

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
19 FEBBRAIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Medico si porta a casa macchinario Asl Ortopedico scoperto dai carabinieri dopo una segnalazione. Il costoso apparecchio era sparito da tempo dagli ambulatori

L'indagine è tutt'altro che chiusa e le ipotesi di reato a carico dell'indagato devono essere ancora ben definite. Di certo c'è però che alcuni giorni fa i carabinieri del Nucleo antisofisticazioni e sanità di Sassari hanno eseguito una perquisizione nello studio privato dell'ortopedico e medico sportivo Massimo Giuseppe Pellicano. Un'attività nata in seguito a una segnalazione che i militari avrebbero ricevuto da ambienti dell'Asl sassarese. In particolare si faceva riferimento alla misteriosa scomparsa dagli ambulatori dell'ospedale di un apparecchio molto costoso che viene utilizzato dagli specialisti del settore per la misurazione impedenziometrica. Una volta formalizzata la denuncia sono immediatamente partite le indagini dei carabinieri del Nas che dopo alcuni accertamenti – l'inchiesta è coordinata dal sostituto procuratore della Repubblica Giovanni Porcheddu – hanno perquisito lo studio di Pellicano e proprio qui hanno trovato l'apparecchio scomparso dal presidio ospedaliero dell'Asl. Si tratta di una strumentazione sofisticata e per questo motivo anche molto costosa. L'impedenziometro si collega tramite elettrodi al paziente, misura la resistenza che il corpo oppone al passaggio di una corrente debolissima e ad altissima frequenza. Dal valore di quella che nel gergo medico viene chiamata "impedenza corporea", tramite alcuni algoritmi e con l'aiuto di un computer, si risale al contenuto di acqua corporea, di massa magra, di massa grassa e al metabolismo del paziente. Gli apparecchi più moderni – e quello scomparso all'Asl potrebbe essere di questo tipo – anziché utilizzare elettrodi, si collegano al paziente attraverso una pedana metallica (una specie di bilancia). La corrente elettrica a bassa intensità, viene trasmessa attraverso la pianta dei piedi. Su questa indagine il riserbo è massimo, dagli uffici della Procura di Sassari non trapela nulla. L'impressione è che si tratti di un'inchiesta complessa e che soprattutto potrebbe essere solo a una fase iniziale. E per questo motivo gli inquirenti al momento non si sbilanciano. I tasselli del mosaico devono essere ricomposti e probabilmente si sta cercando di capire se quello di cui gli investigatori si stanno occupando sia un episodio circoscritto. Ecco perché è prematuro stabilire le ipotesi di reato a carico dell'indagato. Nei prossimi giorni – quando gli accertamenti saranno conclusi – il quadro potrà essere più chiaro.

L'UNIONE SARDA

PALAU Nuovo medico

Buona notizia per i palaesi, dopo diversi anni di proteste, viene risolto il problema del terzo medico di base.

È stata firmata una convenzione che garantisce il servizio, a breve il dottor Pietro Satta sarà a disposizione della comunità. Per ogni tipo di informazione è possibile rivolgersi all'ufficio scelte e revocche della Asl a Palau, in via Fonte vecchia.

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Reato grave, per cassazione medico non automaticamente cancellabile dall'albo

Pur condannato per un atto grave - una violenza sessuale - il medico può continuare ad esercitare e non va cancellato dall'albo se prima non si prova che la condotta dimostrata ha rilevanza nello svolgimento della professione. Lo sentenzia la Corte di Cassazione (II sezione civile n.1171 del 21 gennaio); il medico era stato interdetto dai pubblici uffici. A cancellarlo dalla professione ci ha pensato l'ordine di Milano, e il professionista ha fatto ricorso alla Commissione centrale esercenti arti e professioni sanitarie. Quest'ultima ha ribadito la sentenza; il medico ha fatto ricorso alla Corte di Cassazione e, non è la prima volta, la Corte ha bacchettato la Commissione guidata dal giudice Giancarlo Mastandrea e composta per i medici da insigni presidenti ed ex presidenti d'ordine. Per la Cceps entrano in gioco i requisiti di "specchiata condotta morale e politica" e della "buona condotta" senza cui non si fa il medico. Per la Cassazione non è così. Già nel 1996 con sentenza 311 la Corte Costituzionale ha differenziato tra condotte che incidono sul corretto svolgimento delle funzioni e condotte che si esauriscono nella vita privata e non condizionano l'accesso a funzioni pubbliche. Certo, il medico era stato interdetto dai pubblici uffici; ma nel 2005 con sentenza 329 ancora la Corte Costituzionale ha scollegato il reato grave dal divieto di esercitare la professione. La Cassazione ora fa il passo successivo: una condotta tale da escludere dallo svolgimento dei pubblici uffici non necessariamente preclude l'attività professionale. La Cceps in composizione diversa ora deve spiegare meglio il nesso tra le due cose. «Nel prendere atto di questa sentenza, che certo qualche perplessità la suscita, va rilevato, anche se pleonastico, che gli Ordini, quando negano l'iscrizione o procedono alla cancellazione dei sanitari per carenza del requisito di buona condotta, dovranno motivare e dimostrare l'incidenza del comportamento moralmente censurabile sul concreto esercizio dell'attività professionale, tale da rendere incompatibile l'iscrizione all'Albo», ammette il Presidente della Federazione degli Ordini Fnomceo **Amedeo Bianco**. «La Cassazione ha infatti ritenuto che, nel caso specifico, ci fosse stato un deficit di motivazione, sia da parte dell'Ordine, sia della Cceps. In altre parole, i giudici hanno affermato che il mero richiamo all'"onore e al decoro" o alla "specchiata condotta morale" e alla "buona condotta" non siano di per sé sufficienti a motivare la sanzione. È necessario, invece, trovare una correlazione diretta e specifica tra il reato per il quale il sanitario ha ricevuto la condanna penale e il nocimento al corretto esercizio della Professione».

