



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Stop ai rimborsi da ottobre analisi solo a pagamento

I timori dei medici:
liste d'attesa troppo lunghe
nelle strutture pubbliche

Marisa La Penna

Con l'autunno ritorna lo stop alla diagnostica convenzionata. Lo «scadenziario» è pronto, i medici di famiglia si dicono preoccupati per i loro pazienti a cui saranno negate analisi cliniche, radiografie, tac e tutto ciò che ha a che fare con le indagini mediche. A meno che non vengano pagate.

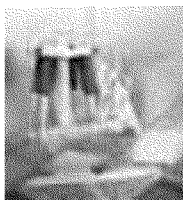
«La cardiologia si ferma il 4 ottobre. La diabetologia il 26 ottobre. I laboratori di analisi e la radiologia il 26 dello stesso mese. E, infine, la medicina nucleare il 7 novembre» preannuncia Giuseppe Tortora, leader del Sumai di Medicina generale, il sindacato dei medici di famiglia.

Saverio Annunziata, dirigente nazionale dello stesso sindacato commenta: «La nostra sanità regionale è da tempo affidata alla programmazione e a un'organizzazione basata su principi di management sanitario, per cui non si comprende come sia possibile che ogni anno, in questo medesimo periodo, si debba ripetere lo stop alle prestazioni in regime di convenzione da parte dei centri accreditati, a causa del raggiungimento dei tetti di spesa prefissati».

«E non si comprende perché si debba tornare puntualmente ad assistere al notevole disagio, per le fasce più fragili degli esenti ticket, di vedersi allungare sproporzionatamente i tempi di attesa per un esame diagnostico presso una struttura pubblica, mentre per una fascia più abbiente di popola-

zione una sanità low cost offrirà prestazioni al costo del ticket».

I laboratori di analisi, secondo le anticipazioni fornite dal Sumai, interromperanno, dunque, gli esami in regime di convenzione a partire dal 26 ottobre. «Questo comporterà disagi non solo per la popolazione, ma anche per noi medici di famiglia che, come ogni anno, dovremo assistere a pazienti che interrompono l'iter diagnostico per indisponibilità economiche oppure all'allungamento esagerato dei tempi per concludere il percorso diagnostico di molti nostri pazienti a causa dell'allungamento delle liste di attesa presso le strutture pubbliche».



**La protesta
Il Sumai:
scempio
annuale
da fermare
il sistema
va messo
in rete**

percorsi cui sono obbligati ad aderire tutti, comprese le strutture private accreditate. La terza, infine, è dare l'avvio alle strutture polifunzionali di assistenza primaria, dove si integreranno tutte le figure professionali operanti sul territorio per h24 e, come già accade in diverse strutture del nord del Paese, consentire l'apertura delle strutture diagnostiche pubbliche almeno dodici ore al giorno, per soddisfare la domanda di salute della cittadinanza.



La dead line

4 ottobre
CARDIOLOGIA



26 ottobre
DIABETOLOGIA

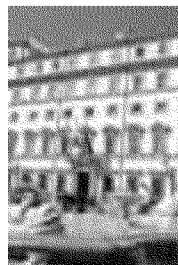


26 ottobre
LABORATORI
DI ANALISI
E RADIOLOGIA



7 novembre
MEDICINA
NUCLEARE





Lo scenario

La partita sui fondi al Sud

La questione turn over è legata a filo doppio con la più generale partita che riguarda i parametri di calcolo per la ripartizione del fondo nazionale destinato alle Regioni. La Campania da tempo ne chiede la revisione. Gli attuali criteri risultano penalizzanti. Il caso è sul tavolo della conferenza Stato-Regioni.

Tutte le «ombre» delle linee guida della Corte dei conti per i Collegi sindacali

I nodi per i bilanci dell'Asl

Gli aspetti negativi delle regole per la compilazione dei questionari

Sono da poco uscite, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 9 agosto (suppl. 60 serie generale n. 186), le linee guida predisposte dalla Sezione autonoma della Corte dei conti indirizzate ai Collegi sindacali delle aziende del Ssn, per la compilazione e per la trasmissione delle relazioni - questionari relativi ai Bilanci dell'esercizio 2012, come previsto dalla Finanziaria 2006 (v. anche Il Sole-24 Ore Sanità n. 31-32/2013).

Ricordiamo che, a norma dell'articolo 1, comma 170, della legge 266/2005, anche agli organi di revisione di questi enti si applicano le disposizioni previste per i revisori degli enti locali dai commi 166 e seguenti dello stesso articolo, che sono tenuti a redigere una relazione sul bilancio di previsione e sul rendiconto.

L'articolo 1, comma 3, del Dl 174/2012 ha ribadito questo sistema di controllo, estendendolo anche ai bilanci preventivi e ai rendiconti delle Regioni. Il Dl ha anche attribuito maggior incisività a questa modalità di verifica, con la

previsione di un eventuale blocco dei programmi di spesa che originano possibili squilibri finanziari degli enti territoriali e sanitari (articolo 1, comma 7, con riferimento a programmi di spesa di cui si accerti la mancata copertura o l'insussistenza della relativa sostenibilità finanziaria).

