



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



PREVENZIONE E SICUREZZA, FORUM INAIL-ARCHITETTI

“**Infortuni causati da scivolosità e cadute in piano: come valutare il rischio, quali le misure di prevenzione**”: se ne discute oggi nella Sala delle Assemblee Raffaele Sirica dell’Ordine degli Architetti di Napoli, nel corso di un seminario organizzato dall’Inail - Direzione Regionale per la Campania, in collaborazione con l’Università Federico II di Napoli - Laboratorio di Ergonomia Applicata e Sperimentale del Dipartimento di Architettura.

Il problema della scivolosità e delle cadute in piano hanno particolare rilevanza, dal momento che nel nostro Paese queste rappresentano la terza causa di infortunio. Nel corso dell’incontro sarà illustrato il

progetto di ricerca Misp, Misura della Scivolosità delle Pavimentazioni e rischio di caduta sui luoghi di lavoro, realizzato dagli organizzatori dell’evento. Introdurranno i lavori **Salvatore Visone**, presidente Ordine Architetti di Napoli, **Paola Marone**, vice presidente Ordine degli Ingegneri della Provincia di Napoli e presidente del Cpt, **Emidio Silenzi**, direttore regionale Inail Campania, **Mario Losasso**, direttore Dipartimento di Architettura Università Federico II di Napoli.

Una serie di studi analizzano la patologia e propongono nuove diagnosi

DEPRESSIONE? ARRIVA IL NEUROBIOLOGO

MASSIMO AMMANITI

Il tema della mente umana ha sempre affascinato filosofi, psicoanalisti, ma anche neurobiologi come è testimoniato da un articolo di Eric Kandel, premio Nobel per la medicina e la fisiologia, pubblicato dal *New York Times*. È vero che Kandel, prima di intraprendere i suoi studi sui meccanismi cerebrali della memoria e dell'apprendimento, avrebbe voluto diventare psicoanalista. Ma proprio in quegli stessi anni Kandel iniziò a staccarsi dal lavoro clinico mostrando un interesse crescente per la ricerca neurobiologica di base. Erano anni nei quali si privilegiava, soprattutto negli Stati Uniti, la clinica psicoanalitica e psichiatrica legata al rapporto diretto col paziente, anche se si cominciava ad avvertire l'insufficienza di un approccio che non prendesse in considerazione la ricerca, soprattutto quella sul cervello. Abbandonate le discussioni cliniche sulle dinamiche della mente, Kandel concentrò la sua ricerca, in modo potremmo dire riduzionistico, sui meccanismi cerebrali dell'*Aplysia*, una lumaca di mare che presenta un corredo neuronale molto semplice.

Pur studiando un organismo biologico così semplice, Kandel è giunto a conclusioni più generali sull'influenza dell'apprendimento sull'efficienza delle preesistenti connessioni sinaptiche fra neuroni che possono favorire la comparsa di nuovi schemi comportamentali. Trasferendo queste osservazioni al campo umano, quando ad esempio avvengono scambi verbali e visivi fra due persone, non solo si verifica una reciproca condivisione a livello psicologico, ma anche a livello dei reciproci circuiti cerebrali che ne vengono modificati.

L'articolo di Kandel, «La nuova scienza della mente», ripropone gli interrogativi sul rapporto fra mente e cervello. In un periodo nel quale lo studio neurobiologico va spesso alla ricerca delle aree e delle localizzazioni cerebrali per spiegare il comportamento



L'americano Eric Kandel, Nobel per la medicina, si interroga sul rapporto fra mente e cervello e indaga sui circuiti cerebrali implicati in questo tipo di disturbi

NOBEL
Eric Kandel, professore alla Columbia ha vinto il premio Nobel nel 2000

umano, Kandel ci mette in guardia dal pericolo di un approccio riduzionistico che non può in nessun modo spiegare la complessità dei processi mentali umani più elevati. Per questo motivo i disturbi psichiatrici non possono essere omologati semplicisticamente ai disturbi della sfera corporea. Tuttavia nello studio dei disturbi psichici si stanno verificando passi incoraggianti, ad esempio nella comprensione della biologia della depressione e dei circuiti cerebrali implicati in questo disturbo. Varie aree cerebrali sarebbero implicate nella depressione, come quelle che mediano le risposte inconse e motorie allo stress oppure la consapevolezza di sé e degli altri. Ma anche altre aree sono coinvolte, come quelle che intervengono nel sonno, nell'appetito o nella libido oppure con il riconoscimento della salienza emozionale delle esperienze. Come si vede il funzionamento del cervello è interessato nella sua globalità e media i comportamenti e gli stati d'animo tipici della depressione.

