



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



In pensione prima, più fondi per i poveri e meno tasse a famiglie e imprese: in vario modo declinati, sono i tre impegni presi da Cinquestelle e Centrodestra. Come faranno? Le ipotesi e i conti pubblici. E senza dimenticare la minaccia dell'aumento delle aliquote Iva

TRE CAMBIALI (DA 70 MILIARDI) PER UN GOVERNO

di **Enrico Marro**

Quando e se un governo si formerà, se sarà rispettoso della volontà degli elettori, tre cose dovrebbe fare: mandare le persone in pensione prima; stanziare più soldi per i poveri; far pagare meno tasse a famiglie e imprese. Questi tre obiettivi sono infatti presenti, anche se diversamente declinati, sia nel programma del Movimento 5 Stelle sia in quello del centrodestra e in particolare della Lega. Realizzarli tutti costa decine di miliardi l'anno e si tratterebbe di una spesa strutturale. Certo, ci sono diversi modi per riformare la Fornero, dar vita a un reddito di cittadinanza e arrivare alla flat tax, primo fra tutti quello della gradualità e selettività degli interventi. Ciò non toglie che a regime, fosse anche dopo cinque anni, cioè la durata di una legislatura, si avrebbe appunto un aumento permanente delle uscite annuali che, a voler essere prudenti e fidandosi delle indicazioni dei partiti vittoriosi (che per esempio contano sul fatto che la flat tax a regime si finanzia da sé con la crescita dell'economia), è dell'ordine di 40 miliardi di euro.

Conti in tensione

Quindici miliardi costa infatti a regime il reddito di cittadinanza, secondo le stime dell'Istat, e a questi si dovrebbero aggiungere altri due mi-

liardi, spiega il Movimento 5 Stelle, per potenziare i centri per l'impiego e rendere gestibile il sussidio che, nelle intenzioni dei grillini, dovrebbe aiutare ben nove milioni di persone. A questi 17 miliardi se ne devono aggiungere una ventina ogni anno che sono i risparmi garantiti mediamente dalla riforma delle pensioni Fornero, secondo i calcoli della Ragioneria generale dello Stato.

Discorso diverso per la flat tax, cioè l'aliquota unica Irpef, che la Lega vorrebbe al 15% e Forza Italia al 23%. Aprirebbe, il pri-

mo anno, secondo quanto am-
di» nelle , mette lo stesso
che però ; Silvio Berlusconi
to verrebbe ni, un buco di
rato a regime

con l'aumento del Pil.

Se le formazioni guidate da Luigi Di Maio e Matteo Salvini dovessero governare insieme, il conto da onorare potrebbe essere insostenibile, perché difficilmente una delle due formazioni vorrà cedere rispetto alle sue priorità: il reddito di cittadinanza per Di Maio, la flat tax e l'abolizione della Fornero per Salvini. Il conto potrebbe invece essere più leggero se l'esecutivo escludesse uno dei due vincitori (parliamo quindi delle ipotesi centrodestra e Pd oppure M5S e Pd) perché inevitabilmente qualcuna delle «priorità» finirebbe in secondo piano. Il conto potrebbe inoltre alleggerirsi nel caso si arrivasse a un «governo del presidente» sostenuto più o meno da tutti i partiti che, necessariamente, dovrebbe fare una tara alle richieste.

Qualunque sarà il governo cui si arriverà (e questo vale anche se si dovesse andare di nuovo al voto) c'è però già una cambiale da onorare, lasciata in eredità dagli esecutivi Renzi e Gentiloni. Si tratta delle cosiddette «clausole di salvaguardia», cioè di quelle voci di aumento delle entrate, in particolare Iva e accise, che il governo uscente ha posto a garanzia della tenuta dei conti, per ottenere di anno in anno il via libera di Bruxelles alla manovra.

Una pratica di comodo purtroppo utilizzata da tutti i governi, di centrodestra e centrosinistra, dal 2011 in poi: si costruisce la manovra, si vede quanto manca per tenere il deficit nei limiti richiesti dalla Commissione europea negli anni successivi e, per accontentare Bruxelles, si completa il menù degli interventi dicendo che aumenteranno le aliquote Iva e le accise sui carburanti. Poi, l'anno prima che le clausole scattino, il governo trova le misure alternative (tagli di spesa, entrate diverse o, come fatto negli ultimi anni, maggior deficit) per evitare gli aumenti previsti.

La prossima manovra

Quelle attualmente pendenti, rimodulate con la legge di Bilancio 2018, e che toccherebbe al prossimo esecutivo disinnescare, prevedono l'aumento di due aliquote dell'Iva: quella ordinaria del 22% passerà al 24,2% dal primo gennaio 2019, al 24,9% dal 2020 e al 25% dal 2021; l'aliquota agevolata del 10% salirà invece all'11,5% dal 2019 e al 13% dal 2020. Per impedire questi aumenti bisogna trovare 12,5 miliardi di euro per il 2019 e 19,2 miliardi per il 2020 (comprensivi di 350 milioni per cancellare il previsto incremento delle accise sui carburanti). In tutto, 32 miliardi per il prossimo biennio. Ai quali aggiungere le solite spese improrogabili, dal finanziamento delle missioni militari ai contratti pubblici, tanto che, a bocce ferme, per la manovra 2019 servono già una ventina di miliardi.

Se questa è la situazione, che spazio può esserci per tutte le altre promesse dei vincitori delle elezioni? Eppure,

tanto per fare qualche esempio, i 5 Stelle hanno appena rilanciato sul loro blog il piano da «17 miliardi per la crescita demografica dell'Italia»: sostegni per il babysitting e per l'acquisto dei prodotti per l'infanzia e per i dispositivi e le protesi per la terza età (Iva agevolata al 4%); più fondi agli enti locali per gli asili e per l'assistenza alle famiglie; bonus di 150 euro al mese per tre anni dalla fine della maternità per le donne che rientrano al lavoro; più detrazioni per colf e badanti; aumenti delle indennità di maternità.

Più deficit per tutti

Alla spesa di 17 miliardi l'anno si arriverà nell'arco della legislatura, precisa il Movimento, che però tra le fonti di finanziamento ipotizza anche un aumento del deficit pubblico. Al quale probabilmente bisognerebbe far ricorso anche per le altre proposte dei 5 Stelle: 50 miliardi di investimenti pubblici in 5 anni; riduzione delle aliquote Irpef e niente tasse fino a 10 mila euro; «riduzione choc» del cuneo fiscale e dell'Irap per le pmi; «aumento delle risorse per la sanità pubblica» e per la scuola. Oppure per finanziare altre misure scritte nel programma, questa volta del centrodestra: via le tasse su donazioni, successioni, bollo auto e risparmi; aumento delle «pensioni minime e pensioni alle mamme»; «raddoppio dell'assegno d'invalidità»; «piano straordinario di riqualificazione delle periferie» e via dicendo. Di deficit in deficit.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

P Ricerca | Medicina | Dieci milioni di sterline

Venti team per sconfiggere la resistenza agli antibiotici

Il Longitude Prize cerca un test per identificare le infezioni batteriche
di Guido Romeo

● Ci sono dieci milioni di sterline (11,4 milioni di euro) per chi saprà mettere a punto un test a basso costo, accurato, rapido e facile da usare per identificare le infezioni batteriche. È questa la sfida del Longitude Prize, nato nel 1714 con un atto del Parlamento inglese, il Longitude Act che stanziava 20 mila sterline per chi fosse stato in grado di misurare la longitudine di una nave con una precisione di almeno mezzo grado.

La deadline per le sottomissioni è alla fine di settembre, ma la scelta del tema è frutto di un lavoro di valutazione cominciato più di quattro anni fa con un team, guidato dall'astronomo e presidente della Royal Society Martin Rees, che ha valutato sfide in campi diversissimi, dall'energia all'ambiente, alla robotica e allo sviluppo globale. «Vogliamo stimolare la nascita di un nuovo mercato di dispositivi medici», spiega Daniel Berman, che all'interno di Nesta, il fondo per l'innovazione lanciato dal governo britannico e dal 2017 presente anche in Europa continentale con la sede di Torino – perché la resistenza batterica agli antibiotici è in continua crescita e le aziende private non sono interessate a investire».

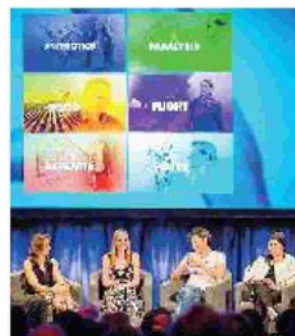
Tra il 2003 e il 2013 appena il 5% dell'impegno complessivo dei fondi di *venture capital* è stato indirizzato a combattere la resistenza agli antibiotici, ma il costo sociale ed economico è in pericolosa crescita. La Review on Antimicrobial Resistance, commissionata dal governo britannico nel 2014, ha inoltre mostrato che se nei prossimi dieci anni non svilupperemo soluzioni efficaci per contrastare lo sviluppo dei "superbatteri" resistenti ai farmaci, potremmo dover fare i conti con scenari apocalittici. Già oggi le forme di stafilococco aureo – l'infezione batterica più comune negli ospedali – resistenti alla metilcillina sono oltre due volte più costose da trattare rispetto ai ceppi normali (35 mila contro 16 mila dollari a paziente) e con una mortalità altrettanto superiore (24,5% contro 11,5%). Ogni anno si stima che almeno 50 mila persone siano vittime di infezioni resistenti agli antibiotici in Europa e Stati Uniti e il conto globale super le 700 mila vittime annue. «All'aumento della resistenza agli antibiotici contribuiscono diversi fattori, in

primis la sovrapprescrizione ma anche la riduzione dell'uso dei vaccini», spiega Berman – il problema principale è però che oggi

la diagnosi di un'infezione da parte dei medici di base avviene ancora in base ai sintomi e spesso vengono prescritti farmaci ad ampio spettro perché non si conosce bene la natura dell'infezione. Se i medici in ogni parte del mondo potessero capire in modo rapido ed economico con che tipo di batterio hanno a che fare e se esso è già resistente a un farmaco, l'uso degli antibiotici diventerebbe immediatamente più mirato ed efficace, dando risultati migliori e senza aumentare la resistenza dei microrganismi». I criteri sulla base dei quali verranno valutati gli oltre 20 candidati sono otto: necessità (il test deve migliorare l'uso mirato degli antibiotici); accuratezza; costo (circa 20 dollari a esame che potrebbero scendere con l'industrializzazione); rapidità; facilità di utilizzo; scalabilità; sicurezza; connettività (sono preferiti i sistemi che già prevedono una registrazione dei dati). «Ciò che premieremo», spiega Berman – sarà un prototipo con un design stabile e ottimizzato che possa essere valutato per le sue performance in vista delle approvazioni sanitarie come quelle dell'Ema europea e della Fda statunitense».

