



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



**Tributi.** Le risposte al question time

## Sanità senza Imu, calcoli caso per caso

**Gianni Trovati**  
MILANO.

La convenzione o l'accreditamento che "salvano" la sanità privata dall'Imu e dalla Tasi riguardano le singole attività, e non la struttura. A precisarlo, in risposta a un'interrogazione presentata da Giovanni Paglia (Sel) nel question time in commissione Finanze alla Camera, è il sottosegretario all'Economia Enrico Zanetti, che riprende le istruzioni al modello di dichiarazione per l'Imu degli enti non commerciali (si veda Il Sole 24 Ore del 2 luglio) e su questa base respinge la richiesta di rivedere le regole per ridurre gli ambiti di esenzione per sanità e scuola.

Nelle istruzioni, si spiega che convenzioni, accreditamenti e contratti con lo Stato o gli enti territoriali fanno rientrare la sanità fra le attività «non commerciali», e quindi esenti da Imu e Tasi, perché le rendono «complementari o integrative rispetto al servizio pubblico». Accreditalamento e convenzioni, però, vanno misurati in base alla singola attività, e non all'intera struttura: un ospedale o una clinica privata convenzionati con il servizio sanitario, quindi, non sono automaticamente esenti, perché per esempio le attività libero-professionali che non rientrano nell'ambito della

convenzione sono da considerare attività «commerciali», a meno che la tariffa chiesta sia «simbolica». In questi casi, di conseguenza, scatterebbero i meccanismi pensati per gli immobili «a uso promiscuo».

Un sistema di questo tipo prova a tracciare con precisione il confine fra le attività da "tutelare" e quelle da sottoporre a tassazione, ma rischia di incagliarsi sul piano pratico. In teoria, infatti, ogni struttura sanitaria dovrebbe misurare la quota di superficie e di tempo impiegati per la parte "commerciale", e su questa base calcolare le imposte da pagare. Il Comune, a sua volta, dovrebbe essere in grado di verificare la correttezza del conteggio, e anche il livello tariffario sotto al quale i corrispettivi possono essere considerati «simbolici». Senza contare il fatto che, per tutti gli usi promiscui, le istruzioni chiedono di sommare la quota di superficie e quella di tempo (o di utenza) a cui si rivolgono le attività commerciali, distorcendo così in aumento il conto finale: un altro fattore che probabilmente spingerà i potenziali contribuenti a essere molto "prudenti" nei calcoli sulla quota tassabile.

*gianni.trovati@ilsole24ore.com*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Risposta del sottosegretario Zanetti a interrogazione parlamentare

## Sanità, niente Imu-Tasi

### Attività convenzionate scudo per l'immobile

DI FABRIZIO G. POGGIANI

**S**ebbene l'immobile sia utilizzato in modo misto, quando l'attività sanitaria è convenzionata, accreditata o svolta dietro pagamento simbolico scatta l'esenzione da imposta municipale (Imu) e da tassa sui servizi (Tasi), limitatamente alla frazione di unità adibita a tali attività.

Così l'articolata risposta (question time n. 5-03221) fornita ieri dal sottosegretario all'economia Enrico Zanetti all'interrogazione dell'onorevole Paglia, nell'ambito della VI commissione finanze della camera dei deputati, avente a oggetto taluni casi di esenzione dal versamento dei citati tributi locali, in relazione a unità immobiliari, possedute da enti non profit e utilizzate in modo misto, anche per l'esercizio di attività assistenziali e sanitarie.

Nell'ambito dell'interrogazione si chiedeva al governo di indicare il perimetro di applicazione dell'esenzione dai citati tributi locali, con particolare riferimento agli immobili posseduti da enti non commerciali, nei casi di utilizzazione mista, come indicato dalle disposizioni, di cui all'art. 91-bis, dl 1/2012, convertito nella legge 27/2012, tenendo conto almeno della frazione immobiliare nella quale è svolta l'attività sanitaria in convenzione.

Preliminarmente, è stato precisato che sia il provvedimento 26/06/2014 che il regolamento n. 200/2012, specularmente, affermano che le attività assistenziali e sanitarie sono eseguite con modalità non commerciali quando sono accreditate, contrattualizzate o convenzionate con stato, regioni e altri enti locali ma anche quando, pur non essendo convenzionate e/o accreditate, sono svolte a titolo gratuito o per corrispettivi di importo simbolico.

Il regolamento, che ha superato la verifica sia del Consiglio di stato sia della Commissione europea, ha distinto chiaramente le modalità di esercizio delle attività sanitarie, evidenziando che l'esenzione dal pagamento dei detti tributi non deve essere considerato un aiuto di stato.

Pertanto, tenendo conto che nelle istruzioni ai modelli Imu e Tasi per enti non commerciali, di cui al dm 26/06/2014, non si fa alcun riferimento alle strutture ma solo alle attività convenzionate con il sistema sanitario nazionale, nel rispetto di questa condizione deve ritenersi applicabile la relativa esenzione dal versamento del tributo.

Inoltre, l'esenzione non può essere riconosciuta agli enti che percepiscono qualsiasi corrispettivo ma solo, appunto, agli enti che

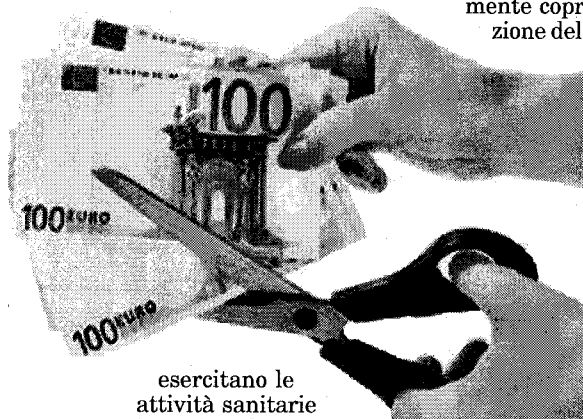
nazione della simbolicità, è la stessa Commissione europea che ha lasciato liberi i paesi aderenti nella relativa individuazione, affermando però che deve ritenersi tale quel corrispettivo «non» commisurato al costo del servizio, anche nel caso delle attività didattiche, per le quali il pagamento deve necessariamente coprire «solo una frazione del costo effettivo del

dell'ente e, di conseguenza, estremamente variabile da località a località.

È pur vero che i tributi indicati (Imu e Tasi) non si configurano come tributi erariali ma come tributi locali e che possono risultare differenti da ente a ente, attraverso la potestà regolamentare concessa agli stessi dalle disposizioni contenute nell'art. 52, dlgs 446/1997.

Infine, con riferimento alla delimitazione dell'esenzione alla frazione di unità nella quale viene svolta l'attività agevolata, è lo stesso regime di applicazione dei tributi, supportato dalle indicazioni inserite nell'ambito delle istruzioni ai modelli dichiarativi, che introduce il citato meccanismo, in presenza di un utilizzo misto dell'unità immobiliare.

© Riproduzione riservata



esercitano le attività sanitarie in regime di convenzione e/o di accreditamento, anche in presenza di un pagamento di un ticket, o contro corrispettivi simbolici. Sulla necessaria determi-

servizio, tenuto anche conto dell'assenza di relazione con lo stesso».

Pertanto, è l'ente locale che deve eseguire la verifica della simbolicità del corrispettivo incassato da ogni ente non commerciale, non potendosi stabilire a monte una

precisa entità dello stesso, tenendo anche conto che tale requisito è dipendente dalla collocazione territoriale

**IO** ONLINE La risposta all'interrogazione su [www.italiaoggi.it/documenti](http://www.italiaoggi.it/documenti)

*Il ministro Lorenzin annuncia un piano di riforma dell'assistenza sanitaria privata*

