZA

Medicine che rallentano l'invecchiamento, trasfusioni di sangue miracolose, trasferimento del nostro io in corpi bionici. I tycoon della Silicon Valley stanno investendo miliardi in ricerca. L'obiettivo? Diventare immortali.

È COMINCIATA LA CORSA ALLA VITA ETERNA

di Guido Castellano

Di tutte le cose che si possono comprare, ce ne sono due che i soldi non hanno mai potuto permettersi: salute e vita eterna. Almeno per ora. La Silicon Valley in California, patria delle più importanti aziende hi-tech, è infatti diventata anche la capitale mondiale della ricerca sull'immortalità. Dopo averci cambiato la vita con social network, motori di ricerca, telefoni e computer super potenti, i tycoon del web stanno investendo enormi cifre in ricerche per garantire l'elisir di lunga vita all'umanità. E in primis a sé stessi.

Nei laboratori di San Francisco, la morte si è trasformata in un problema da risolvere con tecnologia, capacità di calcolo e formule matematiche. Come una malattia che si può sconfiggere. «Vogliamo curare la morte» ha detto il fondatore di Google, Sergey Brin, che ha investito oltre un miliardo di dollari in Calico, California Life Company, una società che ha come obiettivo combattere invecchiamento e patologie correlate.

«La morte non ha mai avuto senso per me» ha detto al suo biografo Larry Ellison, oggi 74enne, fondatore di Oracle e settimo uomo più ricco al mondo. Nel libro scritto da Mike Wilson *The difference between God and Larry Ellison* (La differenza tra Dio e Larry Ellison, ndr) descrive la morte come «un altro tipo di



Getty Images

FANTA-SCIENZA

avversario aziendale che si può battere». Per sconfiggerla, Ellison ha creato The Lawrence Ellison Foundation, un'istituzione in cui ha puntato oltre 370 milioni di dollari nella ricerca anti-invecchiamento.

In campo per sconfiggere la vecchiaia ci sono anche due altri big della digital economy: Peter Thiel, cofondatore di PayPal e tra i primi finanziatori di Facebook, miliardario che ha dichiarato di voler vivere fino a 120 anni, e Jeff Bezos, l'uomo diventato più ricco al mondo grazie alla sua Amazon. Entrambi stanno finanziando la start-up Unity Biotechnology, società che spera di fermare il processo di senescenza delle cellule. Secondo il suo fondatore Ned David, ingegnere bio-molecolare, a un certo punto della nostra



In tv è già realtà

«Ognuno ha diritto al corpo che si merita» è lo slogan della serie *Altered Carbon* che Netflix trasmetterà dal prossimo 2 febbraio. Descrive un futuro in cui l'identità umana può essere salvata in un computer e trasferita da un corpo all'altro. Creando, così, una società esente dalla morte.

vita le cellule iniziano a degenerare e producono una sostanza tossica per l'organismo che ha battezzato «zombie toxin», perché in grado di diffondere infiammazioni croniche in tutto il corpo. Al momento, le medicine messe a punto nei laboratori di Unity sono state sperimentate sui topi, con risultati strabilianti: sono riuscite a fermare il cancro, prevenire l'ipertrofia cardiaca e aumentare la durata di vita media del 25 per cento. «Pensiamo che i nostri farmaci possano far sparire un terzo delle malattie umane nel mondo sviluppato nei prossimi anni» ha detto David al settimanale *New Yorker*.

Anche il padre di Facebook, Mark Zuckerberg, alimenta queste ricerche. Ha deciso di investire tre miliardi di dollari nella cura delle malattie attraverso la fondazione creata assieme alla moglie, la Chan Zuckerberg Initiative. Con la quale foraggia il sito biorxiv.org, un portale su cui scienziati di tutto il mondo possono pubblicare e condividere liberamente articoli su temi biologici prima che vengano vagliati da riviste ufficiali. Nella visione di Zuckerberg, l'accesso a questi testi imprimerà un'accelerazione esponenziale alla comprensione delle malattie e alla loro prevenzione.

Il partito californiano degli «immortalisti», in sostanza, può essere diviso in due filoni: gli scienziati che cercano di allungare la vita intervenendo sulla genomica e i transumanisti, ossia gli studiosi che ritengono che l'uomo, se vorrà vivere per sempre, dovrà trasferire il suo io in un pc e diventare un cyborg. Tra i pionieri di questo secondo filone c'è Elon Musk: il fondatore di Tesla ha creato una società chiamata Neuralink che sviluppa «lacci neurali» per connettere il cervello ai computer e trasformare gli uomini in cyborg.

Il vero portavoce del transumanesimo è Ray Kurzweil, direttore della ricerca di Google. Secondo la sua visione, la morte, almeno quella fisica, ha i giorni contati. Vivremo all'infinito, traslocando il contenuto e le capacità del nostro cervello in corpi bionici. Riverteremo nelle macchine ricordi, esperienze e il nostro io, la personalità, la capacità di ragionare. «Potremo replicare noi stessi e decidere di non morire mai» garantisce Kurzweil. Data prevista? Il 2045. Meno di trent'anni da oggi. Una rivoluzione che chi è nato in questi anni potrebbe vedere di persona.