Non è richiesto che il sistema sia *open source* o che venga ceduta la proprietà intellettuale, ma le clausole del Longitude prevedono che chi dovesse accettare i dieci milioni di sterline, per poi farsi una bella vacanza e non proseguire nella scalabilità e diffusione del prototipo, non potrà rivalersi se Nesta o altri attori indicati dal governo inglese svilupperanno il sistema a livello commerciale.

Le soluzioni candidate sono diverse e includono anche sofisticati sistemi robotici ma quelle che sembrano in pole position sono i sistemi di microfluidica, i cosiddetti *biochip* o *lab on a chip*, delle sorta di cartucce nelle quali è sufficiente introdurre una goccia di sangue o saliva per ottenere in pochi minuti un risultato molto preciso. «Questi sistemi sono molto interessanti», osserva Berman – perché anche di facile lettura poiché spesso le molecole che utilizzano possiedono dei marcatori fluorescenti e il risultato può essere letto direttamente dall'app di uno smartphone. Ovviamente questo tipo di soluzioni avrebbe un prezzo regolato e incentivato, ma i benefici sarebbero enormi, non solo in Gran Bretagna e negli altri paesi sviluppati, ma in tutto il mondo e a lungo termine perché garantirebbe accesso a cure migliori per tutti ed efficientamento della spesa sanitaria».



Nesta. La scelta del tema del Longitude è avvenuta con consultazioni via Bbc e social

Cura del carcinoma polmonare È in atto la rivoluzione tecnologica

La terapia a bersaglio molecolare identifica le mutazioni nelle sequenze del Dna

di **Raimondo Nesti**

Ci sono importanti novità nel trattamento del carcinoma al polmone, uno dei tumori più letali al mondo (41 mila casi annui solo in Italia), in particolare quello non a piccole cellule. Soprattutto, porta risultati lo studio dell'identikit molecolare dei tumori, con la ricerca scientifica che ha compiuto negli ultimi anni progressi straordinari, aprendo la strada a nuove prospettive terapeutiche anche attraverso il contributo della cosiddetta «patologia molecolare predittiva», con cui è diventata una realtà clinica la possibilità di analizzare alterazioni a carico di geni, come «egfr» ed «alk».

Quest'ultima, in particolare, è una mutazione che comporta una fusione di due geni. Un incontro che favorisce la crescita tumorale e la formazione di metastasi, in soggetti tra 45-50 anni, anche non fumatori. Dunque, un lavoro per identificare le mutazioni che avvengono nelle sequenze del Dna dell'ammalato, che ha un identikit genetico diverso dagli altri, per poi colpire in modo preciso le anomalie molecolari responsabili della crescita del tumore.

Daniilo Rocco, oncologo dell'azienda dei Colli di Napoli (uno dei centri di riferimento nel Sud per il trattamento dei tumori polmonari attraverso la medicina molecolare) spiega che è in atto «una rivoluzione nella cura dei carcinomi polmonari non a piccole cellule e nella terapia a bersaglio molecolare, un tipo di terapia farmacologica per la cura dei tumori indirizzata a contrastare i meccanismi specifici del processo di carcinogenesi, ovvero formazione e crescita del cancro, delle singole neoplasie. In questo contesto - aggiunge - la figura



professionale del patologo molecolare è divenuta fondamentale. Con un test di biologia molecolare effettuabile sul campione proveniente dalla biopsia o sul sangue, può indicare all'oncologo il paziente che più si gioverà di questo tipo di terapia». Rocco, che ha realizzato assieme a Umberto Malapelle, patologo del dipartimento di Sanità pubblica, della Federico II, un opuscolo dal titolo: «Non Small Cell Lung Cancer, dalla diagnosi morfologica alla caratterizzazione molecolare», spiega inoltre che «la patologia molecolare predittiva interviene anche sugli sbilanciamenti di espressione di determinate proteine, (per esempio PD-L1), per definire il percorso terapeutico migliore per i pazienti affetti da tumore del polmone non a piccole cellule. Inoltre, l'implementazione di tecnologie avanzate di biologia molecolare, come il sequenziamento genico di nuova generazione, nella pratica clinica, ha aperto una nuova frontiera per la selezione dei pazienti con neoplasie polmonari alle terapie più adeguate, consentendo di analizzare le mutazioni del gene «egfr» anche in frammenti di Dna che vengono ri-

lasciati in circolo dal tumore (pratica che viene identificata con il nome di biopsia liquida), quando il campione di tessuto (che ancora oggi rappresenta sicuramente il «gold standard») è stato esaurito per portare a termine il dovuto percorso diagnostico».

Nella lotta contro il carcinoma polmonare si riserva un posto anche l'immunoterapia, che funziona con un meccanismo d'azione completamente diverso rispetto ad altre cure, perché non utilizza farmaci che vanno a colpire direttamente le cellule tumorali ma agiscono sul sistema immunitario: lo attivano per aggredire e combattere il tumore tramite gli anticorpi normalmente presenti nel nostro organismo, e anche in questo campo lo studio della quantità totale delle mutazioni genetiche il cosiddetto «tumor mutational burden» sembra offrire un ottimo sistema di predizione di risposta ad i farmaci immunologici. Il sistema immunitario, una volta attivato, riesce a contenere la crescita del tumore. «E così - conclude Rocco - dopo tante delusioni e senza sensazionalismi penso che siamo finalmente sulla

strada giusta, almeno per cercare di cronicizzare la malattia, quindi prolungare e migliorare la vita dei pazienti».

di RAIMONDO NESTI



Daniilo Rocco
Medico oncologo dell'azienda ospedaliera dei Colli di Napoli

Il cervello giovane Un network di esperti contro le demenze

L'esperienza di una struttura d'eccellenza: il Frullone

di Raffaele Nespola

Nel mese di marzo è stata celebrata la *brain awareness week*, letteralmente la «settimana della consapevolezza» sul cervello. Una manifestazione mondiale fuori dal comune e dagli schemi, una sfida globale utile a concentrare l'attenzione dei più sulle scienze del cervello e sull'importanza della ricerca in quest'ambito.

A Napoli, in un luogo profondamente simbolico come Città della Scienza, i maggiori esperti di neuroscienze, professori universitari e alcuni rappresentanti delle istituzioni sanitarie locali di Napoli e Salerno si sono ritrovati per il convegno dal titolo «Il cervello giovane». Obiettivo del dibattito, al quale ha preso parte anche il direttore generale dell'Asl Napoli 1 Centro Mario Forlenza, è stato quello di creare un network campano che possa unire le diverse anime di un mondo ricco ed eccellente.

«Creare questa rete consentirà di facilitare la nascita di percorsi assistenziali e di ricerca», spiega Giulio Corrivetti, direttore del dipartimento di Salute mentale dell'Asl di Salerno e vicepresidente dell'Istituto di ricerche Fondazione Ibris. Id è proprio questo uno degli obiettivi realizzati con la giornata organizzata a Città della Scienza, un importante passo in avanti, perché mette in collegamento alcuni servizi esistenti tra le Asl e le università di Salerno e di Napoli.

Implementare i percorsi di ricerca e di terapia nel campo delle neuroscienze è un obiettivo ormai prioritario, esattamente quanto lo sono le ricerche innovative nella lotta al cancro e alle malattie rare. Del resto, in una società che tende ad invecchiare, quello di tenere il «cervello giovane» non è aspetto da poco. «Lo studio delle demenze – prosegue Corrivetti – è un

Terza età
Un grosso
fattore
di rischio è
l'allunga-
mento
della vita
media



Giulio Corrivetti
Direttore del
dipartimento
di salute
mentale
Asl Salerno



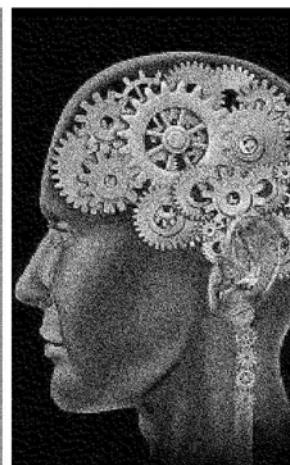
Graziella Milan
Responsabile
del centro
geriatrico
Frullone
di Napoli

punto di partenza. Ci proponiamo però di andare ben oltre. Ci chiederemo, ad esempio, quali sono le nuove conoscenze al servizio della prevenzione dell'invecchiamento cerebrale».

E' in una regione come la Campania non si può evitare di chiedersi se anche l'inquinamento ambientale sia un fattore che può incidere negativamente. Per Corrivetti la risposta è sì, ma «una valida analisi non può prescindere dal considerare più variabili, e il primo grosso fattore di rischio, paradossalmente, è l'allungamento della vita media».

Per fronteggiare l'avanzata di varie forme di demenza esistono sul territorio strutture d'eccellenza, tra queste l'Asl Napoli 1 ha da tempo realizzato il Centro geriatrico Frullone, affidato alla dottoressa Graziella Milan. Questa struttura polifunzionale è una vera e propria ancora di salvezza per i pazienti (molti dei quali anche giovani) con disturbi cognitivi o colpiti da altre forme di demenza.