## Pubblico e privato a braccetto

*La riorganizzazione della sanità passa dai fondi integrativi*

**L'**integrazione tra il servizio sanitario pubblico e privato non è più un tabù. Dopo l'intesa siglata lo scorso 10 luglio tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul Patto della salute per gli anni 2014-2016 che ridisegna la spesa e la programmazione del Servizio sanitario nazionale, il ministro della salute, Beatrice Lorenzin, è pronta a mettere mano già dal prossimo autunno a una riforma dell'assistenza sanitaria integrativa, che rappresenta un «pilastro importante nella riorganizzazione del sistema sanitario». «Dopo i costi standard e il Patto per la salute già realizzati», ha affermato il ministro, il prossimo passo da compiere è organizzare «la sanità integrativa, sia con i fondi, sia con le assicurazioni, in modo tale da creare una complementarietà anche per quanto riguarda il settore pubblico». La strada verso l'integrazione pubblico-privato è segnata dagli ultimi dati sulla spesa sanitaria delle famiglie, che nell'ultimo anno è scesa del 5,7% con un valore pro-capite che si è ridotto da 491 a 458 euro all'anno, come rivela una recente indagine pubblicata dal Censis. L'effetto della crisi, dunque, incide pesantemente sul budget delle famiglie che nel 2013 hanno dovuto rinunciare a quasi 7 milioni di prestazioni mediche private per un valore di circa 27 miliardi di euro. Si tratta di una perico-

losa inversione di tendenza che rischia di avere pesanti contraccolpi sul welfare pubblico, poiché la spesa sanitaria delle famiglie non arriva più a compensare quella dello Stato. E in prospettiva il fenomeno rischia di allargarsi a macchia d'olio. Secondo il rapporto del Censis «negli anni a venire l'incremento della domanda di sanità e di assistenza proseguirà a ritmi serrati. Una domanda che l'offerta pubblica però non potrà soddisfare. C'è già oggi una domanda inevasa di cure e di assistenza a cui il sistema pubblico non riesce a far fronte», sostiene il Censis che sottolinea come «integrare pubblico e privato diviene un'opportunità rilevante, per compensare una domanda cui la sola sfera pubblica non è più in grado di far fronte». L'Italia resta una delle poche economie avanzate in cui la spesa sanitaria out of pocket (la spesa di tasca propria delle famiglie) intermediata, ovvero gestita attraverso assicurazioni integrative o strumenti simili, si ferma a una quota molto bassa: appena il 13,4% del totale della spesa sanitaria privata a fronte del 43% della Germania,

del 65,8% della Francia, del 76,1% degli Stati Uniti. La presenza di operatori privati specializzati e qualificati sia nel campo delle prestazioni sanitarie che dell'assistenza, con servizi resi accessibili attraverso strumenti assicurativi integrativi, permette di fornire servizi più adeguati. Di fronte a questo scenario, il mondo dei fondi sanitari integrativi è in fermento. In Italia operano complessivamente 276 fondi sanitari integrativi con quasi 6 milioni di iscritti, e tutti attendono una svolta legislativa. È emerso chiaramente nel recente convegno «Previdenza complementare e welfare integrativo in Italia», organizzato a Milano da Itinerari previdenziali, che ha sottolineato la necessità per il settore dell'assistenza sanitaria integrativa e delle assicurazioni di dotarsi di un quadro normativo sul cosiddetto welfare mix chiaro e compiuto che possa condurre a una piena integrazione tra pubblico e privato. E i fondi sanitari integrativi, in particolare quelli di matrice contrattuale, possono rappresentare il primo punto di contatto con il servizio pubblico.



CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA  
SUPPLEMENTARE PER I DIPENDENTI  
DEGLI STUDI PROFESSIONALI

**La svolta**

# Enti locali, ecco i costi standard Dubbi per il Sud

## Una banca dati per misurare i fabbisogni Baretta: non si partirà dalla spesa storica

**Nando Santonastaso**

Pier Paolo Baretta, sottosegretario all'Economia, confessa di essere rimasto «stupito» dopo avere appreso che al Sud la spesa sociale è inferiore al Nord. «Pensavo il contrario», ammette con molta onestà intellettuale commentando le prime indicazioni che emergono dalla banca dati «Opencivitas» messa da ieri a disposizione di tutti gli enti locali dal ministero dell'Economia. In quelle cifre c'è il «grimaldello» con il quale il governo cercherà di sfondare i limiti del Patto di stabilità interno e di introdurre il meccanismo della misurazione delle spese sostenute dalle singole amministrazioni e i fabbisogni standard per arrivare a risparmi più certi di quelli attuali. Per il primo obiettivo, c'è già una serie di scadenze: tra tre mesi i dati risulteranno disponibili a tutti i cittadini (i 90 giorni serviranno a Comuni e Province per verificare la loro veridicità) mentre entro il 10 ottobre il provvedimento che mira a superare il Patto entrerà a vele più o meno spiegate nella legge di stabilità del 2015. «Farà parte degli impegni collegati al pareggio di bilancio», spiega Baretta.

Per i fabbisogni standard invece qualche dub-

bio c'è in chiave Mezzogiorno. Perché applicare tout court il principio che finora ha caratterizzato la spesa degli enti locali senza riequilibri (la famosa perequazione negata al Sud) vorrebbe dire condannare definitivamente i più deboli. Che non sono solo i municipi con i conti in rosso ma anche e soprattutto i cittadini da essi amministrati ai quali è impensabile prospettare come soluzione di tutti i loro problemi l'ennesimo, inaccettabile aumento della pressione fiscale. «Non ci baseremo sulla spesa storica» assicura Baretta. E non sono parole insignificanti se si considera quanto la spesa storica abbia nociuto ai tentativi degli enti locali del Sud di ridurre il gap in termini di servizi e di qualità degli stessi rispetto al Nord. «Per esempio, la possibilità di avere più asili-nido - continua il sottosegretario - non dipenderà da quanti ne sono stati

chiusi in passato ma dal numero di bambini di quel territorio che ne avrebbero diritto».

È un'apertura importante, sempre ammesso che alla fine resterà tale. «La spesa degli enti locali sarà valutata sulla base di criteri obiettivi - dice Baretta - fermo restando che la logica del risanamento dei conti resta prioritaria». In base

agli indicatori annunciati ieri dal governo, il fabbisogno standard sarà calcolato non solo sulla base della popolazione ma anche dei servizi offerti, delle caratteristiche territoriali e degli aspetti sociali, economici e demografici. Non è detto, quindi, che chi si trova a spendere anche molto meno di quanto ritenuto necessario sia più virtuoso: spesso infatti dietro l'apparente risparmio si nasconde una carenza di servizi. Al contrario, chi spende di più non necessariamente spreca. Naturalmente il passaggio dalla teoria alla pratica resta delicato e incerto: «Se mai si comincia...» dice Baretta che aveva annunciato proprio al Mattino l'intento di voler sfidare i limiti del Patto di stabilità. Ora al suo fianco ha il supercommissario alla spending review Cottarelli che non a caso è stato uno degli artefici del progetto della banca dati.

Per ora ci sono le curiosità sui primi dati che, peraltro, si riferiscono alle spese sostenute da Comuni e Province nel 2010. Nel complesso i Comuni del Mezzogiorno da un lato risultano spendere più dello standard per i servizi generali (con uno scostamento del 6,7% rispetto al fabbisogno) dall'altro spendono troppo poco sul fronte dei servizi sociali (il 4,91% in meno della effettiva necessità). È stata però Perugia tra i Comuni con più di 60mila abitanti a registrare lo scostamento maggiore, con una spesa per cittadino di 1.057 euro a fronte di un fabbisogno standard calcolato in 734 euro (-31%). Alle sue spalle Brindisi (-29%), Taranto (-25%), Potenza (-24%), Fiumicino in provincia di Roma (-23%), Salerno (-22%), Lecce, Venezia e Viareggio (-19%) e, infine, Casoria, in provincia di Napoli (-16%).

Tra i capoluoghi, spendono più dello standard anche Potenza (-24%), Firenze (-10%), Roma (-7%) Bologna e Napoli e Ancona (rispettivamente con -5, -4% e -3%). In testa alla classifica di chi invece ha speso in linea o addirittura molto meno del fabbisogno standard c'è Lamezia Terme, in provincia di Catanzaro, che nel 2010 ha dedicato 449 euro a cittadino a fronte di 607 valutato come necessario (con uno scostamento del 41%). Seguono Giugliano in Campania (33%), Vicenza (32%), Arezzo (21%).