Ne è convinto Zoltan Istvan, il candidato governatore alle prossime elezioni in California. Scienziato, giornalista e scrittore, è uno dei primi politici ad abbracciare la teoria eternista. Punto

I MAGNIFICI 7 IMMORTALISTI CALIFORNIANI

Scienziati, inventori e politici. Tutti credono nella vita eterna.



Peter Thiel

Il fondatore di PayPal ha messo milioni di dollari nella startup Alcor, società che per 200 mila dollari congela i corpi delle persone in attesa che la tecnologia futura li possa far vivere per sempre.



Elon Musk

Il fondatore di Tesla ha creato una società chiamata Neuralink che sviluppa «lacci neurali» per connettere il cervello ai computer. Lo scopo è cercare di trasferire memoria, pensieri e personalità dentro chip di silicio.



Zoltan Istvan

È candidato Governatore alle prossime elezioni in California. Scrittore e reporter del *National Geographic*, al primo punto del programma elettorale ha messo: «Risolvere il problema della morte». E su questo vuole investire un miliardo di dollari pubblici.



Ray Kurzweil

L'ingegnere capo dei laboratori di Google è il più convinto transumanista. Prevede che entro il 2045 l'uomo vivrà in eterno, dentro corpi robotici.



Larry Ellison

Per il fondatore di Oracle la morte si può superare con la tecnologia. Ha investito 370 milioni di dollari in ricerche contro l'invecchiamento.



Mark Zuckerberg

Il padre di Facebook investito 3 miliardi di dollari per «curare malattie e aumentare le aspettative di vita». Sono stati elargiti dalla fondazione che ha creato con sua moglie, la Chan Zuckerberg Initiative.



Sergey Brin

Il co-fondatore di Google (oggi Alphabet) auspica di poter «curare la morte». Per questo ha investito oltre un miliardo di dollari nella società Calico, California Life Company.

Getty (4) - Shutterstock (2) - Ipa

fondamentale del suo programma elettorale: «Risolvere il problema della morte». Vuole investire un miliardo di dollari pubblici nella ricerca in questo ambito.

Ma la corsa all'eterna giovinezza non è solo confinata nei laboratori. Sono già disponibili trattamenti e prodotti commerciali all'avanguardia. Dalle trasfusioni di sangue (8 mila dollari ciascuna) che promettono ringiovanimento cellulare offerte della startup Ambrosia (vedere box a lato), alla Human Longevity, società che ha tra i suoi fondatori lo scienziato-imprenditore Craig Venter, famoso per aver decodificato il genoma umano. Facendosi pagare profumatamente, Venter fornisce una sorta di day hospital hi-tech. In 24 ore viene sequenziato il genoma del paziente, effettuata la risonanza magnetica, delineato il profilo molecolare e osseo e creata un'immagine 4D del cuore. Tutto per 25 mila dollari. Un check-up che utilizza il Dna per scoprire in anticipo, e prevenire, le malattie che potremmo affrontare in futuro.

Ci sono poi società come la Alcor, anche questa finanziata dal miliardario Peter Thiel, che congela le persone che ne fanno richiesta pochi istanti dopo il decesso, immergendoli nell'azoto liquido, nella speranza che possano continuare a vivere quando la tecnologia lo permetterà. Un intervento che, a listino, costa 200 mila dollari per l'intero corpo e 80 mila se si vuole salvare solo la testa. Nel suo saggio best-seller *Homo Deus*, lo scrittore israeliano Yuval Noah Harari prevede però che la corsa dell'uomo per sostituirsi a Dio potrebbe essere l'inizio della fine. Condurre a una resa incondizionata dell'uomo alle macchine, spingendo la mente biologica a essere rimpiazzata da software su cui non avremo più alcun controllo. Quella che sta nascendo in Silicon Valley non è solo una rivoluzione epocale. La tecnologia potrebbe dare vita a una religione nuova che non ha bisogno di Dio. Che libererebbe dalla paura di morire, generando un popolo di persone che si annoia e sovraffolla il pianeta al punto da causarne l'estinzione. Sarà questo il prezzo da pagare per il mito dell'eterna giovinezza? ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SANGUE FRESCO, IL NUOVO ELISIR ANTIAGING

La startup Ambrosia, negli Usa, offre infusioni di plasma giovane.