Enpam, in quattro a rischio processo

Chiusura indagini sull'Enpam, ente previdenziale dei medici in fase di notifica. I militari del Nucleo speciale di polizia valutaria di Roma e Milano stanno procedendo, infatti, in queste

ore alla consegna degli avvisi di conclusione agli indagati dell'inchiesta aperta dalla procura di Roma. L'[inchiesta](#), apertasi due anni fa, riguarda investimenti in derivati privi di requisiti prudenziali previsti dall'Enpam, che hanno procurato un danno all'ente di 250 milioni di euro. Ora rischiano il processo l'ex presidente **Eolo Parodi**, l'ex consigliere esperto e docente universitario **Maurizio Dallochio**, l'ex direttore generale **Leonardo Zongoli** e l'ex responsabile degli investimenti finanziari dell'Enpam, **Roberto Roseti**, accusati di truffa aggravata e ostacolo agli organi di vigilanza. L'indagine sui fondi Enpam è stata innescata nel 2011 dall'esposto di cinque presidenti Omceo (Bologna, Catania, Ferrara, Latina, e Potenza), un esposto costruito su un dossier elaborato dalla società di consulenza Sri Capital advisors.

Regioni e mmg d'accordo, rischioso sostituire Lorenzin

Dalle Regioni ai medici di medicina generale, è forte il timore che il cambio di Governo possa portare a una impasse nel percorso del Tavolo per il Patto per la Salute e a un indebolimento del dicastero. «Nel ministro Lorenzin abbiamo avuto un buon interlocutore, mi auguro ci sia continuità», ma quel che conta ancor di più, «è mantenere il Ministero della Salute autonomo». È quanto dichiara, a margine del convegno “Cure Primarie H24. Chronic Care Model e Medicina di iniziativa”, l'assessore alla Sanità della Regione Liguria **Claudio Montaldo** in merito all'ipotesi di una sostituzione di Beatrice Lorenzin. «Evitiamo di smontare di nuovo il ministero della Salute. Abbiamo bisogno di un ministero forte, non inglobato nel Welfare, perché deve affrontare una quantità di temi e problemi molteplici e diversificati». «Sottrarre il ministero della Salute è perdere qualità», aggiunge Montaldo, che è anche coordinatore della Commissione salute per la Conferenza delle Regioni, «significherebbe perdere peso nel processo di riorganizzazione della sanità che stiamo mettendo a punto con il Patto per la salute». No a un ministero di serie B anche per il presidente dell'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) **Giovanni Bissoni**. «In questi mesi - spiega - abbiamo lavorato bene, ma chiunque ricoprirà l'incarico, l'importante è che sia a capo di un Ministero della Salute forte e che riprenda quanto prima il tavolo per il Patto». Concorde **Luca Coletto**, assessore veneto e coordinatore degli assessori regionali alla Sanità: «sicuramente con la Lorenzin abbiamo proceduto bene», ma «più che le persone contano gli obiettivi».

Si dicono invece «molto preoccupati» dall'ipotesi di un cambio al vertice del ministero i medici di base. «Facciamo il tifo affinché resti, perché sa interpretare con autorevolezza un Ministero della Salute forte» e ha ottenuto «obiettivi importanti, come il finanziamento», ha detto **Giacomo Milillo**, segretario nazionale della Federazione dei medici di medicina generale (Fimmg). Inoltre, sottolinea, «è in corso un passaggio delicato», quello del Patto per la salute. «Creare una situazione di cambiamento in questa situazione significherebbe rallentare un processo e non favorirlo», a «discapito della salute» degli italiani ma anche dell'economia». «La razionalizzazione risorse e la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale» previsti nel Patto, conclude, «hanno un riflesso importante su tutta l'economia del Paese. Per questo, se venisse sostituita per motivi di equilibri politici, si rischierebbe un danno all'immagine del Governo».