L'annuale revisione del questionario da parte della Sezione delle autonomie costituisce un passaggio obbligato, considerando la continua produzione normativa che richiede un periodico adeguamento dei contenuti del questionario alle novità.

Quest'anno la Corte dei Conti, nell'impostazione del questionario, ha dovuto tener conto delle innumerevoli novità intervenute, soprattutto in materia di armonizzazione dei bilanci degli enti pubblici, in quanto il Dlgs 118/2011 per gli enti del Ssn.

È entrato in vigore proprio con l'esercizio 2012, senza passare per un periodo di sperimentazione, come invece previsto per Regioni ed enti locali; per questo motivo sono stati introdotti nume-

rosi quesiti per verificare lo stato di attuazione della riforma.

Le Sezioni di controllo con sede nelle Regioni e Province a statuto speciale, se ne ricorra l'esigenza, potranno apportare integrazioni e modifiche ai questionari che tengano conto delle peculiarità della disciplina legislativa locale, e secondo modalità con questa conferenti.

Il documento è molto articolato e prende in esame molti aspetti più significativi della gestione, evidenziando, per il conto economico, il confronto fra il bilancio preventivo e quello consuntivo, in pratica con la vecchia logica della contabilità finanziaria, anziché fra gli ultimi consuntivi.

Se si considera che i bilanci preventivi vengono approvati quasi sempre prima di conoscere quali saranno le risorse effettivamente messe a disposizione da parte del Ssn, gli scostamenti con i consuntivi sono spesso rilevanti, ma non significano necessariamente degli errori gestionali.

I nuovi approfondimenti richiesti, assai numerosi, impegnano

non solo i Collegi sindacali, ma anche l'area amministrativa delle aziende e costituiscono, in concreto, anche un momento di crescita professionale degli operatori.

Per i bilanci futuri sarebbe però importante che le aziende inserissero i dati richiesti dalla Corte dei conti nella nota integrativa, in modo da evitare un impegno delle strutture, sul Bilancio dell'esercizio precedente, per una decina di mesi.

In concreto, quando ci si avvicina alla fine dell'esercizio 2013 e sarebbe prioritario lavorare sulla verifica dei dati contabili e sul preventivo del 2014, gli operatori sono ancora impegnati sul Bilancio 2012.

Piuttosto che evidenziare gli aspetti positivi dei questionari, che peraltro sono molti, preferiamo però in questo articolo mettere in evidenza quelli negativi, con lo scopo di dare un contributo per successive integrazioni.

a cura di
Roberto Caselli

Gli Enti interessati

- Aziende sanitarie locali
- Aziende ospedaliere
- Policlinici universitari
- Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico
- Agenzie regionali per l'Emergenza sanitaria
- Gestioni sanitarie accentrate
- Ospedali classificati, se ritenuti dalle Sezioni regionali competenti pienamente equiparabili agli enti sanitari pubblici regionali

L'articolazione del questionario

- Istruzioni per la compilazione e l'invio del questionario
- Sommario
- Dati identificativi dell'ente, dimensione demografica e strutture di ricovero
- La parte prima (domande preliminari e di monitoraggio dell'attuazione delle nuove norme) reca domande i cui elementi di risposta consentono un primo esame alle Sezioni regionali
- La parte seconda contiene il conto economico e domande e prospetti relativi alla situazione economica, con approfondimenti
- La parte terza contiene lo stato patrimoniale e domande e prospetti relativi alla situazione patrimoniale con approfondimenti su temi particolari
- Chiudono le attestazioni finali

SISTEMA CONTABILE

Al punto 11 vengono chieste informazioni sul sistema contabile e al punto 13 sui sistemi budgetari e sulla contabilità analitica. In particolare si chiede se sono stati fatti i necessari riscontri sugli inventari dei magazzini e dei cespiti e se il bilancio è esente da errori; si chiede pure se esistono gestioni contabili diverse da quella ordinaria (stralcio e liquidatoria) e se la contabilità analitica può considerarsi attendibile.

Nessuna richiesta di informazione viene invece formulata in merito agli adempimenti contabili connessi agli obblighi od opportunità fiscali.

A parere di chi scrive, sarebbe opportuno che in futuro si chiedesse se l'Azienda:

- ha assolto o meno l'obbligo di tenuta della contabilità separata per le attività commerciali, previsto dall'articolo 144, comma secondo, del Tuir 917/1986; tale tenuta consente, come noto, due grosse opportunità e cioè l'opzione per la determinazione dell'Irap con il metodo misto, assai più conveniente e la detrazione dell'Iva sugli acquisti di beni e servizi imputabili a tale area;

- ha impostato le scritture contabili in maniera idonea al recupero dell'Iva gravante gli acquisti di beni e servizi destinati alle stesse attività commerciali non esenti.

Inoltre, con riferimento ad altre disposizioni di legge che riguardano espressamente il settore sanitario, dovrebbe essere richiesto se l'Azienda ha adempiuto agli obblighi di «contabilità separata», previsti da Leggi speciali del settore (e che possono essere assolti anche con la contabilità analitica) quali quelli sui presidi ospedalieri (decreto legislativo 502/1992 modificato dal decreto legislativo 517/1993, articolo 4, punto 9) e sui distretti di aziende territoriali (decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999, articolo 3-*quater*) e sulle camere a pagamento (legge 724/1994, commi 6 e 7); solo quella sull'attività libero professionale intra-muraria (Dm 31 luglio 1997 del ministero della Sanità) è stata citata.