## Quanto spendevano le città nel 2010

■ Spesa storica effettiva per abitante (euro)    ■ Fabbisogno standard per abitante (euro)    ● Differenza percentuale

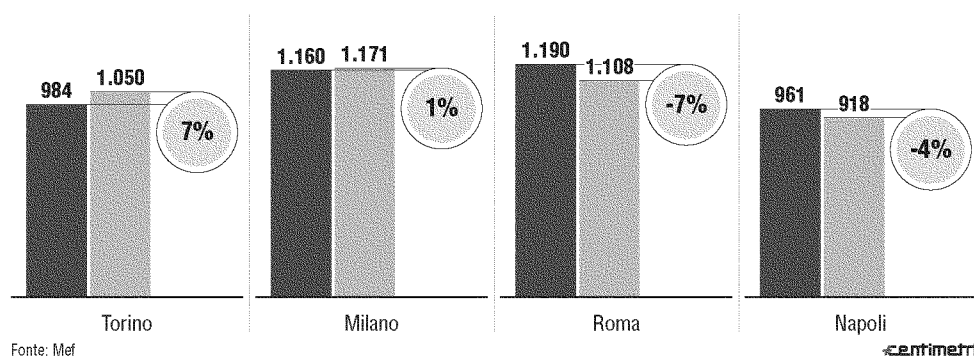
### LE CITTÀ CHE SPENDONO DI PIÙ

Perugia	1.057	734	-31%
Brindisi	889	635	-29%
Taranto	832	625	-25%
Potenza	834	632	-24%
Fiumicino (Roma)	918	710	-23%
Salerno	977	764	-22%
Lecce	823	664	-19%
Venezia	1.209	979	-19%
Viareggio (Lu)	991	805	-19%
Casoria (Na)	616	515	-16%

### LE CITTÀ CHE SPENDONO DI MENO

Lamezia Terme (Cz)	429	607	41%
Giugliano in Campania (Na)	426	565	33%
Vicenza	632	831	32%
Arezzo	576	697	21%
Imola (Bo)	630	754	20%
Forlì	639	766	20%
Reggio Calabria	559	671	20%
Pescara	622	720	16%
Crotone	495	575	16%
Bergamo	708	815	15%

### LE GRANDI CITTÀ



## Lo studio

### La Uil: 13 milioni (uno su tre) soffrono per il lavoro

Una persona su tre in età lavorativa nel 2013 ha conosciuto forme di sofferenza e insicurezza occupazionale. Lo denuncia uno studio Uil, spiegando che si tratta di quasi 13 milioni di donne e uomini, il 42,6% in più rispetto al 2008. E, per la maggior parte, meridionali. Ma c'è una buona notizia annunciata dal ministro Poletti. Il governo reperito 400 milioni per cig e mobilità in deroga e, a breve, riuscirà a stanziarne altrettanti. Tornando allo studio Uil, dall'indice di



«sofferenza occupazionale» emerge che il Sud si colloca 31,6 punti percentuali al di sopra della media nazionale. Tutti i singoli parametri fanno registrare un malessere occupazionale più

accentuato al Sud, con la sola eccezione della cassa integrazione che, in quest'area, è al di sotto della media nazionale. A guidare la classifica del disagio è la Calabria, seguita da Campania e Puglia. Meno malessere in Lombardia, nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Veneto. Se si guarda le province, la posizione di difficoltà riguarda ben 46: quasi tutte collocate nel Sud. Al primo posto troviamo Vibo Valentia, seguita da Crotone, Benevento, Foggia e Napoli.

## A giugno rimborsati debiti Pa per 26 miliardi

### IL CONSUNTIVO

**ROMA** Fino alla fine di giugno sono stati effettivamente rimborsati ai fornitori delle amministrazioni pubbliche, centrali o locali, debiti per 26,1 miliardi. Il dato, presentato ieri dal Ragioniere generale dello Stato Daniele Franco nel corso di un'audizione parlamentare, è contenuto anche in una pubblicazione del ministero dell'Economia (Mef) dedicata alle riforme strutturali in Italia. Rispetto all'ultima rilevazione ufficialmente resa nota dal Mef e relativa a fine marzo, il progresso è stato di soli 2,6 miliardi: a quella data risultavano effettivamente pagati debiti per 23,5 miliardi.

### PAGAMENTI A RILENTO

Merita attenzione però anche il confronto con un'altra cifra, i 43,2 miliardi di risorse rese disponibili sotto varie forme dal governo per i pagamenti. Leggermente superiore (47 miliardi) è l'importo complessivamente autorizzato per il periodo 2013-2014: dunque i pagamenti effettivi ammontano a solo il 55 per cento degli stanziamenti. È chiaro quindi che molte amministrazioni non riescono di fatto a far tornare alle imprese le risorse finanziarie, non per mancanza di disponibilità ma per altri motivi di inefficienza; per una parte delle somme non è possibile nemmeno disporre delle fatture in quanto si tratta di debiti fuori bilancio.

Con il decreto legge di fine aprile sono stati stanziati altri 9,3 miliardi; in questo modo il totale arriva a circa 57. Il problema però è appunto come utilizzare davvero i fondi. Proprio a questo scopo si è svolta ieri al ministero una riunione alla quale hanno partecipato tutti i soggetti interessati: Confindustria, Abi, Cassa Depositi e Prestiti, Unioncamere, commercialisti, rappresentanti di Comuni, Province e Regioni. Sono in campo nuovi strumenti, come la fatturazione elettronica che dal prossimo marzo coinvolgerà anche gli enti locali, mentre una parte dei debiti potrà essere rimborsata con l'intervento del sistema bancario e la garanzia dello Stato.

**L. Ci.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Istituto superiore sanità la Corte dei Conti indaga sui costi del personale

► I magistrati aprono un fascicolo sull'ente commissariato si valuta il danno erariale, per due anni bilanci in rosso

## IL CASO

ROMA Terremoto sanità. Il giorno dopo il commissariamento dell'Istituto superiore di sanità la Corte dei Conti apre un fascicolo sull'ente per valutare il danno erariale. Mentre il segretario generale del ministero della Salute, Romano Mirabelli, si è autosospeso dalle funzioni e dallo stipendio in seguito alle notizie sull'inchiesta della procura di Roma per la vicenda dei vaccini per Aviaria e Lingua Blu. Autosospensione accettata.

## IL CONTROLLO

La Corte dei Conti torna sui bilanci dell'Istituto superiore di sanità. Era stato proprio questo organo di controllo, ad ottobre scorso, a presentare una relazione in cui venivano evidenziati saldi negativi per gli anni 2011 (circa 29 milioni di euro) e 2012 (4 milioni di euro). Un conto in rosso ridimensionato in

INCHIESTA SUI VACCINI  
AVIARIA E LINGUA BLU  
SI AUTOSOSPENDE  
MARABELLI  
SEGRETARIO GENERALE  
DEL MINISTERO

dodici mesi.

Un dossier di oltre 52 pagine, tra analisi e tabelle, secondo il quale lo "sbilancio" sarebbe in gran parte legato ai minori introiti dell'ente negli ultimi anni e all'aumento dei costi del personale nonostante il pensionamento di una settantina di persone nel periodo preso in esame (46 dirigenti) e l'assunzione di 118 giovani ricercatori con buste paga molto più basse. In più sono circa 500 i contratti a tempo determinato che scadranno entro l'anno. Contratti legati a progetti di ricerca che potrebbero bloccarsi senza fondi.

«Resta costante - si legge nella relazione - l'indice di dipendenza finanziaria dalle pubbliche contribuzioni che supera il 90% tenuto conto che le risorse proprie non raggiungono il 10% delle entrate». Come dire che la voce »prestazioni a terzi» è andata mano mano scendendo: i 3,9 milioni di euro del 2009 sono scesi a 3,4 milioni nel 2013. Poche entrate autonome, dunque. Troppa dipendenza dalle casse dello Stato.

Gualtiero Walter Ricciardi, ordinario di Igiene alla Cattolica nominato commissario, dice di essere fiducioso e assicurare che in tempi brevi riuscirà a ripianare il buco da poco più di 30 milioni di euro (su un movimento finanziario di 320 milioni all'anno): «Apriremo

a forme di collegamenti e finanziamenti con coloro che hanno capitali e fondi, anche nel privato e all'estero». «Non siamo in dissesto - spiega Angelo Del Favero direttore dell'Istituto - continueremo il nostro lavoro, siamo in grado di svolgere a pieno i compiti e a far fronte agli obblighi nei confronti dei dipendenti e di tutti gli organismi in contatto».

## LE DIMISSIONI

Alla vicenda Istituto superiore di sanità, ieri, si è affiancata l'inchiesta sui vaccini Aviaria e Lingua Blu che ha portato all'autosospensione di Romano Mirabelli il dirigente che, due mesi fa, era stato nominato dal Consiglio dei ministri segretario generale del ministero della Salute. L'inchiesta ha l'intento di far luce su presunte irregolarità per la produzione di vaccini veterinari e coinvolge 41 persone. Per loro si profila una richiesta di rinvio a giudizio. Si aggiunge la decisione della commissione Affari sociali della Camera ha avviato un'indagine conoscitiva sulla riforma dell'Istituto superiore di sanità, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e dell'Agenzia del farmaco (Aifa).