Ma quali sono le implicazioni di questi studi neurobiologici? Kandel ritiene che queste osservazioni neurobiologiche possano aiutarci a distinguere forme diverse di depressione, che invece sono difficili da distinguere prendendo soltanto in considerazione il piano dei sintomi, per esempio al-

la base delle categorie diagnostiche proposte dal recente Manuale Diagnostico americano DSM-5 che include ogni forma di depressione persistente nella categoria generale della distimia. E queste distinzioni neurobiologiche, come nota anche Kandel, possono essere anche utili sul piano terapeutico perché si possono riconoscere forme cliniche che rispondono meglio alla psicoterapia da quelle che invece migliorano con i farmaci antidepressivi. Ma ci sono altre annotazioni rilevanti: in primo luogo che l'interessamento cerebrale nella depressione non è univoco, ma ha sfaccettature complesse come la stessa esperienza personale di chi soffre di depressione. Inoltre la psicoterapia è «una terapia del cervello» che produce cambiamenti riconoscibili nel cervello, come avviene con l'apprendimento, e infine gli effetti della psicoterapia possono essere studiati e documentati.

Kandel afferma che la nuova scienza della mente definisce l'inseparabilità della mente e del cervello, anche se è opportuno ricordare la distinzione fra cause prossimali e distali fatta dal grande biologo evoluzionista Ernst Mayr, le cui lezioni furono seguite da Kandel. Nel caso della depressione le cause prossimali sono rappresentate dalle disfunzioni cerebrali, mentre quelle distali, possiamo dire quelle decisive, da esperienze personali di perdita o di deprivazione oppure traumatiche che incidono profondamente nel proprio sé e nelle relazioni con gli altri, creando un vissuto di depressione e di rinuncia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La rivista
**LA NUOVA
"LATINITAS"**

CITTÀ DEL VATICANO — Verrà presentata oggi alle 11.30, presso la Sala Stampa vaticana, la nuova edizione della rivista *Latinitas*. La testata è diretta da Ivano Dionigi, presidente della Pontificia Accademia di latinità, istituzione nata per la promozione e la valorizzazione della lingua e della cultura latina.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



La sanità

Carenze d'organico al «Moscati», Rosato convoca di nuovo i sindacati

L'emergenza

Mercoledì il faccia a faccia
Il manager: «Con il dialogo
risolveremo i problemi»

Amedeo Picariello

«Sono pronto come sempre ad ascoltare le ragioni del sindacato e ad avviare con le organizzazioni di categoria un proficuo confronto sulle questioni aperte. C'è massima disponibilità al dialogo: abbiamo di fronte a noi problematiche così serie per cui qualsiasi tentativo di sfaldare quell'unità di intenti che ha sempre contraddistinto le nostre battaglie sarebbe fuori luogo». Così il manager dell'ospedale Moscati di Avellino, Giuseppe Rosato, che ha annunciato di aver convocato per il prossimo 13 novembre le organizzazioni sindacali. La chiamata arriva a pochi giorni dall'ennesima sollecitazione della Funzione pubblica Cgil che dopo aver denunciato il caso della chiusura temporanea del laboratorio di Emodinamica e Cardiologia interventistica aveva puntato l'incide contro la decisione della direzione generale della città ospedaliera di bandire concorsi per l'assunzione di medici. «All'appello mancano anche molte altre figure sanitarie importanti come infermieri, tecnici di laboratorio e operatori socio-assistenziali per le quali non si aprono bandi di concorso», aveva accusato la Cgil. Per la verità più



che concorsi per nuove figure si è trattato di bandi per la mobilità regionale che detto in parole povere significa porte aperte ai medici che intendono trasferimenti al Moscati, ma solo se provengono da altre strutture sanitarie campane. «Per ora medici, ma più in là anche infermieri a patto che mi arrivino richieste in entrata perché per adesso su questo fronte ne ho solo in uscita», aveva ribattuto il manager Rosato. Ma al di là delle schermaglie, ecco la convocazione che potrebbe servire da incontro chiarificatore. «Sarà sicuramente così - afferma ancora Rosato - d'altra parte con i sindacati c'è un confronto continuo. Ci vediamo con cadenza mensile». E a pochi giorni dal vertice, il direttore generale conferma che a tutt'oggi non sono ancora pervenute all'ospedale Moscati di Avellino ri-