Se chiedete a un biologo che ne pensa dell'opzione immortalità, cercherà educatamente di non ridervi in faccia. Se però accennate a quegli esperimenti che tentano di rigenerare l'organismo con trattamenti a base di sangue giovane, è probabile che il tono cambi. L'ipotesi di rendere la vecchiaia un fenomeno reversibile grazie a infusioni di plasma (il termine scientifico dell'operazione è «parabiosi») è diventata talmente concreta da essere offerta dalla startup americana Ambrosia in una clinica privata di Monterrey, in California: nel 2017, cento volontari (molti manager della Silicon Valley), hanno sborsato 8 mila dollari per ricevere sangue da donatori fra i 18 e i 25 anni. Alla base dei test ci sono solidi studi su animali, in cui topi anziani sono tornati in forma dopo aver assorbito il sangue di topini giovani. Nel test, ai volontari vengono infusi due litri di plasma, ricco di proteine e composti antiaging: dopo tre settimane, dicono quelli di Ambrosia, i partecipanti agés avevano notato miglioramenti su pelle, muscoli e capacità cognitive. La cautela è d'obbligo, ma la corsa è partita. Jesse Karmazin, cui fa capo Ambrosia, ha in progetto altre sei cliniche di questo tipo. E le compagnie farmaceutiche sono già pronte a commercializzare prodotti a base di sangue fresco. Un po' vampireschi, forse. Ma con il marketing giusto, non sarà un problema. (D.M.)

25/1/2018

De Luca (Campania): La nostra battaglia sulla sanità è rendere uguali i cittadini

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

De Luca (Campania): La nostra battaglia sulla sanità è rendere uguali i cittadini

www.panoramasanita.it/2018/01/24/de-luca-campania-la-nostra-battaglia-sulla-sanita-e-rendere-uguali-i-cittadini/



0
0
0
0
0

«La nostra battaglia sulla sanità è rendere uguali i cittadini della Campania e quelli delle regioni del Nord per quel che riguarda la quota pro-capite ricevuta in termini di servizi. La sfida è essere i primi in Italia per i Lea entro due anni, nell'intento di essere al servizio della gente. La Campania era

ultima. Dopo 8 anni di commissariamento, il risanamento contabile lo abbiamo pagato con la perdita di 12mila dipendenti, con tagli ai servizi e all'assistenza». È quanto afferma il Presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca in un articolo pubblicato sulla rivista Panorama della Sanità nel quale il Presidente traccia le linee del ridisegno del Ssr. «Vogliamo promuovere» aggiunge De Luca «un processo di ringiovanimento della classe medica con nuove assunzioni. Abbiamo quasi 13 mila dipendenti in meno a causa del blocco del turn over e questo ha un'inevitabile ricaduta sulla quantità e sulla qualità dei servizi. Nell'ultimo anno abbiamo avuto la possibilità di assumere 2000 medici, è un primo segnale per evitare che le professionalità adeguate, di cui abbiamo la fortuna di disporre, emigrino al nord o all'estero. Oggi cominciano ad aprirsi alcune strutture: l'ospedale del Mare con 1400 dipendenti nuovi e non di altre strutture. Con l'Ordine dei medici lavoriamo per far fronte al problema della mancanza della rete di medicina territoriale per evitare l'intasamento del pronto soccorso. La definizione dei contratti con i medici di medicina generale ci consentirebbe di sbloccare anche la medicina territoriale e di realizzare distretti che hanno un ruolo fondamentale per filtrare sui territori la domanda di salute. Siamo consapevoli dei problemi seri di bilancio del Governo ma se c'è una priorità da rispettare questa riguarda la sanità. Sono molti mesi che stiamo combattendo in Conferenza Stato Regioni per evitare tagli. Siamo comunque fiduciosi perché un evidente passo in avanti è stato fatto. Abbiamo realizzato un miracolo e creato i presupposti per avere altri 4 mila posti lavoro e stabilizzare la fascia di precari ancora in sospenso che ammontano a quasi 2700. Senza approvazione del piano ospedaliero non potevamo neanche definire le piante organiche. I risultati dei nostri sforzi» conclude il Presidente della Regione Campania «cominciano a vedersi, nonostante le difficoltà e il rammarico per i decenni persi».

25/1/2018

Trapianti: i requisiti per strutture, donatori e organi. Tutte le regole e le misure di controllo del Cnt per autorizzare i trapianti

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 24 GENNAIO 2018

Trapianti: i requisiti per strutture, donatori e organi. Tutte le regole e le misure di controllo del Cnt per autorizzare i trapianti

Accordi Stato Regioni sull'idoneità delle strutture di trapianto e su quella dei donatori e degli organi. Le strutture devono essere in grado di fornire direttamente tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche connesse a tre fasi: valutazione di idoneità; intervento e gestione clinica; follow up. Quali sono gli standard minimi per l'autorizzazione. [ACCORDO SULLE STRUTTURE](#) - [ACCORDO SUI DONATORI](#)

Il percorso assistenziale al trapianto del paziente affetto da insufficienza terminale di organo si compone di tre fasi fondamentali:

- a) valutazione di idoneità al trapianto, iscrizione e mantenimento in lista d'attesa per il trapianto di organo;
- b) intervento di trapianto e gestione clinica fino alla prima dimissione;
- c) follow up post trapianto e gestione delle complicanze successive al trapianto.