Emergenza-urgenza, Simeu: uniformare i criteri di reclutamento dei medici

Difficoltà per i giovani medici ad accedere al lavoro nella medicina d'emergenza? Si tratta di un problema di vecchia data, da poco rilanciato da un'inchiesta giornalistica, ma **Giorgio Carbone**, past-president di Simeu (Società italiana di medicina di emergenza-urgenza) ritiene che presto ci saranno tutte le condizioni perché possa essere superato. Secondo Carbone, per inquadrare correttamente la situazione è necessario fare una distinzione preliminare: «Nei servizi di emergenza ospedalieri, per accedere a un concorso pubblico bisogna essere in possesso della specialità idonea; finora, nei dipartimenti di emergenza e nelle strutture complesse di medicina e chirurgia di accettazione d'urgenza lavoravano persone che avevano specialità equipollenti, e quelle poste dal ministero erano le più svariate, da medicina interna a pneumologia, da malattie infettive a chirurgia generale, ma in giugno usciranno i primi specializzati in medicina di emergenza e urgenza». Se questo è il servizio ospedaliero, più complessa è l'organizzazione dell'emergenza territoriale. «Il servizio 118 – ricorda Carbone - cambia completamente da Regione a Regione e le modalità di assunzione dipendono dalle diverse organizzazioni; se è un servizio del dipartimento di emergenza e i medici che vengono impiegati nell'emergenza territoriale fanno parte dell'organico della medicina d'urgenza o pronto soccorso del dipartimento, allora vengono assunti con le stesse modalità dei servizi di emergenza ospedalieri. Ma molte Regioni hanno un'ampia quota di medici convenzionati, liberi professionisti non assunti e non soggetti a rispondere ai requisiti che riguardano l'assunzione in ospedale bensì ad altri criteri, in cui la specialità non è necessariamente richiesta». Si tratta dunque di arrivare a una uniformità di approccio e Carbone ribadisce che la Simeu ha da sempre sposato il modello del medico unico territorio-ospedale per il professionista dell'emergenza, che prevede le assunzioni con gli stessi criteri: «Ci auguriamo che d'ora in poi il 118 assumerà i medici attraverso concorsi riservati agli specializzati nella branca interessata».

Diabete, da Amd progetto per migliorare assistenza e ottenere risparmi

Un miliardo e mezzo nei prossimi cinque anni e 18 miliardi in cinquant'anni: a tanto ammontano i risparmi ipotizzati dall'Associazione medici diabetologi (Amd) e, in tempi di spending review, appaiono molto allettanti, soprattutto perché si potrebbero ottenere migliorando contemporaneamente la performance clinica e garantendo alle persone con diabete più aspettativa di vita e meno complicanze. Ma come può il Servizio sanitario nazionale ridurre i costi in modo tanto consistente? Basterebbe che tutti i centri di diabetologia partecipassero al progetto Annali Amd, spiegano i diabetologi in uno studio pubblicato sulla rivista *Diabetic Medicine*, in collaborazione con Fondazione Mario Negri Sud, istituto Ossian Health Economics di Basilea e il sostegno del Centro studi di Novo Nordisk. «Si tratta di uno studio particolarmente significativo, - spiega il presidente della Fondazione Amd **Carlo B. Giorda** - perché basato su dati reali: cioè sul database Annali Amd dei centri di diabetologia italiani, che valuta la qualità dell'assistenza prestata nel nostro Paese, gli esami, le cure e i risultati conseguiti in 320 centri, circa il 50% di quelli presenti sul territorio nazionale». Lo studio ha calcolato in 3.784 euro il risparmio, su un orizzonte temporale di 50 anni, dei costi diretti per ogni persona con diabete assistita in un centro aderente al progetto, rispetto a un centro non partecipante. Considerando un periodo di 5 anni, questo risparmio si assesta a 469 euro pro-capite e, proiettandolo sui circa

3.200.000 di persone con diabete, si arriva appunto al miliardo e mezzo complessivo. Ma la partecipazione al Progetto Annali si è associata anche a un miglioramento dell'aspettativa di vita media delle persone con diabete e **Antonio Nicolucci**, capo dipartimento epidemiologia della Fondazione Mario Negri Sud, riferisce che si ha anche un miglioramento dell'aspettativa ponderata per qualità: «le persone curate nei centri aderenti sono rimaste prive di complicanze del diabete per un periodo medio di 1,6 anni rispetto a 1,2 anni per chi è assistito in modalità convenzionale».