**Carla Massi  
e Sara Menafra**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I CONTROLLI I bilanci dell'Istituto superiore di sanità sotto esame

## Istituto superiore di Sanità in cifre



1500  
i dipendenti



320  
milioni di euro l'anno  
il movimento finanziario



15  
dipartimenti



26  
milioni di euro  
il deficit 2011



450  
collaboratori  
a tempo determinato



4  
milioni di euro  
il deficit 2012

centimetri

# Meno vincoli ai Comuni «Patto di stabilità da cancellare in 3 anni»

► Il governo punta al superamento della gabbia che blocca anche gli investimenti degli enti locali virtuosi. Baretta: non serve più

## LA SVOLTA

ROMA È lo spauracchio di molti amministratori locali, ed anche un bersaglio polemico nelle controversie con lo Stato centrale. Ora il governo annuncia che tra due-tre anni il Patto di stabilità interno potrebbe essere solo un ricordo. È toccato al sottosegretario Pierpaolo Baretta dare questa indicazione, proprio mentre al ministero dell'Economia veniva presentata la nuova banca dati sui fabbisogni standard dei Comuni. Come ha spiegato Baretta, una volta in vigore le nuove e più stringenti regole di bilancio, che a partire dal 2016 impongono anche agli enti locali l'obbligo del pareggio (sia pure con alcune parziali eccezioni) non avrebbe più senso lasciare in vigore un'ulteriore strettoia, appunto il Patto di stabilità interno.

Questo strumento è stato utilizzato dalla fine degli anni Novanta, quando è apparso chiaro come



a fronte degli obblighi assunti dall'Italia a livello europeo fosse necessario tenere sotto controllo anche i bilanci di Regioni, Comuni e Province. In realtà la formulazione tecnica è cambiata più volte nel corso degli anni: sono stati applicati vincoli sia sulla spesa che sui saldi, e il Patto è stato lo strumento con cui di fatto lo Stato ha chiesto alle amministrazioni territoriali di partecipare alle varie manovre di risanamento dei conti impostate nel corso degli anni.

## I SINDACI PENALIZZATI

Ma molti amministratori, in particolare sindaci, hanno lamentato le conseguenze paradossali di questa "gabbia": in particolare il fatto che ne risultino penalizzati proprio gli enti locali virtuosi. Quelli cioè che avrebbero in bilancio risorse da spendere, ottenute con il contenimento dei costi oppure con proprie entrate, ma non lo possono fare per il vincolo generale imposto a tutti, in particolare sulle uscite. In questo

modo sono stati bloccati anche cantieri che avrebbero potuto essere mandati avanti, non per mancanza di soldi ma per un obbligo di legge. Nel tempo sono state quindi proposte - e in piccola parte concesse - deroghe per interventi di particolare urgenza.

Questa logica ora dovrebbe essere superata: saranno previste

## La previsione

### Il centro studi Ref: crescita zero nel 2014

Crescita zero del Pil, indebitamento al 2,9% del Pil nel 2014 e debito al 135,1%: sono le previsioni negative per l'Italia realizzate dalla società di ricerca Ref. Il centro studi, che per il 2015 prevede una crescita del Pil dell'1,2% con un indebitamento in calo al 2,7%, evidenzia «l'impressione che si stia materializzando un ampio divario fra l'andamento del deficit e gli obiettivi» del governo. Non solo. «Se la fase di stagnazione tenderà ancora a protrarsi anche lo scenario 2015 verrebbe rivisto al ribasso nei prossimi mesi. In frattempo, però, ritiene «che si riesca ad evitare una nuova stretta fiscale per il prossimo anno». Vale a dire niente manovra.

sanzioni per Regioni e Comuni che non si adeguano al principio del pareggio, impegnandosi a rientrare in caso di disavanzo, ma gli amministratori virtuosi dovrebbero avere la possibilità di spendere le risorse disponibili a beneficio dei cittadini.

L. Ci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

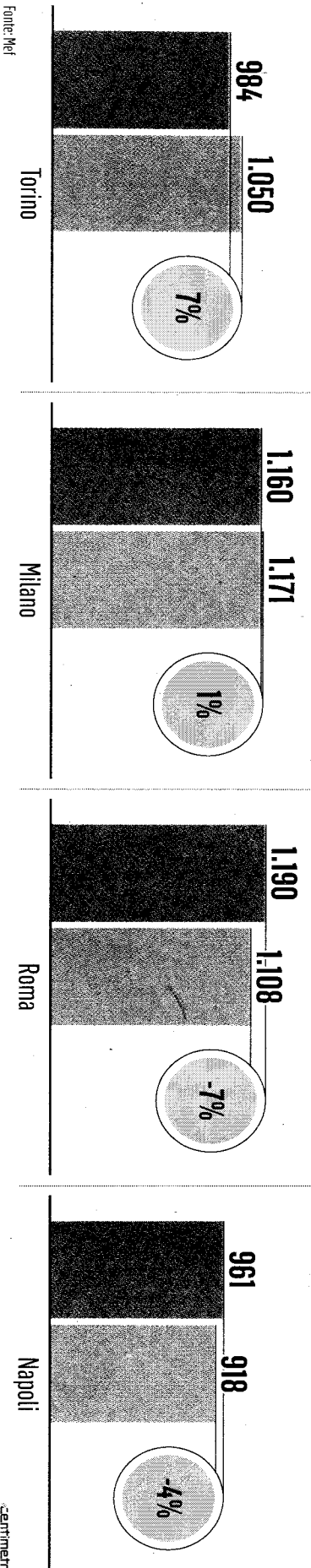
## Le città virtuose e quelle spendaccione

Spesa storica effettiva per abitante (euro) Fabbisogno standard per abitante (euro) Differenza percentuale

Dati riferiti al 2010

Città	Spesa storica (€)	Fabbisogno standard (€)	Differenza (%)
Perugia	1.057	734	-31%
Brindisi	889	635	-29%
Taranto	832	625	-25%
Potenza	834	632	-24%
Fiumicino (Roma)	918	710	-23%
Salerno	977	764	-22%
Lecce	823	664	-19%
Venezia	1.209	979	-19%
Viareggio (Lu)	991	805	-19%
Casoria (Na)	616	515	-16%
Lamezia Terme (Cz)	429	429	0%
Giugliano in Campania (Na)	426	426	0%
Vicenza	632	632	0%
Arezzo	576	576	0%
Imola (Bo)	630	630	0%
Forlì	639	639	0%
Reggio Calabria	559	559	0%
Pescara	622	622	0%
Crotone	495	495	0%
Bergamo	708	708	0%
Lamezia Terme (Cz)	607	607	41%
Giugliano in Campania (Na)	565	565	33%
Vicenza	831	831	32%
Arezzo	697	697	21%
Imola (Bo)	754	754	20%
Forlì	766	766	20%
Reggio Calabria	671	671	20%
Pescara	720	720	16%
Crotone	575	575	16%
Bergamo	815	815	15%

### LE GRANDI CITTÀ



Fonte: Mel

centimetri

Rgs. Franco: «Nel piatto 56 miliardi complessivi»

## Debiti della Pa, pagati 26 miliardi alle imprese

**Dino Pesole**  
ROMA

«I dati aggiornati a fine giugno relativi ai debiti pregressi della Pa mostrano che sono stati «messi a disposizione 30 miliardi e pagati 26 miliardi». Nel corso di un'audizione presso la Commissione bicamerale per l'Anagrafe tributaria, il Ragioniere generale dello Stato, Daniele Franco ha spiegato che sono a disposizione risorse complessive per 56 miliardi. Sono quindi altri 30 miliardi nella disponibilità degli enti e in buona parte pagati nel corso del 2014. Si tratta - ha osservato Franco - di un importo «significativo. Tutti i decreti per smobilizzare le risorse o sono stati fatti o sono vicinissimi alla conclusione». Dal 1° luglio è partita la piattaforma per la certificazione dei crediti e la possibilità di scontarli presso le banche con la garanzia dello Stato, ma la vera sfida scatterà a marzo del prossimo anno quando tutte le amministrazioni dovranno adottare la fatturazione elettronica. Operazione che consentirà di ottenere risparmi «fino a 6,5 miliardi alla fine del processo. Già dal 6 giugno l'obbligo della fatturazione elettronica si applica a diverse amministrazioni centrali. Il passaggio successivo riguarderà anche gli enti locali. «Si tratta di un passo importante per monitorare la valutazione dell'efficienza della spesa».