CONTO ECONOMICO

Poiché lo schema del conto economico prevede che le plusvalenze, le minusvalenze e le sopravvenienze siano contabilizzate in parte nell'area straordinaria e in parte sterilizzate (anziché con il criterio indicato dalle direttive comunitarie, dal codice civile e dai principi contabili, che le separano in relazione alla connessione o meno con la gestione ordinaria e senza alcuna sterilizzazione) sarebbe opportuno che al punto 14 (gestione ordinaria) si provvedesse a un riepilogo, anche per evitare irregolarità nella Dichiarazione Unico nel quadro del reddito di Impresa. Ricordiamo anche che la diversa impostazione si riflette anche nel calcolo dell'Irap per le attività commerciali, qualora l'azienda avesse optato per il metodo misto.

Dovrebbe poi essere specificata la composizione delle Imposte sul reddito sulle attività istituzionali, distinguendo cioè fra quelle che gravano il reddito degli immobili strumentali (su base catastale) e di quelli locati (salvo che non si sia optato per una gestione commerciale degli stessi) e quelle sui redditi diversi (eventuali plusvalenze su aree fabbricabili e su partecipazioni). In merito all'Ires poi, sarebbe utile un riferimento al comportamento tenuto dall'azienda a proposito della riduzione al 50% dell'aliquota ordinaria, che l'amministrazione finanziaria ha da tempo contestato, con argomentazioni assolutamente non condivisibili, per le aziende sanitarie territoriali (si rinvia in proposito al servizio pubblicato su Sanità del 24 Ore dell'11-17 giugno 2013).

La cartella personale in rete

Il fascicolo sanitario elettronico è un contenitore virtuale che prevede l'inserimento dei dati sanitari di ogni singolo paziente. Una sorta di cartella personale in rete che raccoglierà la storia clinica del cittadino con l'obiettivo di agevolare il paziente nella cura, il medico nell'erogazione del servizio, la comunicazione più immediata e rapida tra pazienti e professionisti e nel medio-lungo periodo la possibilità di avere più informazioni sulle malattie, utilizzabili per ricerche e studi scientifici. Secondo le direttive del ministero della Salute, il Fascicolo sanitario elettronico ha come obiettivo quello di fornire ai medici, e più in generale ai clinici, una visione globale e unificata dello stato di salute dei singoli cittadini e rappresenta il punto di aggregazione e di condivisione delle informazioni cliniche afferenti al cittadino, generate dai vari attori del Sistema sanitario.

Il Garante limita il diritto dei consiglieri da sempre ammesso con larghezza dai Tar

Accesso agli atti, vince la privacy

Non si possono chiedere documenti con dati sanitari

DI ANTONIO CICCIA

Freno all'accesso dei consiglieri regionali e degli enti locali. Se chiedono documenti contenenti dati sanitari si deve tutelare la privacy degli interessati: ad esempio oscurando i nominativi oppure consentendo agli interessati di opporsi. Le precauzioni per un bilanciamento tra diritto del politico, a ottenere le informazioni utili al mandato, e il diritto del cittadino alla propria riservatezza sono indicate dal Garante della privacy con il provvedimento 369 del 25 luglio 2013 (pubblicato sulla newsletter di ieri). Le soluzioni individuate dal garante mostrano profili di novità rispetto alla giurisprudenza amministrativa che ammette con larghezza l'accesso del consigliere, al massimo individuando limitazioni di carattere procedurale o formale. Vediamo, dunque, come devono comportarsi le amministrazioni regionali e locali (comuni e province) per adeguarsi al provvedimento in esame. Rimane fermo che la richiesta del consigliere non deve essere motivata: basta l'autodichiarazione di utilità delle informazioni richieste al mandato.

Una variazione rispetto alla giurisprudenza maggioritaria

sta nel fatto che, secondo il garante, all'amministrazione destinataria dell'istanza spetta entrare nel merito della valutazione della richiesta e valutare se la richiesta del consigliere ha ad oggetto informazioni pertinenti con il mandato e, nel caso di dati sensibili, se le informazioni richieste sono indispensabili sempre per il mandato. In applicazione di questi principi il garante ha impartito stringenti prescrizioni con riferimento a due casi concreti, attinenti a dati sanitari. Nel primo caso il presidente di un consiglio regionale aveva chiesto di conoscere i nominativi del personale medico e infermieristico di Asl e ospedali giudicato inabile a svolgere alcune mansioni, e di visionare le certificazioni. Richiamando il principio di indispensabilità il garante ha prescritto l'oscuramento dei nominativi del personale inabile. In un secondo caso un consigliere regionale aveva richiesto alla Asl l'accesso alla cartella clinica di un paziente sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio (Tso). Il garante ha disposto che il consigliere regionale può accedere alla cartella clinica del paziente, solo dopo avere interpellato l'interessato o il suo legale rappresentante. Quest'ultimo, infatti, può op-

porsi per motivi legittimi al trattamento di informazioni che lo riguardano.