chieste in entrata da parte di infermieri che lavorano presso altri presidi della regione. «Ho provveduto ad una nuova verifica con l'ufficio personale - aggiunge Rosato - nulla sotto la voce infermieri mentre sono in aumento le richieste di medici». All'ordine del giorno della riunione di mercoledì prossimo (l'appuntamento è alle ore 13) oltre a questioni di natura contrattuale c'è anche la delicatissima situazione che continua a vivere il pronto soccorso. Gli accessi si moltiplicano di giorno in giorno e la carenza di personale pone in seria difficoltà gli operatori. «Eppure abbiamo rinforzato al massimo gli organici - dice Rosato. Mediamente sono oltre 150 gli accessi al punto di emergenza della città ospedaliera. Un numero enorme che mette in affanno la struttura».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L

Regioni e Asl

Campania. Nella Asl di Salerno al via monitoraggio su attività ospedali

Il direttore generale, Antonio Squillante, ha annunciato: "Stiamo monitorando tutti gli ospedali e verificando se le attività svolte corrispondono alle reali esigenze registratesi nel periodo riportato dalle carte". Nei giorni scorsi nell'ospedale nocerino Umberto I erano emersi sforamenti del budget.



08 NOV - Le strutture della Asl di Salerno potranno ampliare straordinari e prestazioni sanitarie aggiuntive (Alpi). La proposta è stata lanciata, un po' a sorpresa, dal direttore generale **Antonio Squillante**. In sostanza i vari direttori sanitari dovranno esprimere richieste motivate e qualora si rivelassero infondate si procederebbe al commissariamento.

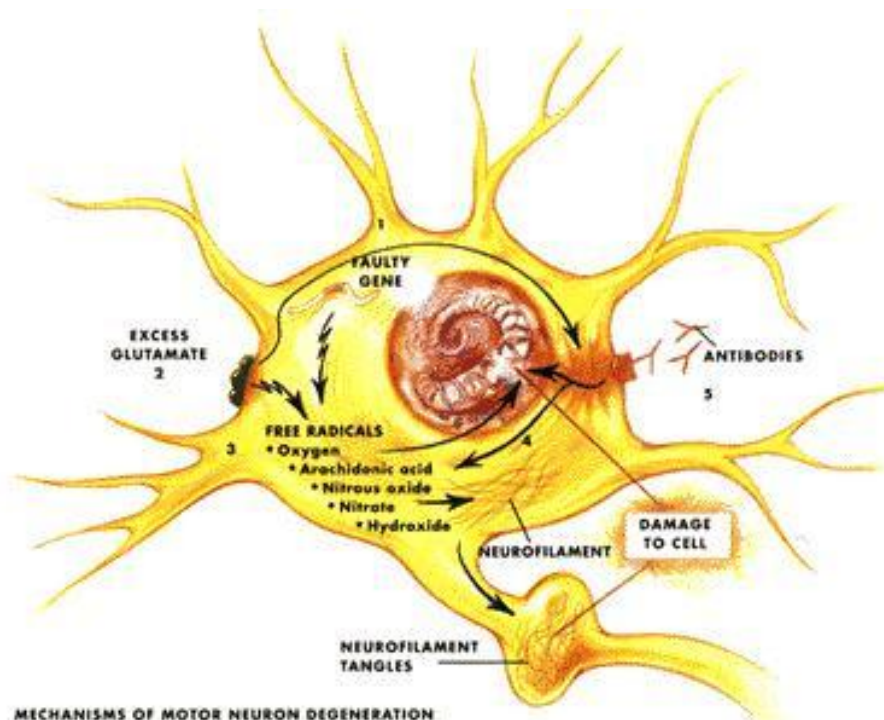
Si tratta di un intervento inaspettato, in quanto nell'ospedale nocerino Umberto I erano emersi, proprio di recente, sforamenti del budget a disposizione. E per questo il direttore sanitario, **Maurizio D'Ambrosio**, aveva chiesto di rivedere la programmazione, sospendendo l'attività intramoenia. Poi è arrivata la decisione di Squillante che ha spiegato: "Stiamo monitorando tutti gli ospedali e verificando se le attività svolte corrispondono alle reali esigenze registratesi nel periodo riportato dalle carte".