La struttura sanitaria che intende conseguire o mantenere l'autorizzazione, sia come singola che come struttura che afferisce a un programma regionale per i trapianti, deve essere in grado di fornire direttamente tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche connesse a ciascuna delle tre fasi.

L'équipe medico-infermieristica della struttura sanitaria predispone percorsi multiprofessionali e multidisciplinari per offrire un supporto globale al paziente e alla famiglia a partire dal pre-trapianto, mettendo a disposizione competenze documentate.

E sono definiti a livello aziendale percorsi concordati e condivisi con le Unità operative interessate relativamente all'accesso e alla dimissione dalle Unità operative coinvolte nel processo di immissione e mantenimento in lista di attesa, intervento di trapianto, degenza post operatoria, follow up post trapianto.

E' anche definito a livello aziendale il percorso riabilitativo del paziente trapiantato e le modalità, tempistiche e accertamenti richiesti per il follow-up del paziente trapiantato.

Sono questa alcune indicazioni preliminari dell'accordo Stato Regioni su "Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi (milza, reni, pancreas, fegato, cuore, polmone ecc., ndr.). Criteri e procedure per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate".

L'accordo prevede anche che le strutture sanitarie autorizzate al trapianto sono tenute a trasmettere nei tempi previsti le informazioni utili e i dati per la relazione sull'attività svolta, condizione per il mantenimento dell'autorizzazione.

Le Regioni possono autorizzare all'attività di trapianto pediatrico sia gli ospedali pediatrici sia le strutture già autorizzate all'attività di trapianto da adulto. In questo caso devono acquisire prima il parere del Centro nazionale trapianti (CNT) sulla conformità ai requisiti previsti. E devono comunque adottare tutte le misure di adeguamento necessarie all'attuazione dell'accordo entro un anno decorrente dalla sua entrata in vigore.

L'accordo indica che La valutazione di idoneità del paziente al trapianto ha lo scopo di verificare:
- la sussistenza di una insufficienza terminale di organo tale da rendere effettiva l'indicazione al trapianto;

http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=58270

1/3

25/1/2018

Trapianti: i requisiti per strutture, donatori e organi. Tutte le regole e le misure di controllo del Cnt per autorizzare i trapianti

- l'assenza di concomitanti patologie di tipo infettivologico, cardiovascolare e neoplastico che costituiscano una controindicazione al trapianto o che comportino un rischio non accettabile di insuccesso del trapianto;

Per questo la struttura per i trapianti deve essere in grado di effettuare tutte le prestazioni diagnostiche e tutti gli interventi terapeutici richiesti per l'iscrizione in lista di attesa entro i tempi dichiarati da ogni Centro nella propria Carta dei Servizi, comunque entro un tempo non superiore a 90 giorni.

E deve dimostrare di essere nella condizione di assicurare un percorso diagnostico assistenziale congruo; in particolare deve essere in possesso delle tecniche diagnostiche necessarie per il depistage infettivologico (comprese le tecniche di biologia molecolare), neoplastico e cardiovascolare dei candidati al trapianto. E' consentita l'effettuazione di alcune indagini di particolare complessità in struttura esterna convenzionata con la struttura per i trapianti.

Per quanto riguarda le risorse umane coinvolte nel processo di trapianto, in considerazione della peculiarità e della complessità del processo composto da professionalità tra loro diverse e complementari, la dotazione organica del personale deve essere misurata sulla tipologia e il volume dell'attività svolta, in relazione ai valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto e alla continuità assistenziale per il personale medico.

Gli standard minimi di attività annuale sono individuati, rispettivamente, in:

- 30 trapianti di rene. Nel caso in cui la struttura sanitaria sia autorizzata anche all'attività di trapianto da donatore vivente, concorrono al raggiungimento dello standard minimo sia i trapianti da donatore deceduto che da vivente;
- 25 di fegato. Nel caso in cui la struttura sanitaria sia autorizzata anche all'attività di trapianto da donatore vivente, concorrono al raggiungimento dello standard minimo sia i trapianti da donatore deceduto che da vivente;
- 25 di cuore. Nel caso in cui la struttura per i trapianti utilizzi le tecniche di assistenza ventricolare, lo standard minimo è raggiunto con 20 trapianti di cuore e 5 impianti di assistenza ventricolare;
- 15 di polmone. Nel caso in cui la struttura sanitaria sia autorizzata anche all'attività di trapianto da donatore vivente, concorrono al raggiungimento dello standard minima sia i trapianti da donatore deceduto che da vivente ;
- 5 di pancreas. Nel caso in cui la struttura sanitaria sia autorizzata anche all'attività di trapianto da donatore vivente, concorrono al raggiungimento dello standard minima sia i trapianti da donatore deceduto che da vivente. Nella valutazione del raggiungimento dello standard minimo si terrà conto anche del trapianto combinato di rene e pancreas;
- intestino. Alla stato attuale non è definibile un volume minimo di attività di trapianto di intestino necessario per il mantenimento dell'autorizzazione.