Va osservato, tuttavia, che il Testo Unico per gli enti locali (dlgs 267/2000), all'articolo 43, si accontenta della semplice utilità dei dati (anche sensibili) richiesti dal consigliere e non pretende l'indispensabilità né disciplina l'interpello preventivo dell'interessato: la pronuncia del garante, quindi, innalza il livello di tutela del privato e restringe l'interpretazione dell'articolo 43 citato, in senso contrario a una giurisprudenza amministrativa di regola molto più lassista in considerazione della funzione pubblica svolta dal consigliere. Infine si nota che la valutazione di merito della pertinenza della richiesta attenua e di molto la regola della non necessità di motivarla: senza motivazione, infatti, non ci può essere motivato controllo dell'amministrazione.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Blocco delle assunzioni al Ruggi, la Regione replica ai sindacati: «Turn over congelato da una legge nazionale»

Sanità privata, 500 posti in bilico

La protesta degli operatori: «Tagli per otto milioni di euro, gravi ripercussioni sui cittadini»

Simona Paolillo

Mancano otto milioni ai fondi che la Regione trasferisce all'Asl di Salerno per i servizi socio assistenziali. I centri di riabilitazione, le case residenziali, i centri di fisiokinesiterapia, i laboratori di analisi, i centri di cardiologia rischiano ancora una volta di essere messi in ginocchio: denunciano le associazioni della sanità privata. Secondo le associazioni gli ultimi decreti «se attuati dall'ASL Salerno» comporteranno una drastica riduzione di prestazioni riabilitative e assistenziali con grave ricaduta soprattutto sulla salute e qualità della vita degli anziani, dei bambini e degli adolescenti. La Regione, intanto, risponde ai sindacati per il blocco del turn over al Ruggi: «Norme nazionali che ci danneggiano e che contrastiamo».

La vertenza

Sanità privata, stop a 8 milioni «Saltano 500 posti di lavoro»

Centri in rivolta: a rischio riabilitazione e laboratori di analisi

Simona Paolillo

Assistenza riabilitativa e socio-sanitaria, analisi di laboratorio a rischio. Sforbiciata sulla rimessa regionale di ben otto milioni di euro. E Centri della sanità privata convenzionati in ginocchio con la doppia penalizzazione di utenti e 500 operatori che rischiano il posto di lavoro. Si preannuncia una drastica diminuzione delle prestazioni riabilitative e assistenziali. I centri terapeutici specializzati, le case residenziali, i centri di fisioterapia, i laboratori di analisi, i centri di cardiologia rischiano ancora una volta di essere messi in ginocchio.

Un intero comparto va tilt per i tagli di Palazzo Santa Lucia. Il sociale è fuori dall'agenda regionale. L'accusa è delle associazioni di categoria del comparto socio-assistenziale le quali hanno previsto che la riduzione del contributo regionale nella provincia di Salerno si traduce per le famiglie salernitane in una spesa annuale di 2000 euro mentre per i presidi, i Centri di riabilitazione e le residenze sanitarie assistite nella messa in mobilità o addirittura il licenziamento di circa 500 operatori esperti e formati. Le associazioni Aias, Aiop Riabilitazione, Anffas-Anisap, Anpric, Aris Aspat, Confapi Sanità, Confindustria Sanità,

Fderlab, Foai Campania stamattina si riuniscono, ancora una volta (appuntamento ore 10 presso il Centro Poliagnostico Check Up) per gridare il disagio del settore socio-sanitario. All'incontro prenderanno parte Salvatore Parisi, Presidente dell'Anffas-Onlus

Salerno e Coordinatore regionale Anffas Campania, Antonio Gambardella, coordinatore regionale Aspat (Associazione Sanità privata accreditata territoriale) e Cosimo De Vita, Presidente regionale del Foai (Federazione degli Organismi di Assistenza delle Persone Disabili).

Secondo le associazioni gli ultimi decreti commissariali della Regione Campania se attuati dall'Asl Salerno comporteranno una drastica riduzione di prestazioni riabilitative e assistenziali con grave ricaduta soprattutto sulla salute e qualità della vita degli anziani, dei bambini e degli adolescenti. «L'iniziativa regionale è in contrasto con le raccomandazioni ministeriali e la stessa programmazione regionale, oltre a non garantire il diritto dei cittadini a fruire dei livelli essenziali assistenziali determinerà una crisi irreversibile di tutto il comparto», dicono in coro le associazioni. Che vogliono stringere una forte alleanza a tutela del diritto alla salute, dei bisogni e delle aspettative espresse dal territorio salernitano. Le associazioni di categoria ritengono che l'alleanza tra tutti coloro che sono interessati a di-

fendere la qualità della vita dei cittadini affetti da gravi disabilità e caratterizzati da un elevato fabbisogno di assistenza riabilitativa in continuità terapeutica possa incidere su decisioni miopi, forse efficaci nel breve tempo per le casse regionali, ma disastrose nel medio e lungo termine per la salute dei cittadini e l'efficienza dello stesso servizio sanitario regionale. Sull'argomento è già intervenuto il manager dell'Asl unica, Antonio Squillante: «A conti fatti, in base alle rimesse regionali si prevedono meno prestazioni per l'utenza». Il sistema rischia di andare in tilt. «La Regione ha stanziato 8 milioni di euro in meno per la macroarea riabilitazione, fkt, centri per disabili, residenze sanitarie nella nostra provincia. Siamo pronti a non firmare i contratti con l'Asl - ha dichiarato Antonio Gambardella di Aspat - ormai le strutture sono al collasso». Le associazioni sono di nuovo pronte a manifestazioni e proteste.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Disagio
Particolarmente grave il disagio per i disabili e le loro famiglie; lo stop all'assistenza comporterà un aggravio di 2mila euro a famiglia per far fronte alle terapie.