«Il primo step di accesso – spiega Graziella Milan – è legato agli ambulatori di geriatria, neuro-psicologia cognitiva, riabilitazione cognitiva ed ecografia. Dall'ambulatorio parte la presa in carico globale dei pazienti.



Definiamo il tipo di demenza e il quadro cognitivo e proviamo ad impostare le necessarie terapie farmacologiche ma soprattutto riabilitative».

In pratica, ricevuta la diagnosi, il paziente inizia il percorso di riabilitazione cognitiva. Basta una semplice impegnativa del medico curante. Per pazienti con gravi patologie esiste poi un percorso più articolato, quello del centro diurno per la demenza. In questo caso l'Asl si fa carico di andare a prendere e riportare a casa i pazienti, che possono usufruire di quello che in gergo viene definito un servizio semi-residenziale. Al centro del Frullone ogni paziente è un mondo a sé e per ciascuno viene realizzato un progetto terapeutico.

«Si accede – prosegue la dottoressa – attraverso la Porta unica di accesso territoriale (ad esempio su richiesta del medico di famiglia) e lo spirito è quello di andare avanti insieme contro questa malattia terribile». In alcuni casi il centro del Frullone provvede anche a ricoveri in Rsa, sempre caratterizzati da una presa in carico globale. Possibilità che oggi giorno in molte regioni è tutt'altro che scontata. Nel centro affidato alla dottoressa Milan l'imperativo è fare gioco di squadra, per questo medici, specialisti di geriatria, infermieri professionali, coordinatori infermieristici, assistenti sociali, terapisti occupazionali, psicologi, animatori e Oss lavorano in sinergia; con l'unico scopo di alleviare la sofferenza dei pazienti e ritardare il più possibile il progresso di queste malattie.

«Il farmaco c'è e ha dato risultati concreti»

L'oncologo Ascierto: «In Usa presentati i dati della sperimentazione con immunoterapia. In Campania la rete dermatologica esiste ed è tra le migliori d'Italia, efficace e tempestiva»

I tumori cutanei non melanomatosi sono tra i tumori più diffusi in assoluto: secondo i dati dell'Associazione italiana registri tumori sono infatti al primo posto tra gli uomini (15,2% di tutti i tumori) e al secondo tra le donne, dopo il tumore della



Paolo Ascierto
Presidente
fondazione
Melanoma
e direttore
dell'Uoc oncologia
melanoma
del Pascale

mamella (14,8% di tutti i tumori). In media ogni anno si registrano circa 120 casi di tumore cutaneo non melanomatoso ogni 100 mila uomini e circa 90 casi ogni 100 mila donne. Escludendo i melanomi, 8 tumori della pelle su 10 sono carcinomi cutanei a cellule basali, mentre i rimanenti 2 sono carcinomi a cellule squamose. Per aggredire il carcinoma spinocellulare «l'arma più efficace ad oggi disponibile è la chirurgia». A dirlo è Paolo Ascierto, presidente della fondazione Melanoma e direttore dell'Unità di oncologia melanoma, immunoterapia oncologica e terapie innovative del Pascale di Napoli.

Professor Ascierto, ci sono buone notizie per i pazienti col-

piti da questa forma di tumore?

«Lo scorso anno a Chicago sono stati presentati i dati preliminari della sperimentazione con l'immunoterapia, che ormai si sta diffondendo in tutti i campi. Un anticorpo anti Pdr che nei pazienti con carcinoma cutaneo a cellule squamose avanzato permette di ridurre l'estensione della neoplasia. Devo dire che le forme localmente avanzate e metastatiche non sono molto frequenti, ma quando sono presenti è bene avere una terapia che possa risultare efficace».

Dunque, questo farmaco ha dato risultati importanti?

«Sì anche in considerazione del fatto che questo carcinoma si sviluppa spesso in zone difficili da aggredire chirurgicamente. Ad esempio sul volto, in prossimità degli occhi o sul naso. I risultati si preannunciano concreti, tanto che al momento gli organismi regolatori stanno passando alla fase successiva di valutazione, dopo aver ottenuto la *breakthrough designation* da parte dell'ente regolatorio statunitense (FDA)».

Al momento, la sicurezza e l'efficacia di questa terapia non sono state ancora valutate appieno da nessuna autorità regolatoria. Quali sono le possibilità con le forme metastatiche?

«Purtroppo in questi casi abbiamo risorse limitate. Il carcinoma spinocellulare è ancora oggi una malattia che necessita di interventi importanti. Negli ultimi anni sono stati sviluppati diversi farmaci, ma nessuno è riuscito a garantire un impatto determinante».

Si utilizza ancora la chemioterapia?

«Sì, ma non risolve il problema. Potremmo dire che ha un effetto palliativo e nei migliori dei casi tende ad allungare la sopravvivenza dei pazienti».

E la targeted therapy?

«Sì è molto diffusa negli anni, soprattutto nei confronti del recettore Egfr, ma anche in questo

caso i risultati sono stati controversi. Diciamo che non si è avuto alcun cambiamento di rilievo».

Quanto conta una diagnosi precoce?

«Moltissimo, anche per questo il ruolo del medico di famiglia è determinante. È l'avamposto della prevenzione, visto che il medico di famiglia è il primo in molti casi ad avere notizia dei campanelli d'allarme. Quindi è bene che in presenza di un sospetto indirizzi i pazienti ad dermatologo o a centri di riferimento regionali che possano garantire una diagnosi definitiva».

Esiste una rete dermatologica in Campania?

«Non solo esiste ma è anche tra le migliori d'Italia. La Campania, sia con l'Istituto Pascale che con le università, mette in campo moltissime eccellenze. Posso dire senza il timore di essere smentito che nella nostra regione le



La chemioterapia

Non risolve il problema, ha un effetto palliativo e nei migliori dei casi allunga la sopravvivenza dei pazienti

diagnosi sono molte e molto precoci, per questo riusciamo nella maggior parte dei casi a risolvere il problema con tutti gli interventi necessari».

Se preso per tempo da questo tumore si guarisce?

«La tempestività è tutto, perché negli stadi iniziali questo tumore può essere rimosso in maniera chirurgica. Intervenire rapidamente fa la differenza. Mi sento di ricordare che anche la prevenzione è importante, cercare di avere comportamenti corretti, ad esempio nella protezione dall'esposizione ai raggi Uv».

Raffaele Nespoli
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ospedale del Mare al palo E il Cardarelli «scoppia»

A due anni dal taglio del nastro
l'ospedale arranca ancora
così l'emergenza va in tilt

Ettore Mautone

Il Cardarelli è l'ultimo bastione della sanità metropolitana, immerso in solitudine nelle trincee scavate in collina per fronteggiare una pioggia impressionante (in media 250-270) di arrivi giornalieri di pazienti in pronto soccorso. Un Cardarelli in guerra, dunque, che resiste ma resta privo dell'appoggio

dell'Ospedale del Mare e in estenuante attesa che le truppe del vicino Cto entrino al fronte. Uno scenario a tinte fosche in cui il contributo del gigante di Napoli est per le attività di emergenza in città è ancora del tutto marginale. Nonostante siano trascorsi due anni dalle prime inaugurazioni e dall'apertura degli avveniristici ambulatori e della radioterapia.

> A pag. 32



Sanità, Ospedale del Mare al palo emergenza in tilt tra caos e ritardi

Dal Cardarelli al San Paolo: mare di barelle e medici insufficienti

Ettore Mautone

Il Cardarelli è l'ultimo bastione della sanità metropolitana, immerso nelle trincee scavate in collina per fronteggiare una pioggia impressionante (in media 250-270) di arrivi giornalieri di pazienti in pronto soccorso. Un Cardarelli in guerra, dunque, che resiste ma privo dell'appoggio dell'Ospedale del mare e in estenuante attesa delle truppe del vicino Cio.

Ospedale del Mare

Il contributo del gigante di Napoli è per le attività di emergenza in città è ancora del tutto marginale. A distanza di oltre due anni dalle prime inaugurazioni e dopo l'apertura degli avveniristici ambulatori e della radioterapia, nonostante i successi traslocati, i tagli del nastro e i pezzi di attività messi in moto a singhiozzo in questo ultimo anno, le sconfinate corsie a Ponticelli sono ancora immerse in un limbo che non allevia per nulla la martellante routine dei principali ospedali cittadini dotati di pronto soccorso. Il ruolino di marcia per la definitiva apertura è slittato da aprile a maggio ma la strada è tutta in salita, irta di difficoltà organizzative. Clamorosi i ritardi accumulati dall'ufficio del personale della Asl Napoli 1 che, da un lato non è riuscito ancora a colmare le lacune dell'Ospedale del mare e dall'altro ha reso ancor più fragile l'offerta degli altri presidi in città. Un vero e proprio stillicidio di funzioni, reparti e personale. Un'idea per uscire dal tunnel sarebbe l'annessione al Cardarelli che da un lato alleggerirebbe subito il carico di quest'ultimo e dall'altro contaminerebbe proficuamente prassi e routine operative nell'area dell'emergenza che all'ospedale del mare non sono mai state ancora percorse.

Asl Napoli 1

La rete degli ospedali della Asl Napoli 1 è un quasi disastro: rimaneggiati, privi di uomini e mezzi, divaricati nelle funzioni, senza un ruolo chiaro rispetto a quanto disegnato nel Piano ospedaliero regionale, vian-

giano a vista con una semplice regola di ingaggio: concentrare tutte le energie nel

pronto soccorso. Così il lavoro più duro viene svolto dal Loreto Mare, dal Pellegrini, dal San Giovanni Bosco e dal San Paolo. Qui spesso, di fronte alla complessità dei malati, mancando pezzi di funzioni, adeguato personale, tecnologie, si preferisce trasferire. Tutto va al Cardarelli l'unico completo per assistere adeguatamente e in sicurezza i codici rossi.