L'Asl di Salerno aveva, al 31 dicembre 2012, una esposizione debitoria per 900 milioni di euro: 700 milioni di euro per debiti storici ante 2010 e 200 milioni di euro per debiti correnti. L'obiettivo è ridurre, entro la fine del 2013, l'esposizione debitoria storica a 261 milioni di euro.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Cardiologia

La «poli-pillola» per curare meglio il cuore

Una sola pillola con antipertensivo, antiaggregante e statina offre vantaggi, soprattutto in chi tende a smettere le cure



Tenere sotto controllo la pressione e il colesterolo, mantenere il sangue fluido. Serve a chi è ad alto rischio di infarti o ictus, ma per riuscirci tocca prendere più di un farmaco: non pochi si scoraggiano e nello slalom quotidiano fra le pillole si fa strada. La tentazione di mollare tutto. Per non abbandonare le terapie potrebbe servire la «poli-pillola», che contiene un dosaggio fisso di antiaggregante, antipertensivo e statina: dopo anni di dubbi sull'effettiva efficacia, oggi una ricerca sul [*Journal of the American Medical Association*](#) dimostra che la poli-pillola può essere utile,

soprattutto in chi è più restio ad aderire al trattamento.

STUDIO - L'idea è semplice: racchiudendo in una sola pastiglia diversi farmaci, basta ricordarsene una sola volta al giorno per non «mancare» la terapia. La poli-pillola ha tuttavia indubbi limiti, perché può contenere solo dosaggi prefissati di farmaci ed è perciò meno «duttile» rispetto ad assumere diversi medicinali di cui poter scegliere modalità, dosi e tempi di somministrazione per ottimizzarne gli effetti. Se però questo significa smettere di curarsi, potrebbe essere meglio una sola pillola tuttofare: per verificare se sia davvero così Simon Thom dell'International Centre for Circulatory Health dell'Imperial College di Londra ha seguito per circa 15 mesi 2mila persone ad alto rischio cardiovascolare, arruolate fra Europa e India (gli altri casi in cui la poli-pillola potrebbe essere meglio di niente sono infatti i pazienti meno ricchi dei Paesi in via di sviluppo). I partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi, il primo ha seguito una terapia standard con i diversi farmaci presi singolarmente, l'altro ha assunto una poli-pillola contenente aspirina, simvastatina e i due antipertensivi lisinopril e atenololo. All'inizio dello studio il 61,5 per cento dei pazienti seguiva una terapia tradizionale simile; dopo quindici mesi nel gruppo che aveva continuato ad assumere i farmaci singolarmente l'aderenza è rimasta al 64,7 per cento, fra chi prendeva la poli-pillola è invece salita all'86 per cento. «Una differenza assoluta del 21 per cento - fa notare Thom -. A questo si aggiunge un effetto piccolo ma significativo di riduzione della pressione e del colesterolo nei pazienti in cura con la poli-pillola rispetto agli altri».

ADERENZA - C'è dell'altro: se infatti si vanno a osservare da vicino i pazienti più restii ad aderire al trattamento, i benefici possibili risultano ancora più evidenti: «In questo sottogruppo di partecipanti l'effetto è notevole - spiega Thom -. Con la terapia tradizionale l'aderenza resta al 23 per cento, con la poli-pillola si cura correttamente il 77 per cento. Naturalmente questo si riflette anche su pressione e colesterolo, che sono più bassi nel gruppo della poli-pillola». Non ci sono invece differenze fra i due gruppi in materia di effetti collaterali, per cui il ricercatore è ottimista: «Per prevenire gli eventi cardiovascolari occorre seguire per lungo tempo queste terapie preventive. Lo fanno in pochi nei Paesi in via di sviluppo, ma anche in occidente solo un paziente su due è in trattamento dopo un infarto, appena il 35 per cento di chi ha avuto un ictus prende i farmaci per la prevenzione - osserva l'esperto inglese -. Chi non ha ancora avuto alcun problema ma è ugualmente ad alto rischio si cura perfino di meno: una singola pillola, semplice da usare ed economica, potrebbe costituire un vantaggio per molti». In passato gli studi avevano valutato la poli-pillola nel breve termine rispetto al placebo, questa ricerca per la prima volta è andata a confrontarla con la terapia tradizionale e per un periodo abbastanza lungo; i risultati fanno ipotizzare che l'uso sia utile, almeno in certe categorie di pazienti. In un editoriale che accompagna la ricerca, J. Michael Gaziano dell'Harvard Medical School di Boston ha tuttavia precisato: «I vantaggi effettivi della poli-pillola sono da valutare con maggior dettaglio, sebbene il potenziale per l'uso in certe circostanze sia innegabile. Dovremo però essere certi di un beneficio sicuro e consistente sui parametri cardiovascolari prima di utilizzarla di routine; per ridurre il carico di medicinali e aumentare l'aderenza alle terapie sarà opportuno, finché non vi siano dati più certi sulla poli-pillola, valutare i piani terapeutici per eliminare i medicinali che danno benefici solo marginali e «concentrarsi» su quelli che servono di più»