Assistenza Un laboratorio di analisi cliniche; sotto, una manifestazione di protesta dei disabili contro il taglio dei fondi per l'assistenza

Il vertice
Stamattina a Salerno incontro tra imprese sanitarie «Siamo al collasso»

SANITÀ PRIVATA

Nuovi decreti Le associazioni sulle barricate

Duecento euro di spesa in più, all'anno, per le famiglie e 500 posti di lavoro in meno. Sono questi gli effetti dei recenti decreti commissariali in tema di sanità privata emanati dalla struttura commissariale regionale una volta che saranno definitivamente attuati dall'Asl di Salerno. La denuncia era partita venerdì scorso da Antonio **Gambardella**, coordinatore regionale dell'Aspat Campania che, a nome di Anffas e Foai, aveva lanciato l'allarme. L'obiettivo, ora, è quello di sollecitare la politica, la stessa Asl, sindacati e cittadini sul problema che tocca direttamente il diritto alla salute. E per questa mattina, alle 10, nella sala convegni del centro poliagnostico "Check Up" di viale Andrea De Luca, nella zona industriale, è stata convocata una conferenza stampa. Oltre a Gambardella ci saranno anche Salvatore **Parisi**, coordinatore regionale di Anffas Campania e Cosimo **De Vita**, presidente regionale della Foai. Le associazioni di categoria ritengono che l'alleanza tra tutti coloro che sono interessati a difendere la qualità della vita dei cittadini affetti da gravi disabilità «possa incidere su decisioni miopi, forse efficaci nel breve tempo per le casse regionali, ma disastrose nel medio e lungo termine».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un manager per Salerno

Sanità, Hubler tra i 50 candidati per il «Ruggi»

Il più giovane, con i suoi 41 anni, è l'ingegnere Mario Hubler, napoletano, ex direttore di Bagnolifutura ed ex numero uno di Acn. I meno giovani sono tre, tutti attestati sui 68 anni: il napoletano Girolamo Sibilio, cardiologo, e i salernitani Salvatore Aversano, già consigliere regionale, e Alberto D'Anna, ex commissario straordinario e direttore

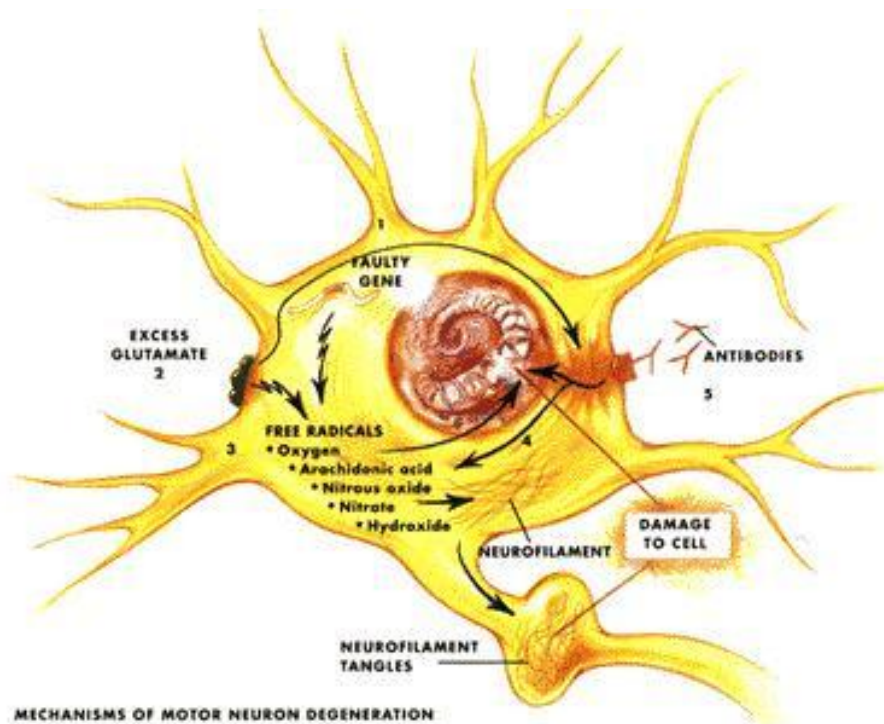
amministrativo dell'Asl Sa 1. Sono 50 gli aspiranti alla poltrona di dg dell'azienda ospedaliera «Ruggi».