Loreto Mare

Al Loreto Mare non ci sono più le unità di Neurochirurgia, Neurologia e Neurointerventistica, traslocate a fine anno a Ponticelli e che agirono saranno seguite a ruota dall'Emodinamica e dall'Utic (Unità di terapia intensiva coronarica). Ciò significa che i casi di infarti e ictus approdati in altri ospedali della Asl devono abdicare verso il Cardarelli. Ciò almeno fino a quando l'ospedale del mare non avrà un pronto soccorso vero aperto h 24. Bisogna poi sciogliere il nodo del polo materno infantile e pediatrico. Se lasciato all'ospedale del mare, dove inizialmente progettato ovvero investire nella ristrutturazione del Loreto trasferendovi la pediatria dell'Annunziata per realizzare ex novo un nido e una terapia intensiva neonatale. La realtà di oggi è fatta di decine di barelle nei reparti e un'offerta assistenziale incompleta.

San Giovanni Bosco

Con la conversione del Loreto mare a polo materno infantile dovrebbe assumere il ruolo di un Dipartimento di emergenza di I livello potenziato per le discipline già presenti, alcune anche di ottimo livello (Chirurgia, medicina, neurochirurgia, neuroradiologia interventistica, emodinamica, cardiologia, ortopedia, chirurgia vascolare). In realtà oggi è un ospedale disastroso, l'unico della Asl Napoli 1 dove non esiste ancora il triage per codificare la gravità dei pazienti in arrivo al pronto soccorso, con forti carenze strutturali, in pronto soccorso che non si riesce a collaudare per infinite difficoltà tecniche, privo di personale al pun-

to da non riuscire a coprire tutti i turni di molte discipline negli orari notturni e festivi. Al pronto soccorso impegna il personale del 118 per colmare le lacune. A giorni alterni il San Giovanni Bosco fa scattare il semaforo rosso alla rete del 118 per la totale saturazione della capacità ricettiva ordinaria e straordinaria con 17 barelle in area emergenza e 5 in Osservazione breve mancando anche le postazioni per accedere all'ossigeno.

San Paolo

Non va meglio all'ospedale San Paolo da mesi alle corde, a corto di anestesisti e chirurghi tanto da decretare la sospensione delle attività in sala operatoria non urgenti con un solo giorno a settimana dedicato alle operazioni urgenti ma differibili. Molti bravi medici specialisti di pronto soccorso, formati alla scuola di Ferdinando Schiraldi, sono stati assunti in altri ospedali lasciando sbilenca l'assistenza, orfana ancora della cardiologia (anche se dovrebbe ora essere trasferita dall'Ascalesi) depauperando quello che un tempo era un vero e proprio gioiello che ancora serve un bacino di utenza vastissimo, circa 250 mila abitanti, di popolosi quartieri come Soccavo, Pianura, Bagnoli e Fuorigrotta. «A giorni - assicura Giuseppe Russo, responsabile dell'assistenza ospedaliera della Asl Napoli 1 - arriveranno al San Paolo

un paio di chirurghi e due anestesisti". L'ultima emergenza è la completa saturazione degli 8 posti di rianimazione ormai perennemente occupati.

Vecchio Pellegrini

L'ospedale della Pignasecca è l'unico a poter contare su un nuovo pronto soccorso ma è rimaneggiato nell'offerta e non completo

L'allarme

A distanza di oltre due anni dalle prime inaugurazioni l'Ospedale del Mare è ancora immerso in un limbo che non allevia la martellante routine dei principali ospedali cittadini dotati di pronto soccorso e che ormai sono al collasso

**Il soccorso
Semaforo
rosso
alla rete
del 118:
capacità
ricettiva
ormai saturata**

**La rete
Asl Napoli 1
sull'orlo
del baratro
Al collasso
Loreto Mare
e Vecchio
Pellegrini**

per le discipline previste per un Dea di I livello. Dovrebbe lavorare in tandem con gli Incurabili ma i trasferimenti non giovano ai soccorsi in urgenza.

Ascalesi

Non ha il pronto soccorso ed è destinato ad essere assorbito dal Pascale. Ma non per tutte le discipline. Restano in carico alla Asl il Laboratorio di Analisi e l'oncoematologia (trasferita un anno fa dal San Gennaro) che ora dovrebbe raggiungere gli Incurabili. Una parcellizzazione che ancora una volta disorienta il personale e provoca sprechi di risorse.

Cardarelli

È l'unico ospedale completo per tutte le discipline, costituito da uomini e mezzi, professionalità, esperienze, capacità, numeri, tecnologie e routine che non hanno eguali in tutto il centro-sud. Sulle sue spalle ricade il peso dell'assistenza in pronto soccorso di tutta la città di Napoli ma anche di una consistente fetta per codici rossi provenienti dalle isole e soprattutto dalla provincia a Sud di Napoli. A Nord il filtro degli ospedali della Asl Napoli 2, sebbene a macchia di leopardo, inizia a configurarsi invece maniera più efficiente soprattutto a Pozzuoli. Da una settimana è stata inaugurato dal manager Ciro Verdoliva un nuovo sistema di smistamento rapido dei pazienti al superamento dei tetti di ricettività (e di barelle) in medicina e chirurgia d'urgenza e in osservazione breve. Un sistema che con alcuni aggiustamenti suggeriti dai sindacati, sembra funzionare contando sul serbatoio di circa mille posti letto su cui può contare l'ospedale.

Il piano del «Moscati» per le attrezzature nel 2018 investimento da sedici milioni

La sanità

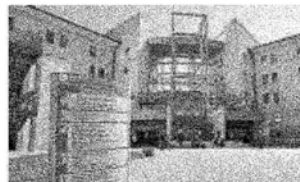
Via libera anche alla partnership con l'Università di Salerno per le scuole di specializzazione

Antonello Plati

Approvato il Piano triennale degli acquisti e dei lavori pubblici dell'Azienda ospedaliera «Moscati» di Avellino: programmati, entro la fine dell'anno, oltre 16 milioni di euro di investimenti per l'acquisto di nuove strumentazioni tecnologiche, arredi e adeguamenti normativi degli ambulatori. Il via libera all'ammodernamento delle apparecchiature e degli spazi a disposizione dell'utenza e del personale è giunto l'altro giorno con una delibera sottoscritta dal direttore generale dell'Azienda di Contrada Amoretta, Angelo Percopo.

Nella stessa giornata, il manager ha anche ratificato l'adesione del «Moscati» alla rete formativa delle scuole di specializzazione dell'Università di Salerno, che consentirà agli studenti di Medicina e Chirurgia di completare sul campo il percorso di studi nel rispetto del piano formativo individuale con l'assegnazione - e quindi la pratica - nelle Unità complesse di riferimento.

Tornando al Piano triennale, è stato adottato lo schema del programma 2018-2020 e l'elenco annuale dei lavori da appaltare e realizzare nell'anno in corso predisposto dal dirigente dell'area Tecnica-Patrimonio nel rispetto degli indirizzi forniti dalla direzione aziendale e redatto secondo i modelli approvati con il decreto ministeriale dell'ottobre 2014 riadattati e integrati da ulteriori documenti esplicativi derivanti da reali esigenze e di esatta interpretazione degli investimenti preventivati.



Percopo ha dunque autorizzato il servizio provveditorato ad attingere prioritariamente dalle iniziative poste in essere da parte delle centrali di committenza nazionale (Consip) e regionale (Soresa), qualora fossero disponibili dell'ambito delle rispettive piattaforme iniziative di interesse o comunque conformi ai singoli interventi preventivati.

Nel dettaglio, il «Programma straordinario degli investimenti per l'adeguamento del patrimonio immobiliare e tecnologico» prevede una spesa pari a 10 milioni 74mila 115,38 euro entro quest'anno per l'acquisto di attrezzature e altri 6 milioni 362mila 171,00 euro per l'adeguamento e l'umanizzazione dei locali e degli arredi per complessivi 16 milioni 436mila 286,38 euro.

Nella seconda annualità, invece, altri 10 milioni 344mila 307,69 euro sono pronti per il rinnovo delle apparecchiature e 5 milioni 502mila 277,00 euro per gli arredi per complessivi 15 milioni 846mila 584,69 euro. Infine, per il 2020 appostati 14 milioni 458mila 987,00 euro, così suddivisi: 11 milioni in tecnologie e grandi attrezzature e 3 milioni 458mila 987,00 euro in adeguamenti normativi e umanizzazione. Per un totale, nel triennio, di 46 milioni 741mila 858,08 euro.

Tra gli interventi, le cui gare di appalto saranno predisposte entro il prossimo 31 dicembre, ci sono l'implementazione del sistema Rise Pacs (2 milioni 89mila 500 euro) a servizio del dipartimento delle immagini con interfaccia della cartella clinica; la sostituzione di 14 ecotomografi (1 milione 200mila euro); l'acquisto di un tomografo assiale computerizzato (1 milione 600mila euro) per la sostituzione della Tac a singolo strato; e la sostituzione e integrazione di incubatrici neonatali (600mila euro).

Conti pubblici

Pensioni, emergenza spesa

L'Europa chiederà una stretta

Per Commissione Ue e Fondo Monetario serve un intervento sui costi entro il 2020
Più che abolire o allentare le leggi attuali si rischia una Fornero-bis o tagli all'assistenza

L'ex sottosegretario
Brambilla al lavoro per
la Lega: Possibile un
intervento "chirurgico"

La Ragioneria e il
governo hanno criticato
questo scenario, ma
Bruxelles tira dritto

VALENTINA CONTE, ROMA

La spesa pensionistica dell'Italia è una bomba pronta ad esplodere. Lo scriverà la Commissione europea nel rapporto di primavera "Ageing Report 2018". Previsioni talmente drastiche da raccomandare al governo che verrà non solo prudenza nell'intaccare le riforme in atto. Ma anche di intervenire ancora. Morale della favola: più che cancellare la Fornero, preparare una Fornero bis.