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Enpam: derivati senza requisiti. Chiuse le indagini: in 4 a rischio processo. Danno da 250 mln

Investimenti in derivati privi di quei requisiti prudenziali previsti dallo statuto dell'Enpam, che hanno procurato un danno all'ente di 250 milioni di euro. A conclusione dell'inchiesta la procura di Roma ha notificato il relativo avviso ai quattro indagati, tra i quali l'ex presidente Eolo Parodi. Ora rischiano di finire sotto processo per truffa aggravata e ostacolo agli organi di vigilanza.

Chiusa l'inchiesta della Procura di Roma sugli investimenti in derivati ad alto rischio causando una perdita all'ente di 250 mln di euro. Lo riferisce l'Ansa che specifica come oltre all'ex presidente Eolo Parodi, gli altri indagati sono tre ex responsabili della gestione finanziaria dell'ente: l'ex consigliere esperto e docente universitario Maurizio Dallochio, l'ex direttore generale Leonardo Zongoli e l'ex responsabile degli investimenti finanziari dell'Enpam, Roberto Roseti.

Le indagini

Gli uomini del nucleo valutario della Guardia di Finanza, coordinati dal procuratore aggiunto Nello Rossi e dal sostituto Corrado Fasanelli, riporta l'Ansa hanno preso in esame la gestione del comparto mobiliare, a decorrere dal 2006, ed hanno accertato che l'investimento in derivati caratterizzati da un profilo di rischio altamente superiore a quello indicato in una delibera approvata dall'ente nel 2006 ha determinato perdite per 250 milioni di euro.

Nel mirino delle fiamme gialle sono finiti otto investimenti per centinaia di milioni di euro, solo una parte dei quasi tre miliardi di euro, il 77 per cento del portafoglio mobiliare dell'Ente, investiti complessivamente in derivati. A proporre i derivati che hanno prodotto perdite sono stati, per la procura i tre responsabili della gestione finanziaria. Parodi, come presidente, sottoscrisse i relativi contratti. Da qui l'accusa di truffa aggravata, mentre quella di ostacolo agli organi di vigilanza, i ministeri dell'Economia, del Lavoro e della Salute attraverso la rappresentazione di fatti non rispondenti al vero. Con la conclusione dell'inchiesta sugli investimenti mobiliari non si sono conclusi gli accertamenti sulla gestione finanziaria dell'Ente. Nel mirino degli inquirenti, infatti, ci sono anche quelli destinati al mercato immobiliare.

Stamina: Comitato etico Brescia: “Noi dicemmo primo no. Ma per

Aifa non c'erano condizioni ostative"

Per questo motivo gli Spedali Civili di Brescia cambiarono idea e iniziarono la sperimentazione. Questo almeno è quello che risulta dal carteggio testimoniato dai responsabili della struttura auditi oggi in commissione Sanità del Senato nell'indagine conoscitiva sulla terapia Vannoni. Cambiato il parere dell'Aifa, per la struttura fu "più difficile tentare di resistere" nel dire "no" alle infusioni.

Secondo quanto riferito oggi in Commissione Igiene e Sanità del Senato da **Francesco De Ferrari**, presidente del comitato etico degli Spedali Civili di Brescia, il primo "no" ad autorizzare l'uso della terapia cellulare con metodo Stamina, venne dalla struttura lombarda. Il perché lo ha spiegato lo stesso De Ferrari in quanto "bisognava ricorrere alla produzione in Gmp (Good Manufacturing Practices), come era stato ribadito dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) con una comunicazione di **Carlo Tomino**".

Nel ricostruire la tempistica della vicenda De Ferrari fa presente che "il comitato etico, nella riunione del 5 luglio 2011, ha ritenuto di non autorizzare l'uso della terapia cellulare" con metodo Stamina, sottolineando "che bisognava ricorrere alla produzione in Gmp" come richiesto appunto dall'Agenzia italiana del farmaco e come era già stato anticipato" dall'allora direttore generale dell'Aifa "**Guido Rasi** all'ospedale Burlo Garofolo di Trieste". metodo Stamina in quanto

"Dopodiché" – prosegue il presidente del comitato etico nel ricostruire la vicenda - è stata mandata dall'azienda ospedaliera un'ulteriore richiesta a Tomino, in cui si elencava quali erano le condizioni nella quali si riteneva di poter operare, chiedendo di avere una risposta entro 15 giorni. La risposta è arrivata dopo pochi giorni, prima ancora che fosse stata ricevuta la documentazione, e si diceva che non si ravvedevano condizioni ostative" all'uso della terapia messa a punto da Davide Vannoni.

Questo è stato il motivo per cui la struttura bresciana ha cambiato idea. Per cui nel momento in cui "era cambiato anche il parere di riferimento, è stato ancora più difficile tentare di resistere" nel sostenere il "no" alle infusioni.