A PAGINA 7 **Bojano**



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



La ricerca

Scoperti i meccanismi chimici. Maj: «Ora è possibile mettere a punto farmaci per prevenire l'obesità»

I segreti della fame compulsiva

GIUSEPPE DEL BELLO

MANGIARE per fame, rimpinzarsi per gusto. Banale? Forse, ma non per gli specialisti che ne hanno analizzato la notevole differenza. Si mangia per esigenze energetiche per rispondere al richiamo della fame (omeostatica), mentre si continua a mandar giù cibo anche senza appetito, semplicemente per golosità (fame edonica). «Comunque si mangia, lo stomaco si riempie» verrebbe da obiettare. Sbagliato. Per ognuna delle due condizioni, il nostro organismo riconosce meccanismi d'azione diversi. Meccanismi recentemente studiati e pubblicati sul *Journal of clinical Endocrinology* dagli specialisti del dipartimento di Psichiatria della Sun diretto da Mario Maj. Nel primo caso, quello

della fame omeostatica che risponde al bisogno di mangiare, i livelli nel sangue della ghrelina, un ormone prodotto da alcune cellule del fondo della mucosa gastrica, aumentano prima del pasto e stimolano l'assunzione del cibo. Un processo che si riduce man mano fino a determinare lo stop ad alimentarsi. Analogamente, durante il pasto, sale il livello della colecistochinina, ormone che, prodotto dalla mucosa gastrointestinale, regola il senso di sazietà. Ma la novità scientifica è quella documentata per la prima volta dai ricercatori napoletani: hanno scoperto che, nel caso della fame edonica, cioè quando si mangia solo per piacere (incuranti di essere già sazi), lo stimolo rappresentato dal cibo gustoso produce un'attivazione della secrezione di ghrelina e al tempo stesso di quella dell'endocannabinoide 2-AG, un mediatore della gratificazione, e una

riduzione della secrezione di colecistochinina. Il messaggio biologico della sazietà viene così superato e si può continuare a mangiare. «La fame edonica», avverte il professor Maj, «è un rischio, perché conduce all'ingestione di calorie in eccesso, favorendo sovrappeso e obesità. Oggi, la conoscenza dei meccanismi fisiologici alla base di questo comportamento potrebbe aiutare la ricerca a mettere a punto farmaci utili nella prevenzione e nel trattamento dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione, come la bulimia nervosa e quello da "abbuffate compulsive"». Della ricerca e di altri temi si discuterà al congresso della Società italiana di Psichiatria biologica presieduto da Maj: al Royal Continental da domani a sabato, con la partecipazione di esperti di vari paesi e di migliaia di ricercatori e clinici italiani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SCLEROSI MULTIPLA

Si Ue a nuove cure

● Annunciato da **Genzyme**, società del **Gruppo Sanofi**, il via libera della Commissione

Europea all'immissione in commercio per teriflunomide 14 mg, una terapia orale in monosomministrazione giornaliera indicata nel trattamento dei pazienti adulti affetti da sclerosi multipla recidivante remittente (Rrms).

L'approvazione si è basata sui dati raccolti attraverso gli studi clinici di fase III Temso (Teriflunomide Multiple Sclerosis Oral) e Tower (Teriflunomide Oral in people With relapsing remitting multiple sclerosis), nel corso dei quali il prodotto si è rivelato capace di ridurre in modo significativo il tasso di recidive annualizzato e di aumentare l'intervallo di tempo alla progressione della disabilità a due anni verso placebo.

Oltre all'approvazione di teriflunomide Genzyme ha inoltre recentemente ottenuto il parere positivo del Chmp per alemtuzumab, un potente anticorpo monoclonale in forma iniettiva, indicato per il trattamento dei pazienti adulti con sclerosi multipla recidivante remittente (Rrms) con malattia attiva definita clinicamente o attraverso le immagini di risonanza magnetica.

MEDICINA/2

Microbolle per colpire le cellule killer

DI MECO PAGINA V

Con tre tipi di microbolle colpiremo le cellule invisibili del glioblastoma

Il progetto dell'Istituto Besta: "Arriveranno fino ai vasi sanguigni del tumore"

Francesco Di Meco Neurochirurgo

RUOLO: È DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI NEUROCHIRURGIA DELL'ISTITUTO NEUROLOGICO «CARLO BESTA» E ASSISTANT PROFESSOR NEL DIPARTIMENTO DI NEUROCHIRURGIA DELLA JOHNS HOPKINS MEDICAL SCHOOL DI BALTIMORA (USA)

**ONCOLOGIA**

FRANCESCO DI MECO
ISTITUTO CARLO BESTA - MILANO

Instabile, precaria e, quindi, poco utile. Sono queste le caratteristiche più frequentemente associate all'idea di bolla e, infatti, sono molti i modi di dire che ben rispecchiano questi concetti: scoppiare come una bolla di sapone, la «bolla» di questo o quel mercato economico... Eppure, in un nano-mondo dove l'unità di misura è il milionesimo di millimetro, solo qualcosa di così fragile può essere manipolato con relativa facilità per essere «armato» e combattere uno dei più gravi tumori cerebrali, il glioblastoma, ancora oggi incurabile.