Neuroscienze

Neurostimolazione «intelligente» per il morbo di Parkinson

Ricercatori italiani hanno messo a punto un dispositivo che si «adegua» alle necessità dei malati

Un po' come le lampadine intelligenti della domotica che si attivano al nostro passaggio e quando c'è davvero bisogno di luce, garantendo molte ore di utilizzo in più rispetto alle normali lampadine sprecando meno energia, anche la neurostimolazione cerebrale della malattia di Parkinson prende la strada del trattamento intelligente con uno stimolo terapeutico fornito solo quando serve e nella misura necessaria che aumenta d'intensità se occorre sostenere in misura maggiore il sistema motorio.

UN GIOCO COMPLESSO - Per comprendere quanto può essere risolutiva una stimolazione che si adatta continuamente alle necessità del paziente come quella appena presentata al 44° congresso della Società Italiana di Neurologia appena conclusosi a Milano, occorre pensare che ogni movimento è frutto di un fine gioco di equilibrio fra stimoli inibitori e eccitatori in origine da varie aree cerebrali (*sostanza nera, corteccia cerebrale, gangli della base*) la cui azione complessiva finisce sull'area chiamata *talamo* permettendo il corretto controllo del movimento: se un circuito che normalmente ne inibisce un altro, viene a sua volta inibito, il risultato è che l'ultimo della serie, liberato dall'inibizione, può eccitarsi e avviare il movimento. La benzina dei neuroni che partecipano a questo gioco di inibizione/eccitazione è il neurotrasmettitore dopamina, la sostanza di cui i malati di morbo di Parkinson sono carenti a causa della degenerazione dei neuroni della Sostanza Nera che fa parte dei gangli della base, aree cerebrali coinvolte nel controllo del movimento oltre che nella memorizzazione e nel recupero di informazioni motorie e psichiche. Se manca dopamina il segnale dei neuroni eccitatori, chiamati *D1*, si affievolisce e prevale quello dei neuroni inibitori *D2* con conseguente inibizione dei movimenti.

LEVODOPA - Da quando si scoprì come estrarre dalle fave o dalla frutta un analogo della dopamina noto come *levodopa* per la prima volta nel 1969 da Melvin Yahr del dipartimento di neurologia della Mount Sinai School of Medicine di New York, questi squilibri di controllo motorio hanno potuto essere mitigati e sono stati fatti grossi passi avanti nel trattamento della malattia: purtroppo il farmaco ottenuto, tuttora di riferimento, non è perfetto e col tempo esaurisce la sua efficacia iniziale. Prima della levodopa la terapia era chirurgica: negli anni '50 s'interrompevano i circuiti nervosi responsabili del tremore con un intervento invasivo chiamato *talamotomia*. I miglioramenti di questo sintomo erano netti, ma i rischi non erano pochi.

NEUROMODULAZIONE - Col passare del tempo, si è cercato di migliorare il trattamento farmacologico associando alla levodopa farmaci capaci di potenziarne l'effetto come *idopaminoagonisti* o farmaci attivi su altri neurotrasmettitori paralleli come l'acetilcolina. Negli anni '80 ha preso piede la via della neuromodulazione con cui si va a interferire direttamente sugli stimoli nervosi alla base della malattia tramite microimpulsi elettrici che inducono i neuroni ad agire come se fossero ancora stimolati dalla dopamina.