"Sul piano formale - ha ricostruito De Ferrari - la vicenda comincia con una delibera del 9 giugno 2011 dell'azienda ospedaliera, in cui viene formalizzato l'accordo con *Stamina Foundation*. Dopo questa delibera, il sottoscritto è stato contattato dalla direzione strategica aziendale per valutare se e come procedere" per effettuare le infusioni. "Ci trovammo a valutare cosa potesse essere fatto dal punto di vista procedurale e pratico - ha proseguito - e il 21 giugno 2011 la dottoressa **Carmen Terraroli**", responsabile della segreteria scientifica del comitato, "scrisse una missiva all'Aifa chiedendo delucidazioni e ponendo domande per avere una voce in più su come comportarci, anche perché" già all'epoca eravamo a conoscenza di una comunicazione dell'aprile 2011 a firma di Rasi indirizzata al Burlo Garofolo, in cui veniva indicata la possibilità di far ricorso al decreto Turco-Fazio, ma con la premessa che il trattamento delle cellule avvenisse in cell factory secondo Gmp".

"Carlo Tomino - ha aggiunto De Ferrari - rispose il 27 giugno ribadendo che non c'era autorizzazione all'uso delle cellule Stamina e che le cellule dovevano essere prodotte secondo Gmp". C'è poi stata "una successiva richiesta da parte dell'azienda ospedaliera di un parere al dottor Tomino per sapere se ci fossero eventuali elementi ostativi" a procedere. E qui il presidente del comitato riconosce che "nella risposta di Tomino non c'è scritto 'autorizzato', ma 'non ci sono condizioni ostative'" essendo il trattamento "rientrante nell'uso non ripetitivo. Al fine di evitare ogni ritardo, nell'interesse dei pazienti, non si ravvedevano ragioni ostative al trattamento indicato e si rimaneva in attesa di ricevere la documentazione preannunciata. Dopo che la documentazione è stata trasmessa, il 5 agosto successivo, dal

direttore generale al dottor Tomino dell'Aifa, sono trascorsi i 15 giorni” entro i quali era stato chiesto di ottenere una risposta, senza ricevere alcuna altra comunicazione”.

Andando avanti nella ricostruzione De Ferrari riferisce che “nella riunione del comitato etico di settembre 2011 vennero discussi i primi due casi proposti in applicazione del decreto Turco-Fazio, con il parere del medico prescrittore, corredato da quello del neurologo di riferimento per il paziente adulto e per il paziente pediatrico con il consenso e tutto quanto previsto dal decreto”. De Ferrari ha precisato inoltre che "**Marino Andolina** voleva fare lui le prescrizioni, ma noi abbiamo detto che le avremmo prese in considerazione” solo se corredate del parere specialistico. “Nei mesi successivi - ha aggiunto - di volta in volta si sono aggiunti 2-3 casi, per arrivare a marzo a raggiungere 12 casi. Nel frattempo non arrivò nessun contrordine e quindi procedemmo”.

Il 15 maggio del 2012 però “sopraggiunse la sospensiva da parte dell'Agenzia italiana del farmaco e “da allora - ha chiarito De Ferrari - non abbiamo più espresso alcun parere, neppure a fronte delle ordinanze dei tribunali che ce lo richiedevano”.

Carmen Terraroli, responsabile della segreteria scientifica del comitato etico degli Spedali Civili di Brescia, anche lei audita sul caso Stamina, ha riferito come i primi dodici pazienti trattati con il metodo Stamina presso gli Spedali civili di Bescia “erano stati regolarmente ricoverati e avevano ciascuno una cartella clinica completa, nella quale erano indicati tutti i passaggi della terapie. Erano riportate anche le etichette dei prodotti infusi e gli eventuali eventi avversi o effetti collaterali che, però, non si sono verificati. Noi non ne abbiamo registrati. Ma non si può assolutamente dire, sulla base di singoli casi, che la terapia sia efficace. E non è nostro compito farlo.

L'esperta parlando poi dell'obiezione di coscienza proclamata nelle scorse settimane da alcuni medici della struttura lombarda, che effettuano le infusioni Stamina ha detto che “anche a fronte di situazioni molto pesanti emerse dalla stampa, si è voluto dare un segno di discontinuità”, che però non si è concretizzato in una vera e propria “interruzione dei trattamenti, che si sono fatti fino a oggi in buona fede e che non ha senso bloccare”.

Tumori. Una nuova molecola distrugge le 'cellule dormienti' del cancro. Entro l'anno lo studio clinico

La molecola VLX600 inibisce la respirazione mitocondriale, facendo 'morire di fame' cellule tumorali inattive del cancro al colon. Lo dimostrano modelli in vitro e in vivo. La molecola è stata identificata da un gruppo di ricercatori svedesi, in uno studio appena uscito su Nature Communications

Una molecola, chiamata VLX600, è uno dei nuovi candidati per combattere in maniera selettiva le ‘cellule dormienti’ dei tumori, facendole ‘morire di fame’. La ricerca, appena uscita su *Nature Communications*, è del Karolinska Institutet e della Uppsala University in Svezia insieme ad altri Istituti. Lo studio è intitolato *Induction of mitochondrial dysfunction as a strategy for targeting tumour cells in metabolically compromised microenvironments*. Queste cellule inattive, che si trovano nelle parti meno ossigenate dei tumori solidi, sono resistenti ai trattamenti convenzionali. In generale, nei tumori solidi delle dimensioni di alcuni millimetri, si verifica una perdita sia di ossigeno che di nutrienti, dovuta ad un'insufficiente crescita dei vasi sanguigni, e questo rende inattive alcune cellule tumorali. Però, dopo il trattamento convenzionale, queste cellule iniziano a dividersi e il tumore cresce: così aumenta la resistenza del tumore.