E' questo l'obiettivo del nuovo progetto «Thera-Glio», coordinato dall'Istituto Neurologico Besta e finanziato con oltre sei milioni di euro dall'Unione Europea: creare speciali microbolle vere e proprie piccole bolle d'aria o di gas grandi pochi milionesimi di millimetro - sia per usarle come «bombardieri» per somministrare direttamente al glioblasto-

ma agenti antitumorali sia, utilizzandole come mezzo di contrasto, per rendere ben visibile la massa tumorale all'occhio del chirurgo, alla risonanza magnetica e all'ecografia intraoperatoria.

Il grande ostacolo nella lotta al glioblastoma, infatti, è proprio la sua individuazione: radicato in profondità nel cervello, è difficile da vedere con chiarezza e complesso da raggiungere senza danneggiare le aree sane dell'organo. Per queste ragioni un'asportazione completa avviene solo in meno del 20% dei casi. Oggi, d'altra parte, sono già presenti altre tecnologie per un migliore visualizzazione del tumore, che presentano però dei limiti: per esempio, la risonanza magnetica intraoperatoria obbliga a interrompere molte volte l'intervento per spostare il paziente ed effettuare l'esame, con un notevole prolungarsi dell'operazione.

Anche se si tratta di una tecnologia recente e mai applicata alla cura dei tumori, esistono già diversi tipi di microbolle, che si distinguono per il loro «guscio», cioè per il materiale che le incapsula. Noi, in particolare, lavoreremo su tre tipologie: microbolle lipidiche (cioè imprigionate in un film di grasso), microbolle costituite da un polimero bioinerte e, infine, microbolle costituite da un polimero biodegradabile.

Inizieremo studiando quelle lipidiche, perché sono già state approvate dall'Agenzia europea del farmaco per l'uso nell'uomo e, inoltre, perché le abbiamo già sperimentate proprio all'Istituto Besta. In

questo modo speriamo di poter avere un più agevole e veloce iter per poterle utilizzare in campo clinico. Tuttavia, esiste il rischio che tali microbolle non siano abbastanza stabili e che, quindi, non supportino una manipolazione spinta come quella prevista. Ecco perché lavoreremo anche sugli altri due tipi di microbolle, in parte già realizzati dal professor Gaio Paradossi dell'Università Tor Vergata di Roma: quelle con polimeri bioinerti e quelle biodegradabili. In particolare, queste ultime avrebbero il vantaggio di non accumularsi in quegli organi del corpo umano, come fegato o reni, che hanno una funzione di «filtro» per le scorie.

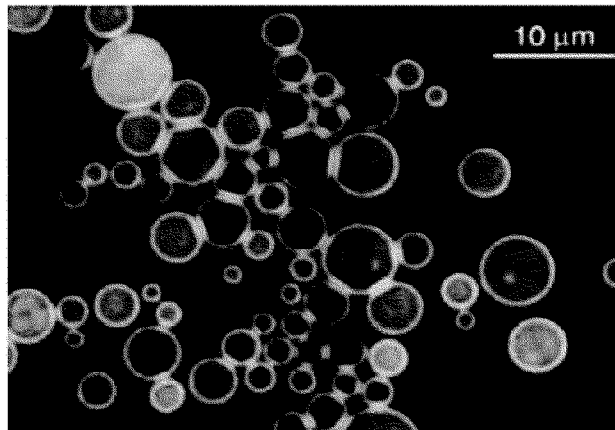
Ma come agiscono le microbolle? Sfrutteremo la loro parete come una sorta di «porta-

chiavi», a cui agganciare molecole e nanoparticelle dotate di funzioni diverse. Grazie a particolari peptidi e anticorpi le microbolle, trasportate dal sangue, si ancoreranno ai vasi sanguigni del tumore, mentre altre molecole sulla loro superficie - i fluorofori - le renderanno fluorescenti e, quindi, visibili al microscopio operatorio durante l'intervento chirurgico. Inoltre, particolari nanoparticelle magnetiche le renderanno rilevabili anche dalla risonanza magnetica. Queste stesse nanoparticelle, inoltre, elaborate nei laboratori del Besta da Silke Krol, biofisico esperto di nanotecnologie, saranno in grado di trasportare agenti antineoplastici. Faremo, infine,

«scoppiare» le bolle: ancorate ai vasi sanguigni del tumore, lo avveleneranno dall'interno, rilasciando queste specifiche sostanze.

Per arrivare a questi risultati saranno necessari ancora alcuni anni di lavoro e una serie di sperimentazioni in laboratorio, ma siamo convinti che questo progetto, forte del

coinvolgimento di istituti di ricerca e aziende di sei Paesi europei, ci consentirà una minore tossicità e una maggiore efficacia delle terapie per i nostri pazienti.



In azione
Le microbolle
in una
immagine
elaborata
da uno
dei partner
del progetto:
Gaio
Paradossi dell'
Università
di Roma
Tor Vergata

Il cancro al colon usa cellule mimetizzate

■ Sanno passare inosservate, superando la vigilanza delle difese dell'organismo: le cellule tumorali del cancro al colon si mimetizzano e così riescono a migrare indisturbate in organi distanti, causando le metastasi. La scoperta è di un team di scienziati italiani: le cellule maligne - si spiega in uno studio pubblicato su «Gastroenterology» - si travestono da cellule di rivestimento della parete intestinale per poi diffondersi. Realizzata dall'istituto Humanitas di Rozzano (Milano), la ricerca ha svelato il meccanismo molecolare e apre nuove prospettive a livello diagnostico: «La speranza - ha spiegato Luigi Laghi - è che sia la base di partenza per diagnosi migliori e più precoci».