Questione che è stata al centro ieri di una mega riunione al ministero dell'Economia con tutti i soggetti coinvolti, Abi, Cdp, Anci, Regioni, Rete Imprese, Confindustria, commercialisti.

L'obiettivo - si osserva al Mef - è rispettare il timing previsto dal presidente del Consiglio, e per questo «serve la collaborazione e l'impegno di tutti». Resta aperta la questione dell'esatta quanti-

ficazione dello stock dei debiti della Pa. Franco ricorda come la prima stima della Banca d'Italia (90 miliardi) includeva anche «i debiti del giorno prima e quindi una parte è fisiologica, e in ogni caso l'ultima relazione sul 2013 stimava i debiti a quota 75 miliardi». «Ogni euro rimborsato in conto capitale è un euro di indebitamento netto in più. Si tratta, come hanno detto i ministri Pado-

### IL LAVORO FUTURO

«L'ultima relazione 2013 stimava i debiti a 75 mld. Dall'obbligo di fatturazione elettronica da marzo 2015 risparmi per 6,5 mld»

an e Saccomanni, di trovare margini nel bilancio pubblico per risolvere il problema», osserva Franco.

Quanto allo stato di attuazione della spending review, la Ragioneria sta offrendo il suo sostegno «in modo sistematico, nel rispetto delle regole».

Sul tema delle privatizzazioni, il presidente della Cassa depositi e prestiti, Franco Bassanini, nega che si tratti di «operazioni di svendita. Abbiamo naturalmente il problema di mantenere un livello di capitalizzazione che ci viene richiesto dalla Banca d'Italia. Il nostro obiettivo è stato quello di aprire strumenti e prospettive di crescita ai nostri asset e attività». In serata il ministro dell'Economia, Pier Carlo Padoan ha incontrato il consiglio dell'Ufficio parlamentare di Bilancio guidato da Giuseppe Pisauro, per definire le linee guida del protocollo di intesa che regolerà la trasmissione dei flussi informativi tra ministero e Upb.

# Nei rischi sanitari da assicurare solo fatti imprevedibili

di **Carlo Clavarino**

**D**a quasi vent'anni il problema connesso al contenzioso sanitario è di grande e costante attualità, rappresentando una voce di spesa crescente in termini assoluti, tanto da provocare: l'incremento dei costi assicurativi; l'abbandono del settore da parte di grandissima parte delle compagnie, il ricorso all'autoassicurazione da parte di diverse realtà pubbliche e private.

Nonostante tutto, ad oggi, non risulterebbe esistere una quantificazione realistica e attendibile, a livello nazionale dei costi diretti (risarcimenti corrisposti o potenzialmente dovuti a terzi) ed indiretti (costi suppletivi per diagnosi, cure connessi ad errori diagnostici/terapeutici, o ancora, ai conseguenti oneri assistenziali).

In merito alla diverse politiche adottate dalle singole Regioni, sono stati individuati differenti approcci, tra i quali (in funzione dei crescenti costi), anche il ricorso all'autoassicurazione.

Certamente la soluzione assicurativa risulta "penalizzata" dall'impatto della componente fiscale (sui premi gravano imposte pari al 22,25%) che può spingere ulteriormente a scelte alternative. Scelte che tuttavia, a breve, porteranno al duplice effetto di un ridotto gettito fiscale, e alla totale esposizione di bilanci che non troveranno più alcun strumento di protezione.

In questo scenario può essere l'autoassicurazione la scelta economica più efficiente?

In una ottica di brevissimo periodo, potrebbe. Ma l'esperienza ci insegna che non è possibile quantificare aprioristicamente l'esposizione finanziaria derivante dagli errori sanitari. Pertanto deve cambiare il mix tra l'esposizione auto-ritenuta e quella trasferita al mercato assicurativo.

Da recenti studi clinici emerge che, non meno del 50% degli eventi avversi in sanità deriva da errori di processo (da qui le inefficienze sistemiche). Poiché questi errori sono prevedibili e prevenibili, ne deriva che la prima attività di risk management da fare è quella di aggredire questi eventi con l'obiettivo di portarli a zero. Individuato così il livello di sinistrosità fisiologica, questa va eliminata dalle coperture assicurative e va gestita in autoassicurazione.

Così facendo non verrebbe più chiesto all'assicuratore di farsi carico delle inefficienze sistemiche ma del vero e proprio rischio derivante da un evento caratterizzato da una maggiore severità, certamente più raro, ma ben più importante ai fini della garanzia della tenuta del bilancio del sistema sanitario. Con il risultato ulteriore di ricreare "appetito" per il mercato assicurativo che, al momento, conta pochissimi player che dettano prezzi e condizioni.

In sintesi il sistema sanitario pubblico e privato, opportunamente coadiuvato può intervenire sui rischi di frequenza prevedibili, lasciando all'assicuratore la tutela di quelli imprevedibili.

# Ssn. I “luddisti” della sanità

*In modo strisciante la rivoluzione luddista, ad opera stavolta non degli operai di due secoli fa che si rivoltarono contro le macchine perché deprezzati a seguito della sostituzione della loro manodopera con le stesse, si sta compiendo ai danni dei professionisti della sanità da parte dei controllori.*

Nel nostro Paese è in atto una strisciante rivoluzione luddista, ad opera stavolta non di chi utilizza le macchine per produrre, quegli operai di due secoli fa che si rivoltarono contro le macchine perché deprezzati a seguito della sostituzione della loro manodopera con le stesse. In modo strisciante ma non invisibile, da qualche anno la rivoluzione luddista si sta compiendo ai danni dei professionisti della sanità da parte dei controllori, messi lì dai padroni, forse da essi stessi preposti a distruggere il dispositivo: in questo caso il complesso sistema che fa funzionare le macchine. Nel caso della Sanità, le macchine non sono, come si legge sui giornali e nei capitoli di spesa, le TC o le RM o i robot, ma gli Ospedali. E chi ci lavora, *embedded* (è proprio il caso di dire) con essi. Quegli ospedali che hanno segnato il passaggio, per dirla con Giorgio Cosmacini, dai lazzaretti della peste manzoniana ai grandi agglomerati che ospitavano le truppe ferite dopo battaglie campali, e spesso in ritirata. Quei luoghi “modernamente” ridotti a primo ed unico presidio dove si va, impropriamente, saltando tutte le postazioni sanitarie del territorio, per una semplice indigestione o per sapere se si è in gravidanza, perché, a differenza di tutti gli altri, garantiscono una risposta h24. Quei luoghi in cui, viceversa, quando si ha bisogno davvero, si cerca il medico migliore, quello con più esperienza, si dice banalmente. Perché in Medicina, a differenza che in altri campi della PA, l’esperienza conta.

Non ci sarebbero voluminosi trattati e pesanti tomi su cui tutti noi abbiamo studiato se durante i secoli i sintomi portati dai pazienti e osservati da generazioni di curanti non fossero arrivati fino a noi, così come oggi li inquadrano e curiamo. Quegli ospedali sono diventati, e non da ora, il principale ostacolo al pareggio di bilancio, il salvadanaio da cui attingere in tutti i DEF. Si inseguono ricette cieche come in UK, dove se vai in ospedale per un addome acuto il venerdì devi sperare di poter arrivare a lunedì per essere operato, così come per un infarto del miocardio. Così il binomio ospedale uguale letti è stato combattuto negli anni scorsi tagliando prima i letti, sostituiti dalle più moderne (perché provviste di ruote) barelle nei PS, e poi l’altra “appendice dell’ospedale”, i medici.

Costano troppo. I medici, non più sostituiti quando vanno in pensione, surrogabili con operatori sanitari mediante chapliniane alchimie in cui la parola magica è l’intensità di cura, tutti insieme a correre su un’unica piattaforma in cui arriva e succede di tutto, un solo medico e molti infermieri, per far quadrare i conti. Infine si scopre che la macchina banale (quel che resta dell’ospedale + medici) può anche non essere più guidata. I direttori di struttura da tempo sono un optional, un lusso per chi ha risparmiato altrove, si danno le funzioni al più anziano rimasto, sottopagandolo, poi forse verrà pagato con una causa di lavoro, e così via. E l’ultima ricetta in ordine di tempo è la rinuncia definitiva a quella residuale, trascurabile dote del medico, la prima che il solerte quadratore di conti va a cercare se, ipoteticamente, a sua figlia si fa diagnosi di emoperitoneo: l’esperienza. Ma per quello, si dirà, ci sono i centri privati, i privati convenzionati, come nella miracolosa Lombardia, in cui ci si può permettere contemporaneamente l’esperienza e la casistica. A nostre spese, comunque, a conti e costi fatti. Quest’ultimo dispositivo, dei 62 o 65enni fuori definitivamente dal SSN, sarebbe auspicabile soprattutto se applicato in primis sui DG e su tutti i tagliatori di teste, oggi senza limiti di età, che sul lavoro dei medici campano e cumulano emolumenti, incentivi e pensioni ben più onerosi dei nostri e a zero responsabilità, in una giostra Governo/Regioni di nomine, cariche e ricariche che sarebbe divertente andare a rivoltare se non avessimo da fare cose più serie.