In questo nuovo studio, i ricercatori hanno mostrato che alcune cellule cancerose,

localizzate in regioni tumorali a bassa quantità di ossigeno e nutrienti, sono incapaci di compensare questa ridotta produzione di energia mitocondriale. “Abbiamo identificato una piccola molecola, che abbiamo chiamato VLX600, che in diversi modelli in vitro e in vivo si è dimostrata efficace contro cellule tumorali del colon, altrimenti molto difficili da trattare”, ha illustrato **Stig Linder**, Professore di Oncologia sperimentale, a capo della ricerca. “Il VLX600 è un blando inibitore della respirazione mitocondriale, e abbiamo dimostrato che le cellule tumorali dormienti hanno una limitata possibilità di compensare la diminuzione della funzione mitocondriale, mediante un’ aumentata glicolisi. Così le cellule cancerose inattive muoiono di fame.

In quest’anno è stato pianificato uno studio clinico di questa sostanza in collaborazione con ricercatori americani. La molecola è stata sviluppata insieme alla compagnia biotecnologica Vivolux AB. La ricerca è stata finanziata da grant del Swedish Cancer Society, Cancer Research Foundations of Radiumhemmet, Swedish Research Council, Alex and Eva Wallström Foundation e della Swedish Foundation for Strategic Research.

SOLE24ORE/SANITA'

Riparto 2013: ecco le nuove proposte per il Cipe su Fsn, obiettivi di Psn, obiettivi prioritari e quote premiali

Poker di riparti per le Regioni: arrivano sul tavolo dei governatori - e potrebbero essere inserite all'ultimo momento all'ordine del giorno della Stato-Regioni del 20 febbraio per l'intesa - le nuove proposte di delibera Cipe sul riparto del fondo sanitario sanitario 2013, sull'intesa per l'assegnazione delle risorse vincolate, l'accordo sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate destinate agli obiettivi di Psn e l'intesa sullo schema di decreto dei ministri di Salute ed Economia per la ripartizione delle forme premiali 2012 e 2013.

Il tutto dopo l'accordo tra governatori del 19 dicembre scorso in cui si sono utilizzate le risorse premiali per bilanciare gli effetti del primo riparto secondo il criterio dei costi standard ([VEDI ANTICIPAZIONE SU QUESTO SITO](#))

Riparto fondo sanitario 2013

Rispetto alla prima proposta della Salute il nuovo riparto ridetermina la quota premiale da accantonare per il 2013 in 321,0135 milioni invece della somma accantonata con la precedente proposta di 267,511 milioni. e si rende disponibile per il fondo la differenza di 53,502 milioni (che deriva dalla differenza tra lo 0,30% e lo 0,25% del fabbisogno complessivo del Ssn per il 2013) con una corrispondente riduzione dell'importo destinato al finanziamento delle risorse relative alle somme vincolate, tranne i 2 milioni per il Centro Nazionale Trapianti.

Inoltre è anche ripartito il contributo di solidarietà per l'Abruzzo di 15 milioni, seconda tranche dopo quella inserita nel riparto 2012 per gli effetti del terremoto del 6 aprile 2009. Ulteriore rimodulazione infine, per il riparto di 259 milioni di euro per gli Izs per il loro funzionamento per assegnare alle Regioni che gestiscono gli Istituti zoo profilattici, una

somma «più congrua rispetto al fabbisogno derivante dalla stabilizzazione del personale di detti Istituti, avviata nel 2008».

Obiettivi di Psn

Sempre in base alle modifiche della quota premiale, si ridetermina l'importo iniziale di 1.510,535 milioni in 1.457,033 milioni per destinare ulteriori 53,502 milioni all'accantonamento per le quote premiali.