Per gli standard di qualità il CNT redige e rende pubblica annualmente la relazione sui volumi di attività e sulla qualità dei risultati ottenuti dalle strutture per i trapianti.

I parametri utilizzati per la valutazione della qualità dei processi e dei risultati dell'attività di trapianto di organi sono:

- a) numero di pazienti in lista di attesa;
- b) numero di inserimenti per anno;
- c) tempo di inserimento in lista (previsto nella Carta dei Servizi);
- d) periodicità dei controlli clinici effettuati sui pazienti in attesa;
- e) tempo media di attesa;
- f) numero decessi in lista di attesa;
- g) caratteristiche medie della composizione della lista (età, provenienza regionale, distribuzione gruppi sanguigni, distribuzione tra attivi e sospesi, distribuzione del grado di complessità clinica dei pazienti valutato secondo criteri definiti dalle Società scientifiche di pertinenza);
- h) adesione a programmi speciali (DCD, cross over, iperimmuni);
- i) frequenza di aggiornamenti della lista di attesa attraverso l'invio di report al Centro di riferimento di competenza;
- j) stesura e aggiornamento annuale della Carta dei Servizi;
- k) numero richieste urgenti;
- l) tempo di ischemia dell'organo trapiantato;
- m) numero di trapianti effettuati da donatore deceduto e da donatore vivente nell'ultimo triennio;
- n) numero di trapianti pediatrici e di split;
- o) numero di epatiti fulminanti trattate con fegato bioartificiale e/o con trapianto;
- p) percentuale di organi accettati e trapiantati rispetto al totale di quelli offerti dal Centro di riferimento e utilizzati da altri centri trapianto;

http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=58270

2/3

www.albatrosrassegna.com - Ritaglio di stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

25/1/2018

Trapianti: i requisiti per strutture, donatori e organi. Tutte le regole e le misure di controllo del Cnt per autorizzare i trapianti

- q) sopravvivenza del ricevente e del graft (a 1, 3, 5 e 10 anni);
- r) distribuzione dei trapianti effettuati in base allo status del paziente (solo per trapianto di fegato);
- s) percentuale di ritrapianti entro 1 anno dal trapianto e dopo 1 anno dal trapianto (solo per trapianto di fegato);
- t) percentuale di ritrapianti indipendentemente dal tempo trascorso dal 1° trapianto (solo per trapianto di rene);
- u) distribuzione dei trapianti in base al grado di immunizzazione del paziente (solo per trapianto di rene);
- v) durata degenza media.

Sempre in Stato Regioni e per quel che riguarda i trapianti è stato approvato anche l'accordo sulla valutazione di idoneità del donatore di organi.

In base ai dati anamnestici, clinici, biochimici e strumentali raccolti, il potenziale donatore potrà essere classificato come idoneo a rischio standard (in questa classe di rischio rientrano tutti quei donatori per i quali dal processo di valutazione non emergono fattori di rischio di trasmissione di malattia dal donatore al ricevente); donatore idoneo a rischio non standard; donatore con profilo di rischio trascurabile (se sono presenti nel donatore fattori di rischio per trasmissione di patologia); donatore non standard con profilo di rischio accettabile (se il processo di valutazione evidenzia la presenza di fattori di rischio di trasmissione di patologie tali da comportare determinate specifiche restrizioni o raccomandazioni); donatore non idoneo (cioè in presenza di fattori che comportano un rischio di trasmissione di patologia da donatore a ricevente la cui gravità supera il beneficio atteso dal trapianto o il rischio di mortalità conseguente alla permanenza in lista del potenziale ricevente).

L'esclusione di un donatore per rischio inaccettabile a causa di patologia neoplastica, senza contattare la second opinion, può essere effettuata a seguito di un evidente e documentato riscontro diagnostico nel caso di: neoplasie maligne metastatizzate; carcinoma in atto, a eccezione del carcinoma della prostata, della vescica, del rene, micro papillifero della tiroide per i quali è necessario contattare la second opinion; microcitoma polmonare; melanoma diagnosticato con un follow-up inferiore a 5 anni; leucemia acuta in atto; linfomi in atto; mieloma multiplo in atto.

In questi casi l'esclusione è assoluta, senza rivedibilità da parte della second opinion.

25/1/2018

Reti cliniche assistenziali: ecco le nuove linee guida per la loro implementazione e per migliorarne governance e appropriatezza

quotidianosanita.it

Mercoledì 24 GENNAIO 2018

Reti cliniche assistenziali: ecco le nuove linee guida per la loro implementazione e per migliorarne governance e appropriatezza

La Rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini. Parte da questi presupposti l'accordo Stato Regioni odierno. Le reti descritte sono quella cardiologica per l'emergenza, la rete per la neonatologia e i punti nascita, la rete ictus, la rete trauma. [IL TESTO DELL'ACCORDO.](#)

La Rete clinico-assistenziale è un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

La Rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini.