I numeri choc sono noti agli addetti ai lavori, già dallo scorso giugno. La Ragioneria dello Stato li ha studiati e messi a confronto con i propri, criticandone le aspettative nel suo Rapporto pubblicato nell'ottobre scorso. Così il governo uscente nel Documento di economia e finanza. Ma la bacchettata di Bruxelles arriverà lo stesso. Proprio nel bel mezzo delle trattative per il nuovo esecutivo. E proprio quando le forze vincitrici delle elezioni - M5S e Lega - accarezzano l'idea di apparecchiare una legislatura su pochi punti programmatici. Tra questi anche la "revisione" della riforma Fornero.

Ma cosa dice la Commissione Ue, o meglio il gruppo di lavoro intergovernativo noto con la sigla Epc-Wga, lo stesso che stila le pagelle ai nostri conti pubblici? Scrive nero su bianco che la gobba previdenziale - il picco di spesa italiana per le pensioni in rapporto al Pil che si avrà quando la ge-

nerazione dei quarantenni attuali uscirà dal mercato del lavoro - salirà nel 2040 al 18,5% anziché al 16,3% come sostiene l'Italia, superiore al record storico del 2015 (15,7%). E questo perché la nostra economia si planterà: crescita del Pil allo 0,7% in media nei prossimi anni, anziché all'1,2% stimato dalla Ragioneria, contributo degli immigrati regolari ridotto di un terzo, occupazione e produttività asfittiche, invecchiamento della popolazione galoppante e scarso ricambio generazionale. Ancora più pessimista il Fondo monetario internazionale. Uno scenario tutt'altro che distante. Per la Commissione europea l'arrampicata alla vetta parte già nel 2020, con almeno 10-15 anni di anticipo rispetto alle proiezioni italiane. Ecco perché la correzione di rotta va attuata sin da subito, nella prossima legge finanziaria. Il governo Gentiloni aveva già fatto le pulci a una visione così drastica, opponendo alle terribili curve di Bruxelles stime più rosee su Pil e occupazione, figlie di politiche espansive e del ritorno del Paese sul sentiero di crescita. «È vero però che l'equilibrio dei conti pensionistici dopo la Fornero rischia di essere più precario», ammette Stefano Patriarca, consigliere economico di Palazzo Chigi. «Se dovessimo crescere meno dell'1,5% medio, il futuro si tingerebbe di nero». In pratica secondo l'Euro-pa i risparmi della Fornero sareb-

bero bruciati entro 10 anni. Per l'Italia in 30. E questo per colpa di un'economia non brillante, l'effetto demografico (poche culle). Ma anche le spese di questi anni: soprattutto le otto salvaguardie per gli esodati costate 12 miliardi e in misura minore l'aumento ed estensione della quattordicesima.

«La spesa "pura" per le pensioni non solo è sotto controllo, ma in linea con la media europea», controbatte Alberto Brambilla, sottosegretario al Lavoro nei governi Berlusconi 1 e 2 (2004-2005). E soprattutto autore del capitolo pensioni nel programma elettorale della Lega. «La spesa previdenziale italiana è all'11% del Pil, non al 16: assolutamente sostenibile. Il resto è assistenza: qui spendiamo 100 miliardi all'anno, senza sapere dove vanno. Il nostro piano non è abolire la Fornero: toccare la previdenza è dinamite, guai a farlo. Ma di rivederla, questo sì. Permettendo a chi ha 35-36 anni di contributi e almeno 64 anni di età, oppure 41 anni e mezzo di contributi a prescindere dall'età di andare in pensione. Intervento chirurgico e fattibile: 50 miliardi in 10 anni. Che si coprono tagliando quell'assistenza che va ai falsi invalidi e a chi non se la merita, perché mente sui requisiti. L'Europa capirà, quando spiegheremo i numeri veri dell'Italia. Non quelli che passa l'Istat».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I punti dei programmi Lega e M5S

Previdenza

La Fornero resiste solo correttivi si studia "quota 100"

Superamento della Fornero: è il primo punto dei Cinque Stelle per un eventuale accordo di governo. E qui le idee di Lega e M5S quasi coincidono. Non più abolizione dell'odiata legge del 2011, come sbandierato in campagna elettorale. Ma introduzione di due quote per andare in pensione: quota 100 (almeno 36 anni di contributi e 64 di età) oppure quota 41 (anni di contributi versati). E mantenimento degli sconti contributivi per le madri. Unica divergenza: l'adeguamento dell'età di uscita alla speranza di vita. Da abolire per M5S. Da mantenere per la Lega.

Lavoro

Reddito di cittadinanza ridotto a sostegno per giovani disoccupati

Il secondo punto programmatico è piuttosto vago: lotta alla disoccupazione giovanile. La formula usata da Luigi Di Maio sembra volutamente ampia. Così da farvi rientrare, se la trattativa lo consentisse, una prima sperimentazione del reddito di cittadinanza, quantomeno in versione circoscritta ai giovani che non hanno lavoro. La Lega, come si sa, è contraria a un reddito dato a tutti, purché poveri, perché lo considera una misura assistenziale che non stimola alla ricerca attiva di un'occupazione.

Fisco

Flat Tax lontana probabili interventi su cuneo e Irap

Taglio delle tasse alle imprese. Anche qui l'espressione, a priori condivisibile da tutti, può voler dire tutto e niente. Compreso un primo abbozzo di Flat Tax al 15%, l'idea forte del programma della Lega. Difficile realizzarla subito e in questa forma, visti i costi stellari, anche se in sede di primo approccio sarebbe limitata alle piccole e medie aziende. Si potrebbe anche partire dalla proposta dei Cinque Stelle: ridurre il cuneo fiscale - la differenza tra il costo del lavoro lordo e netto - e comprimere ancora l'Irap. Su questo l'intesa è alla portata.

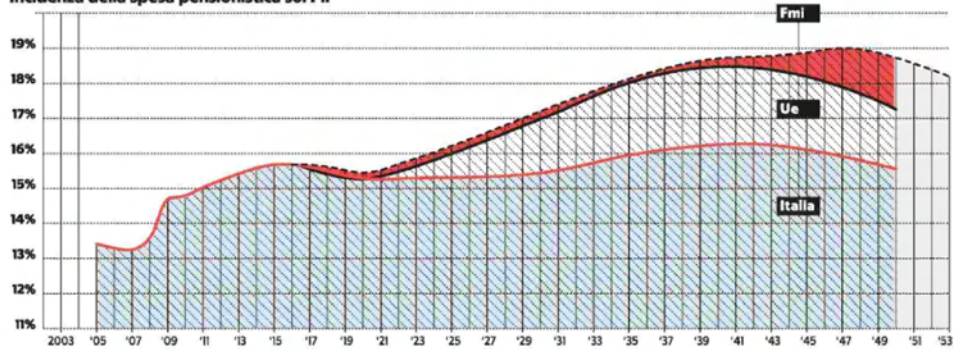
Famiglie

Convergenza su assegni ai nuovi nati e aiuti alle mamme

Aiutare le famiglie che fanno figli. Il quarto punto è già nelle corde sia del M5S che della Lega. I Cinque Stelle vogliono replicare il modello francese: aumentare la spesa per il welfare familiare dall'1,5 al 2,5% del Pil per sostenere i nuclei numerosi. Anche la Lega punta a un piano strutturale di rilancio della natalità: 400 euro al mese detassati per ogni nuovo nato fino ai 18 anni, ma solo a cittadini italiani con almeno 20 anni di residenza. E poi asili nido gratuiti per redditi sotto i 50 mila euro. Convergenze esplicite, anche qui.

Le previsioni

Incidenza della spesa pensionistica sul Pil



Biogen: "Presto in Italia la ricerca sull'Alzheimer"

GIUSEPPE BANFI È L'AD DELLA FILIALE ITALIANA DEL GRUPPO USA E PROVIENE DA PFIZER. «NEL NOSTRO PAESE CI SONO GIÀ 21 CENTRI COINVOLTI NELLO SVILUPPO CLINICO DEI FARMACI MA VOGLIAMO PORTARE ANCHE LE ATTIVITÀ SCIENTIFICHE DI BASE»

Daniela Minerva

Roma
Giuseppe Banfi, classe 1960, si muove alle frontiere estreme del mercato farmaceutico con la leggerezza di chi naviga in acque chete. Viene da una Big Pharma, Sanofi-Aventis. Una di quelle che fanno fatturati saldi e solidi in farmacia con le medicine che prendiamo tutti e in ospedale con molecole consolidate; ma oggi guida Biogen, biotech americana che scommette sulle malattie degenerative del sistema nervoso, quelle imprevedibili, incurabili e persino incomprensibili. Ed è cresciuta quest'anno del 15%.

Il pezzo forte di Biogen è un ampio portfolio di farmaci efficaci contro la sclerosi multipla. E nelle nicchie del nostro cervello la biotech americana si muove con destrezza: ha farmaci in sviluppo contro la Sla e contro il Parkinson. E' suo il Nusinersen, l'unico farmaco esistente contro l'atrofia muscolare spinale, la Sma, malattia rarissima e incurabile. Ed è sua la scommessa contro l'Alzheimer, la malattia degenerativa che colpisce oggi 44 milioni di persone e ancor più ne colpirà visto l'invecchiamento della popolazione. Alzheimer oggi vuol dire due cose per un industriale farmaceutico: è il miraggio di fatturati mai visti, ma è insieme lo scotto di decine di sperimentazioni fallite, centinaia di molecole promettenti in laboratorio e finite in archivio, milioni di dollari impegnati per nessun risultato. Il morbo di Alzheimer e le patologie degenerative del sistema nervoso centrale sono una faccenda così costosa e complessa che ha fatto notizia la più big delle Big Pharma, Pfizer, che ha gettato la spugna. Per Pfizer che lascia, altre continuano e Biogen ha fatto di più: ha assunto proprio lo scienziato che la multinazionale americana aveva messo a capo delle sue ricerche sull'Alzheimer, Michael Ehlers. E da Ehlers partiamo per capire la sfida di Biogen Italia nelle parole del suo amministratore delegato.

Biogen ha acquisito uno dei più importanti neuroscienziati del mondo, già professore al Du-

ke University Medical Center e poi capo della ricerca Pfizer. Continuate a scommettere sull'Alzheimer?