Inoltre si incrementa di ulteriori 3 milioni la quota di 2 milioni già accantonata con la precedente proposta per il progetto interregionale sulle linee guida cliniche nell'ambito del "Sistema Nazionale Linee Guida" e a prevedere un ulteriore accantonamento di 10 milioni per l'istituto superiore di Sanità. L'importo finale da ripartire è quindi di 1.410,033 milioni, al netto della somma di 47 milioni accantonata per i progetti interregionali:

- a) 4 milioni, per la sperimentazione di modelli avanzati di integrazione sociosanitaria per l'assistenza ai grandi anziani;
- b) 10 milioni, per la sperimentazione gestionale finalizzata alla ricerca, alla formazione, alla prevenzione e alla cura delle malattie delle migrazioni e della povertà, coordinato dall'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (TNMP);
- e) 10 milioni per il Piano sanitario straordinario in favore del territorio della provincia di Taranto;
- d) 3 milioni, per l'ottimizzazione di assistenza sanitaria nelle piccole isole e in altre località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso;
- e) 4 milioni, per l'aggiornamento della comunicazione ai cittadini per l'accesso ai servizi sanitari, con riferimento al Piano nazionale di valutazione degli esiti (PNE) e agli obblighi informativi legati all'assistenza sanitaria transfrontaliera;
- f) 10 milioni, per il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità ai processi decisionali e operativi delle Regioni nel campo della salute umana;
- g) 5 milioni per le linee guida cliniche nell'ambito del "Sistema Nazionale Linee Guida";
- h) 1 milione, per la sperimentazione delle staminali.

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale

Si tratta di 20 obiettivi che nella proposta sono illustrati e spiegati nella loro articolazione per i quali le Regioni riceveranno subito (con la stipula dell'accordo) a titolo di acconto dall'Economia il 70 per cento delle risorse e per avere anche il restante 30 per cento dovranno presentare con delibera di Giunta regionale o atto equivalente specifici progetti nell'ambito degli indirizzi individuati. Nella delibera dovrà essere contenuta anche specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali. Ciascun progetto, inoltre, dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzia: a) gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire; b) i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili; c) i costi connessi, fermo restando che il raggiungimento degli obiettivi non potrà comportare ulteriori oneri connessi all'acquisizione di risorse umane aggiuntive; d) gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto.

Queste le linee progettuali:

- 1) Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale - Farmacia dei servizi
- 2) Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche
- 3) Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione

- 4) Implementazione delle Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e diminuita coscienza
- 5) Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza
- 6) Contrasto alle disuguaglianze in sanità
- 7) Cure palliative e terapia del dolore, assistenza domiciliare palliativa specialistica
- 8) Sviluppo dei processi di umanizzazione dei percorsi assistenziali
- 9) Interventi per l'implementazione della Rete per le Malattie rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari
- 10) Tutela della maternità - percorso nascita - partoanalgesia
- 11) Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali
- 12) Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale (endometriosi infiltrante, vulvodinia, cistite interstiziale)
- 13) Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da Hpv
- 14) Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile
- 15) Modelli di assistenza per bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio da mutismo, disturbo da deficit di attenzione/iperattività e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante Centri di riferimento a valenza regionale e interregionale e reti assistenziali
- 16) Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni - Risk management
- 17) Implementazione del Codice etico nelle aziende sanitarie
- 18) Piano nazionale prevenzione
- 19) Superamento Opg e salute mentale
- 20) Sicurezza nei luoghi di lavoro

Quote premiali

Sul tavolo della Stato-Regioni c'è anche lo schema di decreto Salute-Economia per ufficializzare l'utilizzo delle quote premiali per il riparto del fondo. In un unico articolo (oltre la tabella): «In applicazione di quanto previsto dall'art. 1, comma 234, della Legge 27 dicembre 2013, n. 147 (Legge di stabilità 2014), si provvede alla ripartizione ed alla assegnazione in favore delle regioni e delle province autonome delle quote premiali relative agli anni 2012 e 2013, ammontanti complessivamente a 430,0135 mln di euro, come dettagliate nella Tabella A che fa parte integrante del presente decreto, tenendo anche conto, conformemente al dettato normativo della legge 27 dicembre 2013, n. 147, di criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome e comunicati con nota prot. n. 205/C7SAN del 16 gennaio 2014».

Grandi apparecchiature: per Tac&Co scattano controlli a tappeto. Decreto della Salute in Stato-Regioni

Approda in Stato-Regioni giovedì 20 febbraio lo schema di decreto della Salute (ANTICIPATO A DICEMBRE SU QUESTO SITO: [VEDI](#)) sul monitoraggio delle grandi apparecchiature: Tac, risonanze magnetiche, acceleratori lineari, pet, sistemi gamma camera e così via.

Un'operazione a tappeto su tutte le «grandi apparecchiature» biomediche in uso in tutte le strutture sanitarie italiane. Quelle pubbliche e quelle private, siano o no accreditate con il Servizio sanitario nazionale.