Parte da questi presupposti l'accordo Stato Regioni sulle "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti" su cui è stata espressa l'intesa.

Le reti descritte sono quella cardiologica per l'emergenza, la rete per la neonatologia e i punti nascita, la rete ictus, la rete trauma.

E tutte, oltre allo specifico che descrive nei particolari la peculiarità del tipo di assistenza da erogare, anche tra ospedale e territorio, partono da alcuni presupposti di base che le linee guida chiariscono.

La Rete è governata da un organismo regionale "Coordinamento regionale de/la Rete", rappresentativo delle componenti istituzionali e professionali e dei principali stakeholder.

I suoi compiti sono;

- garantire il governo e l'integrazione organizzativa e professionale di tutte le componenti e i professionisti coinvolti nella Rete;
- validare il Piano di Rete;
- definire le modalità organizzative per realizzare la connessione tra i nodi di Rete;
- monitorare e validare i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA);
- verificare il raggiungimento degli obiettivi con gli strumenti previsti nell'accordo;
- verificare il rispetto di parametri temporali, organizzativi, clinico assistenziali e di appropriatezza delle prestazioni erogate, per garantire il mantenimento di adeguati livelli di qualità e sicurezza delle attività di Rete;
- redigere, sulla base degli esiti del monitoraggio della Rete, una relazione annuale sul suo funzionamento;
- definire, all'interno del Piano di Rete, le modalità operative e gli strumenti per l'ottimizzazione dell'uso delle risorse professionali, tecnologiche e di struttura;
- definire il piano delle attività formative di Rete prestando attenzione ai livelli di responsabilità e alle specifiche attività dei nodi (Hub & Spoke) di Rete e favorendo l'integrazione tra i professionisti dei diversi nodi.

Per favorire l'efficienza della Rete e l'integrazione effettiva tra i vari nodi, secondo le linee guida è opportuno mettere in atto strumenti per la condivisione delle risorse (tecnologiche, di personale ed

http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=58252

1/2

25/1/2018 Reti cliniche assistenziali: ecco le nuove linee guida per la loro implementazione e per migliorarne governance e appropriatezza economiche) e il loro utilizzo da parte dei nodi, secondo modalità organizzative flessibili ma ben definite.

Tra gli strumenti già in parte utilizzati e che possono rispondere ad alcune delle finalità c'è quello della costituzione di equipe multiprofessionali e multidisciplinari (mobile team) che, attraverso il reclutamento di professionisti, possono consentire l'erogazione di prestazioni sanitarie ad alta intensità assistenziale e per periodi di tempo definiti.

Una componente fondamentale del funzionamento della Rete è basata su specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) relativi alle principali patologie della cui realizzazione si fa carico la stessa rete clinico-assistenziale.

A questi percorsi deve a sua volta essere conformato il piano di assistenza personalizzato relativo al singolo assistito. Particolare attenzione deve essere posta nella definizione di specifici protocolli e procedure per l'integrazione organizzativa e professionale tra i singoli nodi della Rete per garantire la continuità assistenziale tra i vari nodi della Rete e tra ospedale e territorio e l'integrazione tra il Coordinamento regionale di Rete e il Coordinamento regionale dell'emergenza urgenza, oltre che nell'integrazione organizzativa con il Sistema 118 e 116, o numero unico europeo 112.

La dotazione organica quali-quantitativa delle strutture che fanno parte della Rete deve essere coerente con i parametri e gli standard organizzativi stabiliti dalla normativa nazionale e regionale.

E l'atto regionale di adozione della Rete deve anche precisare se sono previsti nella programmazione regionale eventuali sistemi di finanziamento ad hoc per il funzionamento della Rete, al di fuori dei sistemi ordinari di finanziamento dei fattori produttivi e i relativi sistemi di tracciabilità, ed eventuali sperimentazioni per la gestione degli aspetti economico-finanziari specificandone le peculiarità.

Tutti gli aspetti illustrati costituiscono gli elementi di base di ogni Rete clinico assistenziale che ne caratterizzano la struttura e l'organizzazione. Per ciascuna Rete vengono differenziati, in base al contesto assistenziale di riferimento, i relativi meccanismi operativi, gli specifici processi e percorsi clinico-assistenziali sia in relazione agli aspetti organizzativi che, in particolare, a quelli diagnostico-terapeutici, al cambio setting (modalità e relativa tempistica), compresi i sistemi di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle attività erogate e i processi di supporto (formazione e aggiornamento).

Le indicazioni fornite con le Linee Guida, precisa l'accordo, non esauriscono tutti gli aspetti relativi alle necessarie interconnessioni tra l'attività ospedaliera per acuti e le attività territoriali, non potendo prescindere, l'efficiente ed efficace funzionamento delle reti tempo dipendenti dalla presenza, a titolo di esempio, di una rete riabilitativa che consente la presa in carico precoce nei setting assistenziali-riabilitativi di ricovero e/o in struttura residenziale territoriale con modulo riabilitativo o al domicilio, secondo il piano individuale di trattamento personalizzato.