Nella realtà, invece, questa disposizione trova “impreparato”- un esempio tra tanti-un ginecologo 65enne direttore di struttura complessa in carica da cinque anni, anni in cui ha ridotto il tasso di TC del 10% mettendoci la faccia, come si suol dire, perennemente on call per sostenere e formare medici giovani e meno giovani, per rispondere ad un'emergenza oramai nazionale. Emergenza di cui tutti, quando hanno tempo da perdere si ricordano, esaminano il problema non per risolverlo ( per esempio andando a scovare tutti i ginecologi come lui, sostenendoli e premiandoli), ma escogitando le soluzioni più economiche : epidurale nei LEA, un costo decisamente esorbitante rispetto a quello di dirigenti esperti con l'unica dote che serve: l'esperienza. E l'entusiasmo. Da trasmettere al trentenne. E pazienza se il collega che citiamo come esempio non ha fatto in tempo a formare il suo successore: non sarà sostituito, si accettano scommesse, al pari delle altre decine di Direttori che ogni anno negli ultimi tempi stanno andando in pensione senza essere sostituiti, nella sua regione magari in pari coi conti.

Che l'universo di chi cura non fosse “un paese per vecchi” (ma i giovani potrebbero dire la stessa cosa, a parti invertite) lo avevamo capito da tempo, Renzi non c'entra. C'entra, però, in questa furia luddista da parte di chi dovrebbe governare la Sanità, il bisogno (di pura autoconservazione) di cancellare dalla lista della spesa la voce “sale” perché incapace di stabilire il quantitativo di minestra di cui si ha bisogno per sfamare la truppa (mi si scusi il riferimento all'esercito). E allora, se non si conosce la truppa di cui si dispone, la sua numerosità, la sua fame, e la difficoltà della battaglia, e soprattutto a chi affidare i feriti che questa lascerà, bisogna cambiare mestiere. Lasciarlo a chi il mestiere delle armi lo conosce, ci si è preparato per tutta la vita, e non potrebbe prendere nessuna decisione senza guardare negli occhi il suo interlocutore, quello di cui sta decidendo le sorti. In questi tempi così liquidi, così frenetici, in cui per trovare soldi subito si sta improvvisando di tutto, pescando per pigrizia sempre nella stessa direzione, con l'occhio strabico di chi non vuol toccare altro tipo di grandi patrimoni, si procede ciecamente, sistematicamente. Nel compiere, con lo spregio per i medici (lo sport più di moda oggi), con la voglia di farli scomparire dall'orizzonte sanitario, l'ultimo atto della rivoluzione luddista: de-costruire definitivamente quel SSN che ancora ci tiene, e tiene unito il Paese.

Sia chiaro: prima di buttare via il bambino e l'acqua sporca, cioè buttare alle ortiche, insieme al SSN, quell'arte lunga (“*la vita è breve, l'arte è lunga, e il giudizio difficile*”, diceva Ippocrate della Medicina) non arriviamo ad augurare a nessuno, come deterrente, di sperimentare come si risolverebbe, *se capitasse a lui*, l'ipotetico emoperitoneo, in uno qualunque di questi non-luoghi, senza più esperienza, e senza più futuro. Ma prima di andare avanti con l'illusione del risparmio sul sale, prego passare in una qualunque ora del giorno o della notte in un PS di una media città, di provincia o metropolitana, non importa. O comunque in un ospedale, nelle sue stanze di degenza o di ambulatorio. Guardare in faccia uno soltanto di quei medici responsabili ancora al lavoro che in questa fase sono nel mirino al pari degli hater di Balotelli. Provare per credere.

(Fonte:quotidianosanita)



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



*Oggi protesta anti 'apartheid'  
Tagli alla Sanità,  
chiude maternità  
al 'San Gennaro'*

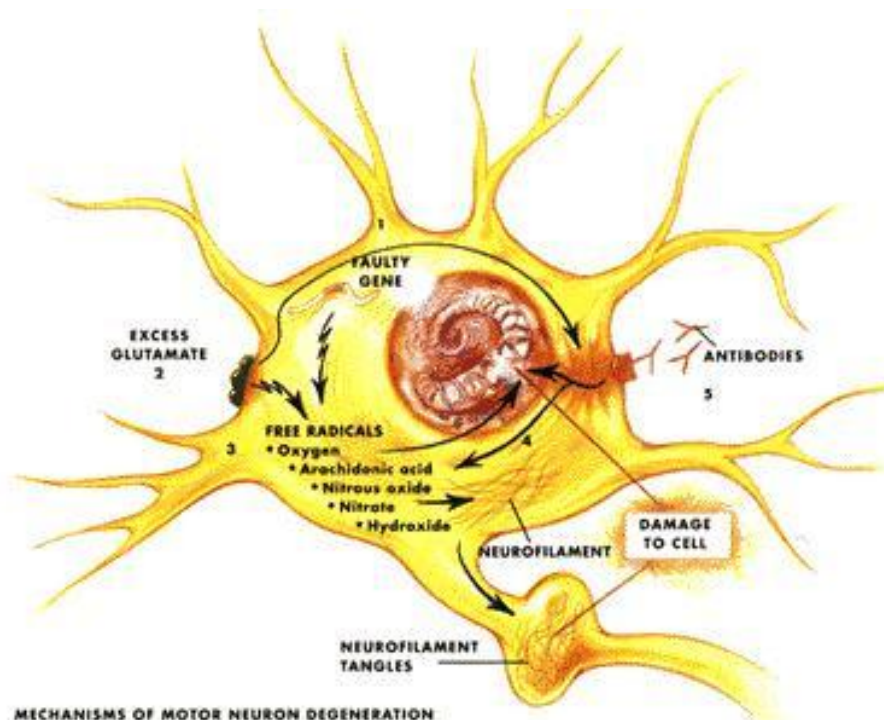
**NAPOLI (gp)** - Ha chiuso ieri il reparto maternità dell'ospedale San Gennaro di Napoli. inevitabile per le donne ricoverate il trasferimento presso la struttura del San Giovanni Bosco che si trova a Capodichino. I tagli alla Sanità stanno rendendo la vita impossibile ai pazienti e, in questo caso, alle mamme. Da settimane monta la protesta contro la chiusura della struttura. La settimana c'è stato un corteo. Oggi ce ne sarà un'altro contro l'apartheid dei servizi al ponte della Sanità, organizzato dal consigliere municipale **Ruotolo**. I cittadini sono infuriati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



# Cancro. Il colesterolo ‘sospettato’ di giocare un ruolo nell’attivare alcuni tumori

*Legandosi alla proteina Dishevelled, un po’ come un primo ‘interruttore’, il colesterolo potrebbe favorire l’attivazione di un percorso biologico che è collegato allo sviluppo del tumore. Il risultato potrebbe fornire una spiegazione del perché il colesterolo elevato aumenta il rischio di cancro, afferma il principal investigator dello studio, aprendo nuove prospettive di studio per affrontare il problema*

Un po’ come in una reazione a catena, il colesterolo sembra legarsi con una determinata proteina, che a sua volta attiva un percorso biologico posto in relazione con l’insorgenza del cancro. Dunque, oltre a poter causare disturbi cardiovascolari, il colesterolo potrebbe giocare un ruolo nell’accensione di alcuni tumori. Ad affermarlo, oggi, è un gruppo di ricercatori della University of Illinois at Chicago (UIC), che ha pubblicato lo studio su *Nature Communications* (Reng Shen et al., 'Cholesterol selectively activates canonical Wnt signalling over non-canonical Wnt signalling', *Nature Communications* 5, Article number:4393doi:10.1038/ncomms5393)

"La nostra ricerca mostra un nuovoruolo regolatore per il colesterolo, e inoltre presenta un emozionante nuovo bersaglio terapeutico per arrestare la via di segnalazione Wnt e per trattare o prevenire il cancro", ha dichiarato **Wonhwa Cho**, professore di chimica presso l’Università UIC e principal investigator della ricerca. In pratica, lo studio mette in luce un possibile collegamento del colesterolo e la proteina chiamata Dishevelled, coinvolta nella ‘via di segnalazione Wnt’, un processo biologico in cui si attivano diverse altre proteine: si pensa che l’iperattività di questa ‘via’ sia uno dei principali determinanti dello sviluppo del tumore.