Il programma di verifica capillare messo a punto con il decreto vuole fare chiarezza a trecentosessanta gradi su una realtà per tanti versi ancora inesplorata. E cioè: dove è collocata la «grande apparecchiatura» naturalmente, ma poi anche le caratteristiche tecniche specifiche, quanto viene utilizzata (dunque anche non impiegata, cioè spesso sprecata), i collaudi, le manutenzioni, naturalmente l'età, la presenza o meno di contratti di manutenzione. Richieste di informazioni valide per tutte le strutture sanitarie, sia pubbliche che private. Quindi una richiesta che invece vale solo per quelle di «casa Ssn», non per le private siano o meno convenzionate: quanto sono costate, le modalità d'acquisto e tutte «le eventuali altre informazioni economiche».

E la trasmissione dei dati è uno di quegli adempimenti a cui è legata l'erogazione delle risorse.

Le grandi apparecchiature nel mirino nella prima fase saranno di sei tipi, che includono 19 sotto tipologie: Tac, Rmn, acceleratori lineari, sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica, sistemi Tac-Pet, gamma camere computerizzate, Tac-gamma camere. Il meglio sulla scena della tecnologia medica. Che anche per questo va rispettata al massimo. E impiegata democraticamente e al meglio. Possibilmente con procedure d'acquisto trasparenti.

Bissoni (Agenas) e Montaldo (commissione Salute): no a un ministero della Salute di serie B e avanti tutta sul Patto

No all'ipotesi di un ministero della Salute debole, di serie B, inglobato in un maxi dicastero del Welfare. L'altolà è arrivato dall'Agenas ed è stato [ribadito dalle Regioni](#) e dai [medici di medicina generale](#), a margine del convegno "Cure primarie h24. Chronic care model e medicina di iniziativa", organizzato oggi a Roma. L'occasione, anche, per rilanciare l'emergenza Patto per la salute. «In questi mesi - ha spiegato il presidente dell'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) Giovanni Bissoni - abbiamo lavorato bene, ma chiunque ricoprirà l'incarico, l'importante è che sia a capo di un ministero della Salute forte e che riprenda quanto prima il tavolo per il Patto». «Nel ministro Lorenzin abbiamo avuto un buon interlocutore, mi auguro ci sia continuità - ha aggiunto Claudio Montaldo, assessore alla Sanità della Regione Liguria e presidente del Comitato di settore che ha appena messo a punto il nuovo atto di indirizzo sulla medicina convenzionata - ma quel che conta ancor di più, è mantenere il ministero della Salute autonomo. Sottrarre il ministero della Salute equivale a perdere qualità e significherebbe perdere peso nel processo di riorganizzazione della sanità che stiamo mettendo a punto con il Patto per la salute».

Sul tema già si era espresso Luca Coletto, assessore veneto e coordinatore degli assessori regionali alla Sanità: «sicuramente con la Lorenzin abbiamo proceduto bene», ma «più che le persone contano gli obiettivi».

I sindacati su toto-ministri: Lorenzin va confermata

«In materia di sanità, auspico che il nuovo governo prosegua sulla strada intrapresa in questi ultimi mesi. L'attuale ministro della Salute Beatrice Lorenzin, che spero venga confermata, ha infatti iniziato un percorso che non deve essere interrotto». Parola di Giacomo Milillo, segretario nazionale della Fimmg, il principale sindacato dei medici di famiglia. Che aggiunge: «Lo stop ai tagli e la responsabilizzazione delle Regioni rispetto a certi obiettivi, sono azioni che non devono essere disperse». Analogo il leit motiv di Riccardo Cassi, presidente della Cimo, che dopo aver auspicato con il nuovo governo una marcia indietro sul Titolo V, perché «lo Stato centrale deve avere il potere di intervenire laddove le Regioni non riescono a garantire i livelli essenziali di assistenza», aggiunge: «Bisogna proseguire sulla strada tracciata in questi ultimi mesi dal ministro Beatrice Lorenzin, che spero venga confermata alla guida del dicastero di Lungotevere Ripa».

Per Cassi è inoltre necessario che il nuovo governo riapra il discorso con la categoria dei camici bianchi su tre punti chiave: «formazione, accesso alla professione e precariato» ed è ora di approvare «in tempi rapidi una legge sulla responsabilità professionale dei medici».

Al nuovo governo presenta i propri desiderata l'Anaa Assomed, il principale sindacato della dirigenza medica del Servizio sanitario nazionale. Il segretario nazionale Costantino Troise pone l'accento in particolare sul precariato, chiedendo il rinnovo dei contratti dei lavoratori pubblici, medici compresi. «Anche senza nessun aggravio di spesa per il bilancio statale - chiarisce Troise - si possono infatti utilizzare i fondi accantonati a livello aziendale dai vecchi contratti. Un governo che vuole rilanciare non può non partire dal rinnovo dei contratti di lavoro». Il Ssn - chiarisce ancora Troise - non può essere considerato solo come un aggregato di spesa o un bancomat dove prelevare per fare cassa. Il nuovo governo che si va formando, se vuole davvero cambiare le cose, allora cambi verso».



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584