25/1/2018

Rivoluzione sul pianeta trapianti: ora si accredita il «programma» | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

Sanità24
24 gen
2018

DAL GOVERNO

SEGNALIBRO | ☆
FACEBOOK | f
TWITTER | t

Rivoluzione sul pianeta trapianti: ora si accredita il «programma»

di Barbara Gobbi

[PDF](#) [Trapianti: i nuovi criteri di accreditamento](#)

[PDF](#) [I criteri sul donatore di organi solidi](#)

[PDF](#) [Il protocollo sui donatori problematici](#)



«Una diversa concezione dell'attività trapiantologica: dall'accREDITAMENTO del centro e di un'équipe, si passa all'accREDITAMENTO dell'intero programma trapianti, considerando - giustamente - che esso coinvolge l'azienda sanitaria nel suo complesso». Così il direttore del centro nazionale trapianti, **Alessandro Nanni Costa**, dà il senso del documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, che rivede profondamente i criteri fissati nell'ormai lontano 2002. Da allora è cambiato il mondo, incluso quello dell'attività trapiantologica. D'ora in poi, il direttore generale dell'azienda, che continua a essere responsabile del programma trapianti, nominerà un direttore di programma, che potrà essere un chirurgo ma anche un internista. In più, debutta il "bollino" per la Rete dei centri dialisi e per il "Follow up", in una visione di hub&spoke regolamentato.



Ma il documento - che per il resto lascia inalterati i criteri numerici, tenendo conto anche che dal 2002 non c'è stato alcun aumento dei centri - segna un avanzamento sul fronte pediatrico, riconoscendo ai centri ad hoc la loro specificità con la definizione delle caratteristiche. Ancora: sono possibili reti regionali, con la previsione di regole comuni su tre centri o un unico programma su tre poli. Le sale operatorie, insomma, dovranno avere tutte le stesse caratteristiche, ma ci si sposta sulla base della funzione e non della struttura, sotto l'egida di un solo direttore di programma.

La Stato-Regioni ha dato il suo via libera anche al documento che formalizza i criteri - già in uso - sulla sicurezza del donatore di organi solidi e al protocollo sui donatori a rischio (in allegato i documenti).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

[Privacy policy](#) | [Informativa estesa sull'uso dei cookie](#) | 151N 2409-6089

<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-01-24/rivoluzione-pianeta-trapianti-ora-si-accredita-programma--180536.php?uud=AEu...> 1/1

25/1/2018

Lorenzin: «Via super Irpef nelle Regioni risanate e Titolo V da modificare» | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

24 gen
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

Lorenzin: «Via super Irpef nelle Regioni risanate e Titolo V da modificare»

di Radiocor Plus

«Le Regioni uscite dal Piano di rientro e che hanno raggiunto il pareggio di bilancio, non hanno più nessuna ragione di mantenere una super aliquota Irpef che era stata pensata per coprire il deficit nella sanità e che pesa tantissimo sui cittadini». Così la ministra della Salute Beatrice Lorenzin, intervenuta alla trasmissione radiofonica Radio anch'io su Radio Rai 1. «È ora che le Regioni - ha aggiunto Lorenzin, che si presenta al voto con la lista Civica Popolare - comincino a camminare più con le loro gambe, organizzando meglio la programmazione sanitaria. Si dovrebbe arrivare a un punto di equilibrio dove diminuiamo i ticket ma anche le tasse generali legate a questa super aliquota». La ministra della Salute ha poi rilanciato il Referendum costituzionale per modificare il Titolo V: «Abbiamo 20 Regioni ma ognuna va a modo suo e non solo: anche all'interno delle Regioni virtuose, c'è differenza tra Asl e Asl e da ospedale a ospedale. Per questo la mia proposta non è solo di rilanciare il referendum sul Titolo V - quindi un cambiamento di legislazione, perché il giorno dopo il referendum le Regioni hanno detto "Abbiamo vinto noi e quindi facciamo come ci pare" - ma anche un modello nuovo di commissariamento e di intervento dello Stato. Non sulla Regione tout court, dove ci sono comunque delle difficoltà immense a entrare in contatto con i presidenti, ma azienda per azienda: l'Asl che non funziona deve essere commissariata totalmente».