DBS - Capostipite della neuromodulazione è la cosiddetta *stimolazione cerebrale profonda* (in sigla DBS, dall'inglese deep brain stimulation) dove un microstimolatore posto sottocute dietro la clavicola è collegato

a microelettrodi impiantati nel cervello a cui sono inviati microimpulsi elettrici. Secondo un recentissimo studio svedese la DBS migliora la qualità di vita in particolare delle donne, ma anche questa tecnica ha i suoi limiti, dovuti soprattutto al fatto che gli stimoli inviati sono sempre uguali, mentre le esigenze del paziente, non solo motorie, sono continuamente cangianti, dato che la malattia di Parkinson è per sua natura fluttuante.

DBS ADATTATIVA - Da quando nel 1987 il neurochirurgo francese dell'Università di Grenoble Alim Louis Benabid effettuò il primo trattamento di DBS in un paziente non più responsivo ai farmaci, arriva ora quella che promette di diventare la naturale evoluzione tecnologica di questa tecnica, la *DBS adattativa* che supera molti dei limiti emersi in questi anni nel trattamento del Parkinson, primo fra tutti il controllo delle fluttuazioni della malattia, che non ha un andamento lineare, ma presenta improvvisi peggioramenti sia dei sintomi motori che di quelli non motori (depressione, irritabilità, ansia, astenia), anche se curata con farmaci efficaci come la levodopa che col tempo richiede dosi sempre più alte.

FLUTTUAZIONI - Nel corso della giornata il paziente parkinsoniano si muove meglio (è la cosiddetta *fase on*, legata all'effetto del farmaco), per poi peggiorare man mano che l'effetto della terapia va calando: *fase off*. Questo deperimento motorio da calo farmacologico, chiamato *wearing off*, è abbastanza prevedibile, mentre ci sono altri tipi di fluttuazione imprevedibili come ad esempio il cosiddetto *freezing*, parola inglese che significa congelamento, cioè un blocco improvviso che può presentarsi quando il paziente inizia a camminare, se deve cambiare direzione di marcia o attraversare una porta stretta o uno spazio angusto: ad esempio salire sul primo gradino di una scala mobile diventa un'impresa. Ma ci sono anche fluttuazioni non legate alla terapia: sono quelle circadiane per cui il paziente in genere sta meglio al mattino e va incontro a un progressivo peggioramento nel corso della giornata. L'idea per superare questi problemi è tutta made in Italy: creare uno stimolatore intelligente a circuito chiuso che è stato chiamato DBS adattativa, in sigla *α-DBS*.

IL MINISTERO APPROVA - Per il prototipo di questo nuovo stimolatore, già brevettato in USA e in Europa, è stata già concessa dal Ministero della Sanità l'autorizzazione alla sperimentazione clinica in pazienti affetti da malattia di Parkinson e il filmato dei risultati riportati nel primo paziente trattato al Policlinico di Milano è stato presentato ai neurologi del 44° congresso SIN, mentre la rivista *Experimental Neurology* ha pubblicato un articolo che illustra la scoperta italiana. «È intuitivo che le richieste motorie del malato cambino in un'attività complessa come vestirsi rispetto a quando sta seduto a leggersi un libro, ma gli stimolatori DBS attuali non ne tenevano conto –dice Alberto Priori dell'Università Statale di Milano che con il suo gruppo di ricercatori sta lavorando a questo progetto dal 2004- la stimolazione è fissa, sempre uguale, mentre la gravità dei sintomi fluttua rapidamente anche a distanza di pochi minuti, senza che la stimolazione vi si adatti». «La nostra idea –racconta Priori- è stata allora quella di mettere a punto uno strumento capace di leggere l'attività elettrica dei neuroni stimolati, di interpretare le esigenze del momento modulando la neurostimolazione di conseguenza» I ricercatori milanesi hanno fatto tutto da soli nei loro laboratori, dal software all'hardware, senza l'aiuto di nessuna delle multinazionali che detengono il monopolio degli stimolatori medici.

Scienza e Farmaci

Parkinson e Alzheimer. E se tutto cominciasse in gravidanza? La ricerca di un team italo-francese

Lo studio valuterà se gli eventi traumatici negli stadi precoci di sviluppo (come stress o malattie infettive) influiscano o meno nell'insorgenza e nelle caratteristiche delle malattie neurodegenerative. Gli scienziati, di diverse università e istituti dei due Paesi, sono convinti che se le relazioni fossero accertate si faciliterebbe lo sviluppo di nuove terapie più efficaci.