«Certo. Noi siamo nati con la ricerca sulle malattie degenerative. Nostri fondatori sono stati due premi Nobel, i genetisti Walter Gilbert e Philipp Sharp che hanno voluto proprio scommettere sulla possibilità di curare le malattie del cervello con le biotecnologie. Vincendo: la prima malattia che abbiamo aggredito è stata la sclerosi multipla. Non c'era niente e oggi siamo punto di riferimento per questa patologia con sei farmaci approvati dall'Emm, di cui cinque a disposizione dei malati italiani, col sesto in fase di registrazione. Con le nostre molecole abbiamo una risposta per tutte le tipologie di pazienti, da quello in fase iniziale a quello più severo. Però sono farmaci che stoppano la malattia ma non la curano. La nostra ambizione oggi è invece quella di guarire i malati; non ci siamo lontanissimi: abbiamo una sostanza in sperimentazione che potrebbe riuscirci».

Però l'Emm nei giorni scorsi ha ritirato dal mercato il Dacizumab, vostro farmaco contro la sclerosi multipla. Che azioni pensate di intraprendere?

«Come annunciato lo scorso 2 marzo 2018, data la natura e la complessità degli eventi avversi segnalati in relazione al Dacizumab e considerando quindi la relativa evoluzione del profilo beneficio/rischio del farmaco e il numero limitato di malati in trattamento, nell'interesse dei pazienti abbiamo deciso volontariamente il ritiro del farmaco in tutto il mondo. Stiamo supportando i professionisti sanitari nella gestione dei loro pazienti».

Fin qui la sclerosi multipla, ma l'Alzheimer è un'altra partita.

«Crediamo di poterla vincere anche se le difficoltà sono tantissime: i tentativi fatti a oggi nel mondo hanno raggiunto il record del 96% di insuccesso. Ma non ci fermiamo per questo, e oggi abbiamo sei farmaci in fase di sviluppo, di cui 2 addirittura nella fase finale della sperimentazione. Ci crediamo talmente tanto che l'azienda ha investito 5 miliardi di dollari per un nuovo sito produttivo a Luterbach, in Svizzera. Se la scommessa Aducanumab, questo il nome del nostro prodotto più promettente, riesce dovremo trattare milioni di malati».

Perché un'azienda piccola riesce a fare operazioni visionarie che i grandissimi non riescono più a fare?

«L'atteggiamento pionieristico è nel Dna di Biogen. Le Big preferiscono intraprendere strade che abbiano rischi contenuti. La cultura del rischio è invece tipica delle biotech. Per nutrire questa cultura abbiamo bisogno di rapporti di collaborazione con le università e con le start up, aziende centrate su un piccolo numero di scienziati altamente qualificati dedicati alla ricerca. Equipe che fanno i primi passi, dopodiché si affidano ad aziende più grosse per andare a verificare l'efficacia delle loro scoperte. La nostra capacità, grazie ai neuroscienziati che abbiamo in azienda, è quella di scovare i gruppi migliori e di capire quali potrebbero essere le molecole più promettenti».

Quanto c'entra con questo scenario l'entrata in campo della genetica che ha cambiato il business della ricerca?

«Molto. Il biologico è complicato: dobbiamo capire bene i meccanismi fisiopatologici della malattia per poter intervenire sulle cause con i nostri farmaci biotecnologici. E l'accademia fa proprio questo».

Insomma, un rapporto forte con la ricerca di base. Anche in Italia?

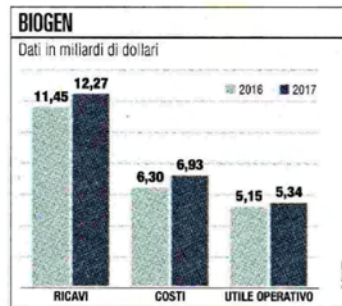
«L'Italia fa da spin off. Cinque anni fa quando abbiamo cominciato eravamo solo un distributore, oggi siamo un'affiliata a pieno titolo. Anche per la ricerca: abbiamo 21 centri coinvolti nello sviluppo clinico dei farmaci contro Alzheimer, 76 coinvolti nella sclerosi multipla, e non solo. La ricerca di base non la facciamo qua, per ora. Ma io sto cercando di portare avanti dei rapporti con istituti di ricerca molto avanzati dove questo potrebbe essere presto possibile».

Facendo investimenti?

«Sì, per tutte le fasi dello sviluppo clinico. E non sono pochi soldi: 16 milioni nel 2016 e 12 nel 2017. Sono un po' meno perché stiamo portando avanti studi avviati nel 2016. Comunque, in Biogen, l'Italia è ai primi posti in Europa per operazioni di ricerca».

Difficoltà?

«Sì. Le difficoltà ci sono e sono soprattutto nel percorso burocratico. Aifa ha lavorato molto e i percorsi sono oggi più semplificati rispetto al passato. Ma resta tanta burocrazia amministrativa che rallenta enormemente le sperimentazioni. Con molte differenze territoriali: c'è dove procediamo spediti e dove, invece, restiamo impantanati mesi e mesi. Ma non chiedetemi dove. Posso dire però che ci sono scienziati di grandissimo profilo tirati a fondo dalle burocrazie».



Nel disegno
l'ad di Biogen
Italia
**Giuseppe
Banfi**
visto da
**Massimo
Jatosti**

■ CIRFF / Il Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione nasce a Napoli nel 2005 ed è una delle poche realtà italiane in questo settore

L'economia sanitaria al servizio del cittadino

Un Centro di eccellenza per analizzare i flussi dei dati sui farmaci e offrire strategie per ottimizzare le risorse sanitarie disponibili

Il Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione (Cirff) nasce nel 2005 da un'intuizione di Ettore Novellino, che a tutt'oggi lo dirige, presso l'allora Facoltà, adesso Dipartimento, di Farmacia dell'Università Federico II di Napoli.

Riconosciuto centro di rilevanza regionale, il Cirff è una delle poche realtà che in Italia opera nel campo della farmacoeconomia e farmacoutilizzazione con l'obiettivo di promuovere, divulgare e portare avanti sia ricerca di base, sia ricerca applicata alle dinamiche evolutive del settore sanitario, nonché diffondere conoscenze scientifiche in tema di organizzazione ed erogazione dell'assistenza sanitaria. Sulla base di queste premesse, e nel rispetto del "Regolamento approvato dal Consiglio di Amministrazione per la disciplina delle attività di ricerca, di consulenza e di formazione svolte con finanziamenti esterni, nonché delle attività di collaborazione scientifica", il Cirff svolge attività di studio e di servizio commissionate da soggetti pubblici e privati su contratto e convenzione. In particolare, tale attività è sviluppata nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, in collaborazione con istituzioni pubbliche e private, al fine di garantire un appropriato e razionale utilizzo delle risorse sanitarie.

La linea del Centro si caratterizza, del resto, per la vocazione a sperimentare modelli operativi capaci di produrre informazioni utili all'implementazione di un appropriato utilizzo delle risorse destinate alla salute pubblica. I brillanti risultati ottenuti nell'arco di oltre un decennio, hanno consolidato il ruolo

del Cirff in questo campo, attestandone la capacità di muoversi sinergicamente tra piani differenti, impiegando le specifiche competenze di ciascuno degli attori coinvolti sulla base dell'interazione tra gli enunciati scientifici della Ebm (Evidence Based Medicine) e la pratica medica. A questo proposito, la Regione Campania, con la delibera n. 276 del 23 maggio 2017, lo ha individuato quale struttura deputata all'analisi del patrimonio informativo regionale per quanto concerne l'area farmaceutica. Tale incarico ha permesso di eseguire un monitoraggio dei database amministrativi regionali relativi ai flussi della farmaceutica e dei ricoveri ospedalieri, creando una significativa base di conoscenza per ogni stakeholder coinvolto nel processo decisionale sanitario.

Per ciò che concerne, invece, gli aspetti più specificamente connessi alla dimensione dell'indagine scientifica, l'operato del Cirff si concretizza in numerose pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali ad alto fattore di impatto. A ciò si aggiungono una serie di partenariati di prestigio come, per esempio, quello con l'Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (Eip-Aha) della Commissione Europea, o con il consorzio di ricerca Simpathy (Stimulating Innovation on Management of Polypharmacy and Adherence in The elderly), nonché numerosi progetti finanziati da enti di ricerca pubblici e privati sia italiani che stranieri. Infine, la produzione saggistica e manualistica del Centro è ospitata in una collana, *Pharmakon*, pubblicata dall'editore federiciano fedoaobooks.

Attività del Centro

- Drug utilization e Outcome Research a partire da database clinici e amministrativi;
- Valutazioni di epidemiologia dell'assistenza sanitaria;
- Analisi di spesa e consumo dei determinanti sanitari al fine di monitorare e ottimizzare l'appropriatezza degli interventi in sanità (Hta);
- Valutazione dell'impatto delle politiche sanitarie nella reale pratica clinica;
- Elaborazione di indicatori specifici a supporto di decisori per la definizione e verifica dei programmi sanitari nonché per l'appropriatezza;
- Sviluppo e validazione di strumenti informativi a supporto delle decisioni in ambito sanitario;
- Valutazione dell'efficienza economica delle terapie farmacologiche attraverso la determinazione del rapporto costo/efficacia, costo/utilità e costo/beneficio;
- Analisi di costo della malattia.



Ettore Novellino, direttore del Cirff

LE TAPPE. IL PRIMO TEST È CAPIRE SE LA NOMINA VA FATTA

Chi omette la designazione subisce sanzioni pesanti

di **Riccardo e Rosario Imperiali**

Dopo le Faq generali del Gruppo di lavoro dell'articolo 29 e quelle del Garante privacy per i Dpo degli enti pubblici, arrivano le Faq per i Dpo dei privati. Una prima linea di demarcazione rispetto all'ambito pubblicistico del ruolo riguarda il profilo dell'obbligatorietà della designazione: obbligatoria è la designazione del Dpo per tutti gli enti pubblici, cioè senza alcun discrimine; mentre obbligatoria lo è per i privati, solo in presenza di determinate circostanze. Il regolamento europeo permette, però, allo Stato membro di prevedere ulteriori casi di obbligatorietà.