La proteina Dishevelled è coinvolta sia nella via di segnalazione Wnt ‘canonica’ che in quella non canonica, che gioca un ruolo in processi quali il moto o l’organizzazione cellulare.

Un po’ come una sorta di interruttore sulla via, dunque, quando il segnale raggiunge Dishevelled, viene diretto lungo la Wnt canonica oppure lungo la Wnt non canonica.

Finora, non si conosceva nessun fattore che regola l’attivazione di una via piuttosto che di un’altra, ha affermato il Professor Cho: “quando ci siamo resi conto che il colesterolo era in grado di legarsi specificamente a Dishevelled, ci siamo chiesti quale delle vie di segnalazione potesse essere attivata dal colesterolo”.

I ricercatori hanno osservato che una volta che il colesterolo si lega alla proteina, il segnale prosegue lungo la via canonica Wnt, un percorso che promuove la crescita e la divisione cellulare e che viene messo in relazione con lo sviluppo di alcuni tipi di tumore (tra cui melanoma, cancro alla mammella, al polmone e al colon). Senza il colesterolo questo processo non potrebbe avere luogo, affermano i ricercatori.

Inoltre, essi hanno notato che aumenti ben localizzati del colesterolo all’interno della membrana cellulare sembrano promuovere selettivamente la Wnt canonica piuttosto che quella non canonica: un risultato – afferma Cho – che potrebbe spiegare perché il colesterolo elevato aumenta il rischio di tumore

"Sappiamo che cose come le diete ad alto contenuto di grassi, che aumentano i livelli di colesterolo, sono stati collegati ad una elevata incidenza di cancro", ha concluso il professor Cho. "La nostra ricerca fornisce un meccanismo che spieghi in che modo il colesterolo promuove percorsi che conducono al cancro".

# Fibrillazione atriale più probabile con ivabradina

## Il farmaco riduce i battiti cardiaci ma aumenta il rischio del disturbo



L'ivabradina viene utilizzata per il trattamento dell'angina pectoris e la riduzione dei battiti cardiaci. Una ricerca inglese pubblicata su Heart segnala però il rischio di fibrillazione atriale (AF), più concreto rispetto a quello normale che è pari a 1 caso su 10mila.

Il dott. Ruairidh I. R. Martin, che lavora presso l'Istituto di Genetica Medica della Newcastle University e del Dipartimento di Cardiologia del Freeman Hospital di Newcastle, spiega: «l'ivabradina è stata approvata dall'EMA nel 2005 per il trattamento dell'angina pectoris stabile in pazienti con normale ritmo sinusale intolleranti alla terapia con beta-bloccanti. Nel 2010 l'indicazione è stata estesa ai pazienti con sintomi anginosi non controllati con frequenza in eccesso di 60 bpm nonostante la terapia beta-bloccante. Un'ulteriore indicazione si è avuta nel 2012, per il trattamento dello scompenso cardiaco cronico (classe NYHA II-IV) con disfunzione sistolica in pazienti in ritmo sinusale e la cui frequenza cardiaca è maggiore di 75 bpm, in combinazione con la terapia standard, inclusi i beta-bloccanti, o quando questi ultimi sono controindicati o non tollerati. Per ora l'uso dell'ivabradina non è stato approvato dall'FDA. Studi di associazione sul genoma (genome-wide association study) hanno identificato collegamenti tra varianti genetiche nella regione del gene HCN4, che codifica per il principale canale ionico responsabile della corrente If, da un lato, e sia la frequenza cardiaca che l'AF, dall'altro», spiega lo scienziato.

Il miocardio ectopico allo sbocco delle vene polmonari, che rappresenta una sorgente importante di inizio e mantenimento di fibrillazione atriale, mostra una corrente If che è influenzata da ivabradina. Un fattore che aumenta la possibilità che il trattamento con ivabradina possa influire sul rischio di AF. «Abbiamo pertanto verificato se vi fosse un incremento significativo del rischio di AF associato con il trattamento con ivabradina mediante metanalisi, e abbiamo quantificato il rischio in termini di numero necessario per causare un danno (number needed to harm, NNH) per anno».

Il trattamento con ivabradina è stato associato a un rischio di fibrillazione atriale pari a 1,15 su 21.571 pazienti. «Da questa cifra» - scrivono gli autori - «noi stimiamo che l'NNH per ivabradina è di 208 (95% CI da 122 a 667) per anno di trattamento. I risultati di questo studio, che ha fatto uso del maggior numero di dati di sicurezza possibile, consentono di quantificare il rischio di AF associato al trattamento con ivabradina», sostengono gli autori. «L'uso di ivabradina si associa a un aumento di circa il 15% del rischio di sviluppare AF. Questo rischio è maggiore di quanto precedentemente riportato nelle informazioni sulla sicurezza».

*(Fonte:italiasalute)*

# Le variazioni genetiche nel diabete

## Alcune alterazioni rendono meno probabile la malattia



Un team di ricerca del Broad Institute and Massachusetts General Hospital ha scoperto l'esistenza di alcune mutazioni genetiche che riducono il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 in soggetti che mostrano fattori di rischio evidenti anche per l'obesità.

Lo studio, pubblicato su Nature Genetics, ha coinvolto 150mila pazienti con una rara mutazione del gene SLC30A8. L'alterazione, secondo quanto

si legge nel resoconto dell'analisi, riduce il rischio di ammalarsi di diabete di tipo 2 del 65 per cento.

A giocare un ruolo chiave è la proteina legata a questo gene specifico, che svolge un'azione determinante sulle cellule beta del pancreas.

Uno studio italiano, invece, ha messo in luce una sorta di firma genetica che al contrario aumenta il rischio di diabete.

La ricerca dell'Università di Catanzaro Magna Grecia è stata coordinata da Antonio Brunetti e ha rivelato che in un diabetico su dieci è presente questa peculiarità genetica che aumenta di sedici volte il rischio di sviluppare la malattia.

Pubblicato sulle pagine del Journal of American Medical Association (JAMA), lo studio è stato finanziato anche da Telethon e ha coinvolto quasi 9000 pazienti diabetici, di cui 4000 italiani. Da molti anni Brunetti studia la resistenza all'insulina, ovvero la ridotta risposta dei tessuti all'azione dell'ormone che controlla i livelli di zucchero nel sangue. Questo fenomeno, tipico delle persone affette da diabete di tipo 2, si riscontra in modo ancora più accentuato in alcuni individui affetti da rare malattie genetiche come la sindrome di insulino resistenza e acanthosis nigricans di tipo A, il leprecaunismo e la sindrome di Rabson-Mendenhall. "Queste forme rare si sono rivelate un ottimo modello sperimentale per lo studio del diabete", spiega Brunetti.

"Grazie al supporto di Telethon, nel 2005 abbiamo dimostrato come la resistenza all'insulina può dipendere da alterazioni nel gene HMGA1, che contiene le informazioni per una proteina che 'accende' il gene per il recettore dell'insulina, la molecola che si affaccia fuori dalla cellula, cattura l'ormone, traduce il suo messaggio e lo trasmette all'interno della cellula".

Scoperta questa alterazione in 4 pazienti affetti da forme rare di insulino-resistenza, Brunetti e collaboratori si sono chiesti se questo difetto potesse essere riscontrato anche nella forma più comune della malattia, per la quale ancora oggi la causa non è ben nota. Per cercare una correlazione tra la malattia e difetti nel gene HMGA1, i ricercatori calabresi hanno quindi raccolto una casistica molto ampia di pazienti diabetici: 3278 pazienti italiani, 970 americani e 354 francesi, e oltre 4000 individui sani di controllo. Studiandone il patrimonio genetico, Brunetti e il suo gruppo hanno scoperto come circa il 10% delle persone affette da diabete di tipo 2 presenti varianti funzionali del gene HMGA1.