Francia e Italia hanno unito le forze per creare un laboratorio internazionale dedicato allo studio delle malattie neurodegenerative. L'Università di Lille 1, il CNRS, il Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), l'Università Sapienza di Roma e l'IRCCS Neuromed di Pozzilli (IS) hanno infatti siglato l'accordo per la creazione del Laboratorio Internazionale Associato (LIA) "Stress Prenatale e Malattie Neurodegenerative".

Il LIA si inserisce nell'ambito di una collaborazione scientifica di lunga durata tra la Francia e l'Italia, con lo scopo di continuare, e in qualche modo far convergere, la ricerca di diversi gruppi di studiosi che hanno già riportato importanti risultati nel campo delle neuroscienze.

Nello specifico, il Laboratorio ha l'obiettivo di valutare se gli eventi traumatici (come, per esempio, condizioni di stress psico-fisico o patologie infettive) negli stadi precoci dello sviluppo, in particolare durante la gravidanza, possano influenzare la predisposizione nei confronti delle principali patologie neurodegenerative dell'età adulta (in special modo Parkinson e Alzheimer) in termini di età di esordio, severità e progressione della malattia.

Lo studio di tali meccanismi, secondo i ricercatori, potrebbe facilitare lo sviluppo di strategie terapeutiche in grado di prevenire o ritardare l'insorgenza delle patologie neurodegenerative o l'individuazione di biomarcatori per prevedere l'insorgenza delle malattie.

I ricercatori auspicano di poter produrre risultati che abbiano un'effettiva ricaduta sulla salute pubblica sia in termini di diagnosi che di terapie innovative. Uno dei punti di forza del LIA sarà, inoltre, lo scambio di studenti e ricercatori, anche nell'ambito di programmi finanziati dall'Unione Europea, incentivando la partecipazione al progetto di scienziati di fama internazionale.

Regioni e Asl

rispetto dell'“ordine cronologico” dei pagamenti che si traduce in un piano oggettivo di previsione dei pagamenti ai creditori proprio per evitare il dirottamento dei fondi dai servizi essenziali verso altri soggetti per così dire privilegiati. Cosa che, evidentemente, non è stata attuata in molte realtà le quali hanno evitato di mettere i conti in ordine. Anzi, di fatto queste Asl sono state autorizzate a perseguire il disordine con la sospensione delle azioni esecutive. Detto questo sicuramente il legislatore deve intervenire, ma prevedendo delle procedure di liquidazione o meglio di dissesto delle Asl come accade per i Comuni. Cosa che consentirebbe anche la prosecuzione delle prestazioni sanitarie senza ledere il diritto dei creditori, i quali ovviamente saranno pagati in proporzione alle attività esistenti a meno che il legislatore non preveda un intervento finanziario ad hoc. L'importante è che per il futuro tali situazioni non si ripetano e che si introduca il principio che anche per le Asl valgono principi analoghi a quelli vigenti per i Comuni.

Mi spieghi meglio.

Si crea un piano parafallimentare per le Asl che non sono in grado di pagare. Con un commissario liquidatore che gestisce il pagamento ai fornitori da un lato, e dall'altro un sistema di gestione della contabilità per l'ordinario che consente di continuare a fornire beni essenziali al cittadino. Inoltre introdurre meccanismi parafallimentari moralizzerebbe anche il mercato perché, quanti hanno fin ora lucrato sapendo di poter contare sempre e comunque su una copertura economica, desisteranno. E finalmente il sistema tornerà in equilibrio.

In definitiva, se per realizzare il servizio sanitario, si deve evitare di pagare i fornitori, laboratori convenzionati, etc. Allora delle due l'una: o in realtà non ci sono soldi per continuare a sostenere questo modello di assistenza sanitaria pubblica (e non credo) oppure in alcune Asl il disordine ha preso il sopravvento e, temo, sia quest'ultima la cosa più probabile, poiché in tante altre Regioni le Asl funzionano perfettamente. Non dobbiamo dimenticare, infatti, che tale situazione di sostanziale decozione riguarda solo ed esclusivamente il servizio sanitario di alcune Regioni.