Conseguenza pratica derivante da questa diversità di disciplina è la necessità, per il contesto privato, di operare una preliminare valutazione finalizzata a stabilire la sussistenza delle condizioni di legge che fanno scattare tale obbligatorietà. Valutazione delicata, non sempre agevole, foriera di rilevanti conseguenze, in quanto l'omessa designazione del Dpo obbligatorio è sanzionabile amministrativamente con il pagamento di una somma il cui massimo ammontare è pari a 10 milioni di euro ovvero, se superiore, al 2% del giro di affari globale annuo.

La valutazione operata dovrà essere comprovata documentalmente e, nel caso in cui si pervenga a conclusioni di non obbligatorietà, ne andranno evidenziate le argomentazioni, al fine di consentire al Garante di accertare agevolmente il rispetto della prescri-

zione. Questa documentazione andrà ad arricchire il composito sistema documentale *data protection* che ciascuna azienda titolare del trattamento, e per taluni versi anche se "responsabile", è tenuta a realizzare e mantenere aggiornato, al fine di comprovare la propria *accountability*.

Contrariamente al caso precedente, prive di conseguenze giuridiche saranno le ipotesi opposte di valutazioni che dovessero erroneamente concludere per l'obbligatorietà della designazione, in realtà non dovuta nel caso di specie. La designazione del Dpo è un elemento rafforzativo per la tenuta del sistema *data protection* aziendale, per cui la designazione volontaria è da accogliere comunque con favore; tant'è che nei casi di dubbia obbligatorietà, le Autorità consigliano di procedere comunque alla designazione.

Di interesse, al riguardo, sono gli esempi forniti nelle Faq, sia in senso confermativo dell'obbligatorietà sia per quelli per i quali appare improbabile tale obbligo. È bene ricordare, comunque, che gli esempi forniti non si sostituiscono alla citata valutazione preliminare, in quanto l'obbligo di designazione sussiste solo in presenza dei presupposti di legge.

La designazione è operazione di innesco per una molteplicità di prescrizioni ulteriori che vanno puntualmente rispettate: a partire dall'evitare confusioni terminologiche con altre figure organizzative affini ma non rispondenti ai requisiti che la legge indica per il Dpo. In proposito, infatti,

considerata la funzione di vigilanza non operativa, tipica del ruolo, è plausibile riscontrare la presenza all'interno dell'organizzazione aziendale di un parallelo ruolo operativo privacy; in tal caso, la denominazione attribuita a questa funzione non dovrà risultare ambigua rispetto al diverso ruolo legale del Dpo per evitare il disorientamento degli interessati.

L'avvenuta designazione (sia essa obbligatoria o volontaria) sarà comunicata al Garante utilizzando l'apposito modulo indicato nelle Faq, mentre i dati di contatto vanno pubblicati sul sito web aziendale. Se la scelta cadrà su un interno, oltre alla redazione dell'atto di designazione, si dovrà avere cura di evitare conflitti di interesse con eventuali compiti ulteriori già assegnati alla stessa persona. Se, invece, la scelta riguarderà un esterno, la contrattualizzazione del rapporto di servizio dovrà fornire specifiche indicazioni su compiti, risorse e quant'altro utile per lo svolgimento del mandato nel contesto di riferimento; con l'avvertenza che, anche in caso di contratto con una società, l'individuazione riguardi comunque una persona fisica.

di Giuseppe Imperi

SOS PRIVACY. LE RISPOSTE DEL GARANTE SUL RUOLO DEL «RESPONSABILE»

Un angelo custode dei nostri dati anche per partiti, sindacati e Caf

di **Antonello Cherchi**

Il 25 maggio si affaccerà alla ribalta una nuova figura, oltre che nella Pa, anche in aziende, studi professionali, società, partiti politici, sindacati, Caf e patronati. Si tratta del «Dpo», il Data protection officer o Responsabile della protezione dei dati personali. Un ruolo disegnato dal regolamento europeo sulla privacy, che diventerà operativo appunto

tra due mesi. Una serie di nuove FAQ del Garante rivolte al settore privato, che pubblichiamo oggi in anteprima, contribuiscono a delineare meglio il profilo del Dpo, calandolo nella realtà nostrana. Indicazioni preziose perché il day della privacy si avvicina. Da quel momento in tutta la Ue la protezione dei dati personali, resa ancor più attuale dopo il caso

Facebook-Cambridge Analytica, cambierà marcia e il Dpo sarà uno dei cardini della riforma, perché dovrà sorvegliare, in posizione neutrale e libera da conflitto di interessi, l'applicazione delle nuove regole. Il Dpo potrà anche essere una persona giuridica.

Servizi > pagina 7
Con il testo completo delle nuove FAQ del Garante della privacy

La protezione dei dati

DAL CASO FACEBOOK ALLA SVOLTA UE

Responsabile privacy, profilo a prova di dubbi

La nuova figura debutta il 25 maggio: ecco i chiarimenti del Garante per le imprese e i professionisti

Il perimetro

Oltre che per società e banche, l'obbligo scatta per fondazioni, partiti, sindacati e Caf

L'identikit

Se il «Dpo» è scelto all'esterno dell'azienda può anche essere una persona giuridica

Antonello Cherchi

■ Un elenco, semplificato ma comunque chiarificatore, di quanti devono rispettare l'obbligo di chi, invece, non è tenuto; la precisazione che, se individuato all'esterno dell'impresa, può trattarsi anche di una persona giuridica; l'indicazione che un gruppo aziendale può anche designare un unico soggetto, purché facilmente raggiungibile da ogni stabilimento.

Sono alcune delle risposte che il Garante della privacy ha fornito per aiutare i privati (imprenditori, liberi professionisti, fondazioni, società, banche, ma anche partiti, sindacati e Caf) a mettere meglio a fuoco il profilo del Dpo (data protection officer o responsabile della protezione dei dati), la nuova figura prevista dal regolamento europeo 2016/679 che diventerà operativo il prossimo 25 maggio.

Progettare la privacy

Si tratta di un ruolo importante, perché funzionale al nuovo concetto di privacy disegnato dalle regole Ue, disposizioni che tra poco meno di due mesi varranno per tutti i Paesi dell'Unione senza le declinazioni nazionali conosciute

fino a oggi. Un impianto che fa perno sul concetto di *accountability*, ovvero l'attenta valutazione di tutti i rischi privacy connessi a una particolare situazione e la predisposizione di adeguate misure di protezione. Interventi da tenere sempre aperti per poterli aggiornare sulla base degli eventuali cambiamenti nella struttura organizzativa o per adeguarli alle novità tecnologiche. Progettualità e flessibilità che i recenti fatti di Facebook dimostrano quanto mai necessaria per non doversi trovare a fronteggiare disastrose perdite di dati personali.

Ecco perché il Dpo deve possedere una conoscenza adeguata dei processi di gestione delle informazioni e deve agire in piena autonomia nel garantire il rispetto da parte della struttura in cui opera del regolamento europeo e del resto della normativa privacy. Altro compito è quello di fungere da cerniera tra il proprio datore di lavoro e il Garante della privacy. Non sono necessari - come il Garante aveva già avuto modo di chiarire - particolari titoli di studio o abilitazioni. Non c'è, in altri termini, un "bollino" che certifichi il profilo del Dpo.

Di certo, sarà una figura particolarmente richiesta da qui ai prossimi mesi. Si stima ne serviranno 40 mila, tra quelli da impiegare nella pubblica amministrazione e gli altri necessari nel settore privato.

Cantiere aperto

Se per il Dpo "pubblico" il Garante aveva già fornito alcune indicazioni, sempre attraverso le FAQ, per imprese e professionisti, invece, i chiarimenti erano attesi. Dai diversi incontri che l'Autorità guidata da Antonello Soro ha fatto con le associazioni di categoria, infatti, sono giunte richieste di chiarimenti. Quelle pubblicate in pagina e disponibili da oggi anche sul sito dell'Autorità: www.garanteprivacy.it - sono le

prime risposte alle domande più frequenti arrivate da Confindustria piuttosto che da Concommercio o Confartigianato, Abi, Assaeroporti, Assogestioni, Fca, Enel, Unicredit, Banca Intesa, Rai. Per citare alcune associazioni e imprese con le quali il Garante ha avuto contatti in questi ultimi mesi con l'obiettivo di rendere meno traumatico il passaggio dal vecchio al nuovo sistema privacy.

Si tratta di un primo passo. Il percorso di supporto e collaborazione, infatti, prosegue tanto nei confronti della Pa che dei privati. Altre indicazioni arriveranno nei prossimi mesi, soprattutto per rispondere agli assai probabili problemi applicativi che sorgeranno dopo il 25 maggio.

Intanto, il 24 maggio, il giorno precedente il d-day della privacy, il Garante ha organizzato al Palazzo dei congressi di Bologna un incontro con tutti i Dpo, pubblici e privati, per gli ultimi suggerimenti prima del "primo giorno di scuola".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli otto punti chiave spiegati dall'Authority

1

Chi è il responsabile della protezione dei dati personali (Rpd) e quali sono i suoi compiti?

Il responsabile della protezione dei dati personali (anche conosciuto con la dizione in lingua inglese "data protection officer" - Dpo) è una figura prevista dall'articolo 37 del regolamento (Ue) 2016/679. Si tratta di un soggetto designato dal titolare o dal responsabile del trattamento per assolvere a funzioni di supporto e controllo, consultive, formative e informative relativamente all'applicazione del regolamento medesimo. Coopera con l'Autorità (e proprio per questo, il suo nominativo va comunicato al Garante; si veda la Faq 6) e costituisce il punto di contatto, anche rispetto agli interessati, per le questioni connesse al trattamento dei dati personali (articoli 38 e 39 del regolamento).