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie | ISSN 2499-6509

<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/dal-governo/2018-01-24/lorenzini-via-super-irpef-regioni-risanate-e-titolo-v-modificare-124320.php?uuiid=A...> 1/1

RIGENERA I TESSUTI DELLA CORNEA

77

Autorizzata vendita del farmaco studiato da Rita Levi Montalcini

Jacopo Gilberti > pagina 11

Farmacologia. Il principio attivo è stato sviluppato da Dompé

Via libera al farmaco di Rita Levi Montalcini Si produrrà all'Aquila

Ricrea i tessuti danneggiati della cornea

LA PATOLOGIA

«Oxervate» guarisce la cheratite neurotrofica moderata o grave, una malattia rara e invalidante dell'occhio

Jacopo Gilberti

■ È assettico e distaccato il titolo adottato ieri dalla Gazzetta Ufficiale: «Classificazione del medicinale per uso umano "Oxervate", ai sensi dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537». Dietro questo titolo c'è il fatto che entra in commercio un medicinale biotecnologico nato in Italia da una ricerca italiana voluta da una scienziata italiana, Rita Levi Montalcini (1909-2012), la quale per la scoperta vinse il premio Nobel; e questa medicina salverà dalla cecità molte migliaia di persone.

L'Oxervate, nome commerciale del cenegegermin (il principio attivo), viene prodotto nello stabilimento Dompé dell'Aquila. Guarisce la cheratite neurotrofica moderata o grave, una malattia rara e invalidante dell'occhio che fino a ieri era priva di qualsiasi cura: nei casi più gravi veniva risolta chiudendo con una sutura le palpebre dell'occhio malato.

Quanto è costato arrivare all'Oxervate? Impossibile fare un conto preciso nei più di trent'anni di ricerca e poi di sviluppo necessari prima a individuare la

proteina e poi a trasformarla in un medicinale testato e sperimentato. Si stima in genere che un medicinale di forte effetto possa costare in tutto un paio di miliardi di euro, ma in questo caso si tratta di una malattia rara e di un prodotto a spettro così ristretto da richiedere spese per alcune centinaia di milioni. Le linee di produzione sono costate alcune decine di milioni sui 240-250 spesi nel tempo all'Aquila dalla società guidata da Sergio Dompé.

Il medicinale è in vendita da poche settimane in Germania, da oggi è autorizzato dall'Aifa in Italia, negli Usa la Fda gli ha dato una corsia preferenziale in quanto medicinale "breakthrough", cioè di svolta.

La vicenda che porta al medicinale salvavista nacque negli anni '80 quando la scienziata Rita Levi Montalcini scoprì il fattore di crescita dei neuroni, nerve growth factor (Ngf). Una scoperta così sconvolgente per la medicina da portare la scienziata torinese a ricevere il Premio Nobel per la medicina a Stoccolma, insieme a un suo collaboratore, il biochimico statunitense Stanley Cohen. L'Ngf è una proteina solubile che stimola la crescita, il mantenimento e la sopravvivenza dei neuroni.

Il principio scientifico individuato da Levi Montalcini si può applicare a infinite malattie, ma la squadra di ricercatori coordi-

nati dalla scienziata cominciò ad analizzarne le possibilità di sviluppo nel segmento dell'oculistica. Fu costituito uno "spin off" di scienziati, e questa società fu acquistata da Sergio Dompé per svilupparla e portarla al mercato il prodotto.

Sono passati i decenni. Prima il fattore di crescita fu ottenuto partendo dai topi, e già mostrava un valore terapeutico sorprendente. Poi si è riusciti a estrarre l'Ngf da Dna ricombinante umano, per via biotecnologica. È stata scelta la terapia della cheratite neurotrofica perché la cornea dell'occhio è uno degli organi più fittamente innervati, e quindi più sensibili all'effetto del fattore di crescita dei nervi. Per motivi diversi, in una persona ogni smilia si formano sulla superficie dell'occhio ulcere che finora parevano senza rimedio, e che portavano alla perdita della vista. Una malattia rara che ha trovato chi la combatte.

Il tema della ricerca scientifica e farmaceutica, contrastato da fenomeni sociali di contesta-

zione contro la scienza e da paura contro il ricorso alle biotecnologie, ha portato numerose aziende del settore alla resa di fronte a malattie rare che impongono investimenti potenti nella ricerca e tempi molto lunghi di sperimentazione prima di arrivare al mercato, ma che al tempo stesso non consentono rientri veloci dagli investimenti perché i numeri sono piccoli.

L'Italia è un Paese centrale nel segmento delle biotecnologie applicate alla salute umana: vi operano 209 aziende di ogni dimensione, anche microimprese ad altissima specializzazione, con un giro d'affari che l'associazione di settore Farmindustria stima in 8.460 milioni di euro e investimenti in ricerca e sviluppo pari a 697 milioni con 3.864 addetti nelle attività scientifiche.

«Il nerve growth factor è un'evidenza di come in Italia si faccia davvero ricerca e sviluppo e la si faccia in maniera innovativa», osserva l'amministratore delegato della Dompé, Eugenio Aringhieri. Il medicinale è in forma di collirio, bastano poche applicazioni perché i malati si chiudano le piaghe degli occhi. Il ciclo di un paziente costa quasi 15 mila euro, per cui il medicinale si presta soprattutto ai circuiti ristretti ospedalieri finanziati dalla spesa pubblica.

DI PIÙ: PRODOTTORE, L'ESPERIENZA