"Questo risultato ha delle grandi ricadute nella pratica clinica", spiega il ricercatore. "Fino ad oggi non era mai stato individuato un fattore genetico con un'associazione così forte con la malattia. Innanzitutto la presenza di queste varianti potrà servire come indicatore precoce del diabete di tipo 2, specialmente negli individui con familiarità diabetica".

Ma non è tutto: anche la risposta ad eventuali terapie farmacologiche e la progressione della malattia con gli anni possono essere influenzate dalla presenza di questi determinanti genetici. "Questo lavoro è un ottimo esempio di come lo studio delle malattie rare possa avere ricadute molto più ampie e fare luce su patologie che colpiscono invece milioni di persone nel mondo. Il prossimo passo sarà andare a fondo dei meccanismi con cui difetti nel gene HMGA1 rendono l'organismo resistente all'azione dell'insulina, in modo da poter disegnare in futuro terapie specifiche per questo tipo di pazienti diabetici", conclude Brunetti.

*(Fonte:italiasalute)*

# Il rifiuto degli arti dopo un ictus

## Lo strano fenomeno della somatoparafrenia



Un ictus o un'ischemia possono produrre danni gravissimi al nostro cervello, ma anche di natura piuttosto singolare. Uno studio italiano pubblicato su *Brain* ha indagato il fenomeno noto come somatoparafrenia, ovvero il vero e proprio rifiuto del proprio braccio o della propria gamba a seguito del danno neurologico subito.

I pazienti colpiti il più delle volte da un danno all'emisfero destro non riconoscono più il proprio arto e lo dichiarano apertamente ai medici e ai familiari. Questo disturbo, che non è psichiatrico ma appunto neurologico, può riguardare fino al 15 per cento delle persone affette da lesione dell'emisfero destro. I ricercatori del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Milano-Bicocca, in collaborazione con quelli dell'Università di Pavia e dell'ospedale Niguarda di Milano, hanno messo in luce per la prima volta gli effetti fisiologici del disturbo coordinati da Angelo Maravita e Daniele Romano.

Nel corso di un esperimento, i medici hanno avvicinato a pazienti affetti da somatoparafrenia una possibile fonte di dolore, un ago. I pazienti hanno mostrato un'assenza di risposta di conduttanza cutanea di fronte all'avvicinarsi dell'ago, senza indulgere ad alcuna reazione emotiva.

I due coordinatori spiegano: "il processo di perdita di coscienza del sé è talmente profondo che non si riescono neppure a percepire le minacce e non si attiva nessuna reazione di difesa, nemmeno riflessa. Il disordine della coscienza indotto dalla lesione è tale che si arriva a un rifiuto incontrovertibile del proprio arto. Stiamo parlando di pazienti che non hanno alcun tipo di disturbo psichico e che sono in grado di intendere e volere. Eppure, anche se talora sono addirittura imbarazzati perché comprendono la stranezza di quanto affermano, continuano a sostenere che il braccio è di un'altra persona anche se attaccato al loro corpo".

La somatoparafrenia non è l'unico disturbo di questo tipo. Ve ne sono altri ancora più strani e inquietanti come nel caso del BIID.

*(Fonte:italiasalute)*

# I circuiti della paura

## Individuata la complessa rete di neuroni che governa una delle emozioni più antiche

misteriosi meccanismi neurofisiologici della paura. Si annidano nella corteccia prefrontale mediale, un'area del cervello situata dietro la fronte, verso la parte centrale della testa. E lì che sono stati individuati alcuni dei più fini circuiti della paura, ad opera di un gruppo di ricercatori guidati dal dottor Cyril Herry (Neurocentre Magendie dell' Institut national de la santé et de la recherche médicale francese) che ne ha parlato nel corso del nono FENS, Forum Europeo delle Neuroscienze, svoltosi a Milano dal 5 al 9 luglio, al MiCo - Milano Convention Centre. In particolare, il gruppo di studio ha scoperto che i neuroni della zona dorsale della corteccia prefrontale mediale sono responsabili dell'espressione della paura, mentre quelli della zona ventrale la inibiscono. Si tratta di risultati che provengono da studi sui topi, ma hanno molta importanza anche per la comprensione del funzionamento della paura nell'uomo. Il laboratorio guidato dal dottor Cyril Herry è uno dei pochi al mondo in grado di registrare l'attività dei neuroni in animali nello stesso momento in cui stanno manifestando specifici comportamenti.

### Optogenetica

Questo è possibile grazie soprattutto alle più moderne tecniche dell'optogenetica, un complessa metodica che negli ultimi anni sta trasformando la ricerca nell'ambito delle neuroscienze, dal momento che consente agli studiosi di "accendere" e "spegnere" specifici circuiti cerebrali andando a verificare le rispettive conseguenze comportamentali. Disturbo post-traumatico da stress. Lo studio dei meccanismi neurofisiologici della paura non ha solo un valore conoscitivo, ma è alla base dello sviluppo di possibili nuovi approcci anche terapeutici, ad esempio per contrastare il Disturbo post-traumatico da stress.

### Disturbo post-traumatico da stress

Normalmente la paura ha sempre avuto una sua funzione anche positiva, fin dai tempi dell'uomo primitivo, poiché consente di stare lontano da possibili pericoli. In alcuni casi, però, quando un individuo è stato esposto a eventi terrorizzanti, come una violenta aggressione fisica, una catastrofe naturale o azioni di guerra, la paura può restare profondamente sepolta nel suo cervello e riaffiorare all'improvviso anche quando le situazioni di pericolo non esistono più. È il cosiddetto Disturbo post-traumatico da stress, caratterizzato da sintomi quali il ripresentarsi non voluto di ricordi spaventosi, l'evitamento di situazioni che ricordano l'evento traumatico, stati di eccitazione psichica, continui incubi notturni. Dal laboratorio alla clinica. «La comprensione dettagliata di come specifici circuiti neuronali modulano la paura è di grande importanza clinica» dice il dottor Cyril Herry in un articolo pubblicato sulla rivista Neuroscience, «dal momento che il Disturbo post-traumatico da stress rappresenta uno dei disturbi psichici più comuni, con una prevalenza nel corso della vita stimata attorno al 20 per cento nella popolazione generale dell'Europa».

*(Fonte corrieredellasera)*

# Pet-therapy per chi soffre di demenza

## Gli animali aiutano a ridurre ansia e tristezza e «risvegliano» l'attività motoria

Due cuccioli e dieci anziani. Sono i protagonisti di una ricerca condotta al Centro Diurno Alzheimer Amaducci di Sesto Fiorentino (Firenze), pubblicata dalla rivista scientifica *International Psychogeriatrics*.

Lo studio - a cura dell'Unità di Ricerca in Medicina dell'Invecchiamento dell'Università di Firenze (coordinato da Enrico Mossello e dai professori Giulio Masotti e Niccolò Marchionni) in collaborazione con la psicologa Francesca Mugnai, responsabile, all'ospedale pediatrico Meyer, del progetto Pet therapy -

ha coinvolto due cuccioli e dieci ultrasessantenni afflitti da demenza grave ed è stato condotto in due fasi. Prima sono stati sottoposti i pazienti per tre settimane ad attività con l'aiuto di peluche. Poi sono stati sostituiti i peluche con i due cani sempre per un periodo di tre settimane.

### I risultati

Ciò che non è accaduto nella prima fase si è verificato nella seconda. Il contatto con Muffin e Gynni, i due cuccioli, ha ridotto le manifestazioni di ansia e di tristezza, mentre ha aumentato in modo evidente quelle di piacere e interesse, sentimenti che in questa categoria di pazienti sono decisivi indicatori di qualità della vita.

Nel corso della seduta i malati sono usciti anche dall'immobilità con un significativo risveglio delle attività motorie.

Ma ciò che ha dato particolare valore al test è che le positive variazioni di umore e di comportamento sono state osservate anche a distanza di ore dall'incontro con i cuccioli. Secondo Mossello: «la pet therapy è più efficace del contatto umano per migliorare il tono affettivo e aumentare l'attività fisica dei pazienti, peraltro secondo uno schema di benefici sulla demenza già ben individuato».

### I meccanismi

«La pet therapy —spiega Mossello— può infatti “ravvivare” i meccanismi cerebrali dell'attenzione, stimola il coordinamento psicomotorio, riaccende motivazioni, aiuta a relazionarsi. Può ridurre i sintomi psicologico - comportamentali perché evoca emozioni positive, comporta stimolazioni tattili piacevoli e elementi ludici. Si può dire che il malato arriva a costruire con l'animale una relazione non verbale».

(Fonte *corrieredellasera*)