2

Quali requisiti deve possedere il responsabile della protezione dei dati personali?

Il responsabile della protezione dei dati personali, al quale non sono richieste specifiche attestazioni formali o l'iscrizione in appositi albi, deve possedere un'approfondita conoscenza della normativa e delle prassi in materia di privacy, nonché delle norme e delle procedure amministrative che caratterizzano lo specifico settore di riferimento. Deve poter offrire, con il grado di professionalità adeguato alla complessità

del compito da svolgere, la consulenza necessaria per progettare, verificare e mantenere un sistema organizzato di gestione dei dati personali, coadiuvando il titolare nell'adozione di un complesso di misure (anche di sicurezza) e garanzie adeguate al contesto in cui è chiamato a operare. Deve inoltre agire in piena indipendenza (considerando 97 del regolamento Ue 2016/679) e autonomia, senza ricevere istruzioni e riferendo direttamente ai vertici. Il responsabile della protezione dei dati personali deve poter disporre, infine, di risorse (personale, locali, attrezzature, ecc.) necessarie per l'espletamento dei propri compiti.

3

Chi sono i soggetti privati obbligati alla sua designazione?

Sono tenuti alla designazione del responsabile della protezione dei dati personali il titolare e il responsabile del trattamento che rientrino nei casi previsti dall'articolo 37, paragrafo 1, lettere b) e c), del regolamento (Ue) 2016/679. Si tratta di soggetti le cui principali attività (in primis, le attività cosiddette di *core business*) consistono in trattamenti che richiedono il monitoraggio regolare e sistematico degli interessati su larga scala o in trattamenti su larga scala di categorie particolari di dati personali o di dati relative a condanne penali e a reati (per quanto attiene alle nozioni di "monitoraggio regolare e sistematico" e di "larga scala" si vedano le "Linee guida sui responsabili della protezione dei dati" del 5 aprile 2017, WP 243). Il diritto dell'Unione o degli Stati membri può prevedere ulteriori casi di designazione obbligatoria del responsabile del trattamento dei dati personali (articolo 37, paragrafo 4). Ricorrendo i suddetti presupposti, sono tenuti alla nomina, a titolo esemplificativo non esaustivo: istituti di credito; imprese assicurative; sistemi di informazione creditizia; società finanziarie; società di informazioni commerciali; società di revisione contabile; società di recupero crediti; istituti di vigilanza; partiti e movimenti politici; sindacati; Caf e patronati; società operanti nel settore delle *utilities* (telecomunicazioni, distribuzione di energia elettrica o gas); imprese di somministrazione di lavoro e ricerca del personale; società operanti nel settore della cura della salute, della prevenzione/diagnostica sanitaria quali ospedali privati, terme, laboratori di analisi mediche e centri di riabilitazione; società di call center; società che forniscono servizi informativi; società che erogano servizi televisivi a pagamento.

4

Chi sono i soggetti per i quali non è obbligatoria la designazione del responsabile della protezione dei dati personali?

Nei casi diversi da quelli previsti dall'articolo 37, paragrafo 1, lettere b) e c), del regolamento (Ue) 2016/679, la designazione del responsabile del trattamento non è obbligatoria (ad esempio, in relazione a trattamenti effettuati da liberi professionisti operanti in forma individuale; agenti, rappresentanti e mediatori operanti non su larga scala; imprese individuali o familiari; piccole e medie imprese, con riferimento ai trattamenti dei dati personali connessi alla gestione corrente dei rapporti con fornitori e dipendenti: si veda anche il considerando 97 del regolamento, in relazione alla definizione di attività "accessoria").

In ogni caso, resta comunque raccomandata, anche alla luce del principio di *accountability* che permea il regolamento, la designazione di tale figura (si vedano, in proposito, le menzionate linee guida), i cui criteri di nomina, in tale evenienza, rimangono gli stessi sopra indicati.

5

È possibile nominare un unico responsabile della protezione dei dati personali nell'ambito di un gruppo imprenditoriale?

Il regolamento (Ue) 2016/679 prevede che un gruppo imprenditoriale (si veda la definizione di cui all'articolo 4, n. 19) possa designare un unico responsabile della protezione dei dati personali, purché tale responsabile sia facilmente raggiungibile da ciascuno stabilimento (sul concetto di "raggiungibilità", si veda il punto 2.3 delle linee guida in precedenza menzionate). Inoltre, dovrà essere in grado di comunicare in modo efficace con gli interessati e di collaborare con le autorità di controllo.

6

Il responsabile della protezione dei dati personali deve essere un soggetto interno o può essere anche un soggetto esterno? Quali sono le modalità per la sua designazione?

Il ruolo di responsabile della protezione dei dati personali può essere ricoperto da un dipendente del titolare o del responsabile (non in conflitto di interessi) che conosca la realtà operativa in cui avvengono i trattamenti; l'incarico può essere anche affidato a soggetti esterni, a condizione che garantiscano l'effettivo assolvimento dei compiti che il regolamento (Ue) 2016/679 assegna a tale figura. Il responsabile della protezione dei dati scelto all'interno andrà nominato mediante specifico atto di designazione, mentre quello scelto all'esterno, che dovrà avere le medesime prerogative e tutele di quello interno, dovrà operare in base a un contratto di servizi. Tali atti, da redigere in forma scritta, dovranno indicare espressamente i compiti attribuiti, le risorse assegnate per il loro svolgimento, nonché ogni altra utile informazione in rapporto al contesto di riferimento. Nell'esecuzione dei propri compiti, il responsabile della protezione dei dati personali (interno o esterno) dovrà ricevere

supporto adeguato in termini di risorse finanziarie, infrastrutturali e, ove opportuno, di personale. Il titolare o il responsabile del trattamento che abbia designato un responsabile per la protezione dei dati personali resta comunque pienamente responsabile dell'osservanza della normativa in materia di protezione dei dati e deve essere in grado di dimostrarla (articolo 5, paragrafo 2, del regolamento; si vedano anche i punti 3.2 e 3.3. delle linee guida sopra richiamate). I dati di contatto del responsabile designato dovranno essere infine pubblicati dal titolare o responsabile del trattamento. Non è necessario - anche se potrebbe rappresentare una buona prassi - pubblicare anche il nominativo del responsabile della protezione dei dati: spetta al titolare o al responsabile e allo stesso responsabile della protezione dei dati, valutare se, in base alle specifiche circostanze, possa trattarsi di un'informazione utile o necessaria. Il nominativo del responsabile della protezione dei dati e i relativi dati di contatto vanno invece comunicati all'Autorità di controllo. A tal fine, allo stato, è possibile utilizzare il modello di cui al seguente link: <http://www.gpdp.it/web/guest/home/docw>

eb/-/docweb-display/docweb/7322292

7

Il ruolo di responsabile della protezione dei dati personali è compatibile con altri incarichi?

Sì, a condizione che non sia in conflitto di interessi. In tale prospettiva, appare preferibile evitare di assegnare il ruolo di responsabile della protezione dei dati personali a soggetti con incarichi di alta direzione (amministratore delegato; direttore generale; ecc.), ovvero nell'ambito di strutture aventi potere decisionale in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento (direzione risorse umane, direzione marketing, direzione finanziaria, responsabile It, ecc.). Da valutare, in assenza di conflitti di interesse e in base al contesto di riferimento, l'eventuale assegnazione di tale incarico ai responsabili delle funzioni di staff (ad esempio, il responsabile della funzione legale).

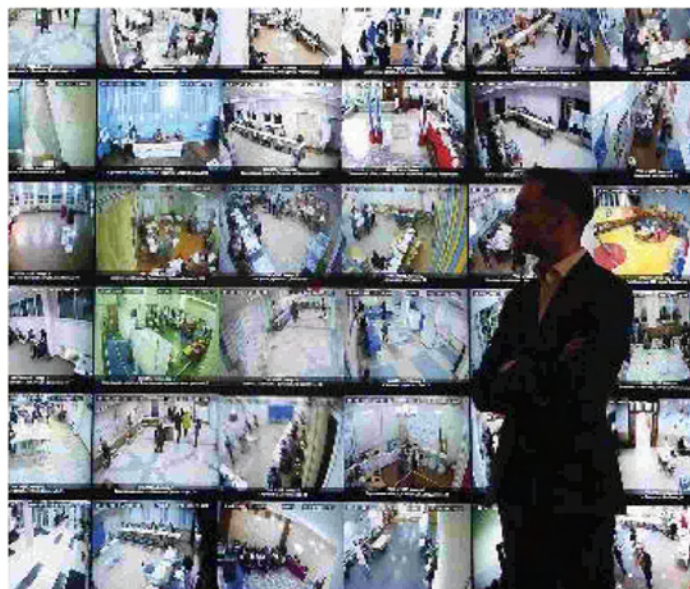
8

Il responsabile della protezione dei dati

personali è una persona fisica o può essere anche un soggetto diverso?

Il regolamento (Ue) 2016/679 prevede espressamente che il responsabile della protezione dei dati personali possa essere un "dipendente" del titolare o del responsabile del trattamento (articolo 37, paragrafo 6, del regolamento); ovviamente, nelle realtà organizzative di medie e grandi dimensioni, il responsabile della protezione dei dati personali, da individuarsi comunque in una persona fisica, potrà essere supportato anche da un apposito ufficio dotato delle competenze necessarie ai fini dell'assolvimento dei propri compiti. Qualora il responsabile della protezione dei dati personali sia individuato in un soggetto esterno, quest'ultimo potrà essere anche una persona giuridica (so veda il punto 2.4 delle suddette linee guida). Si raccomanda, in ogni caso, di procedere a una chiara ripartizione di competenze, individuando una sola persona fisica atta a fungere da punto di contatto con gli interessati e l'Autorità di controllo.

DOMANDE E RISPOSTE A CURA DEL
Garante per la protezione dei dati personali



Informazioni tutelate. Il responsabile della protezione dei dati (Rpd o Dpo all'inglese) è il cardine della riforma Ue