Com'è speciale il cervello Può non invecchiare mai

UMBERTO VERONESI
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

Una delle maggiori novità scientifiche degli ultimi anni è che il nostro cervello non invecchia. O, meglio, può non invecchiare mai. Abbiamo scoperto che esistono delle cellule staminali cerebrali in grado di rigenerare i neuroni perduti, rendendo il cervello plastico e potenzialmente rinnovabile per tutta la vita. Questo significa che, anatomicamente, non esiste un decadimento cerebrale, salvo in presenza di malattie specifiche; anzi, con il tempo aumentano le sinapsi, le strutture che permettono i collegamenti fra neuroni e, quindi, negli anni si può perdere la memoria, ma la capacità logica e creativa rimane e continua a svilupparsi.

Molti hanno capito l'impatto sociale enorme di questa nuova conoscenza, a livello giuridico, lavorativo, educativo, ma non tutti l'hanno collegata al dibattito in corso in tutto il mondo sulla longevità. Nella nostra cultura, infatti, l'invecchiare è un processo fisico che riguarda pressoché esclusivamente il corpo. Infatti ci affanniamo a mantenerci in forma con ore di palestra e percorsi di fitness, ma raramente ci impegniamo a tenere in esercizio la mente. Eppure la storia non ci risparmia esempi di artisti e pensatori che hanno dato il meglio di sé in età avanzata: pensiamo a Chagall nella pittura, a Montale e Vicente Alexander nella poesia, o a De Oliveira nel cinema. Non ho dubbi che i più grandi segreti della longevità sono quindi nella mente. Mi danno ragione le due regole di Okinawa, l'arcipelago fra il Giappone e Taiwan che rappresenta l'area più longeva del mondo.

La prima regola è lo «ishokudoghen»: il cibo è una medicina. La popolazione di Okinawa è vegetariana (consuma frutta, verdura, soia e i suoi derivati, pesce e alga konbu) e consuma il 30-40% di calorie in meno rispetto alle aree geografiche occidentali. Questo conferma gli ultimi dati sulla restrizione calorica: una riduzione media del peso corporeo intorno al 7% è in grado di

incidere significativamente sul rischio cardio-metabolico e tumorale e di ridurre la possibilità di contrarre il diabete tipo 2. Quindi chi mangia poco e vegetariano vive più a lungo e in buona salute. Ma la vera particolarità di Okinawa è lo «yuimaru», che indica il senso di appartenenza e la consapevolezza di giocare un ruolo importante per la famiglia e la comunità. Significa, in sintesi, che la longevità è un valore e gli anziani sono rispettati e onorati per la loro saggezza ed esperienza.

Credo che la lezione di Okinawa sia che ciò che più conta per una longevità attiva è avere una motivazione forte per tenere il cervello vigile e produttivo e penso che la persona anziana dovrebbe avere il diritto di avere dei doveri: mantenere cioè non solo un'attività, ma anche la responsabilità. Per questo trovo che il pensionamento obbligatorio sia profondamente ingiusto e lo paragono ad una ghigliottina. Un faticoso giorno scende la lama sul collo e la persona socialmente non esiste più. Mi rendo conto, del resto, che dal punto di vista lavorativo bisogna lasciare spazio alle nuove generazioni e che esistono implicazioni economiche complesse da considerare; tuttavia è urgente sollevare il dibattito sul ruolo attivo degli anziani, perché l'aumento dell'età media della popolazione mondiale pone un problema enorme ai sistemi di welfare dei Paesi occidentali. Nel 2008 le persone al mondo con più di 60 anni erano 766 milioni. Nel 2030 saranno un miliardo e 400 milioni. La Commissione Europea prevede che entro il 2050 il tasso medio europeo di «dipendenza» degli anziani sarà attorno al 50%: se oggi ci sono circa quattro persone in età attiva per ogni persona over 65, nel 2050 saranno solo due. Nel nostro Paese gli over 65 sono circa 11 milioni, di cui il 30%, quindi 3 milioni, sicuramente potrebbe ancora lavorare e quindi continuare a creare ricchezza per se stessi e per la collettività. Per questo, se un tempo le politiche per gli anziani erano focalizzate essenzialmente sulla risposta ai bisogni, oggi l'accento si pone sul rispetto dei diritti e sulla valorizzazione delle risorse mentali, fisiche, sociali ed economiche della longevità.

“È la dieta povera l'elisir di lunga (e sana) vita”

Tra topi e umani, le sorprese dei test di laboratorio

**Luigi
Fontana
Geriatra**

RUOLO: È PROFESSORE DI MEDICINA
ALLA WASHINGTON UNIVERSITY
DI ST. LOUIS (USA)
E ALL'UNIVERSITÀ DI SALERNO
IL SITO: [HTTP://GERIATRICS.IM.WUSTL.
EDU/FACULTY/FONTANA.HTML](http://geriatrics.im.wustl.edu/faculty/fontana.html)



LEVENTO/2

GABRIELE BECCARIA

La vera domanda - dice Luigi Fontana, professore all'Università di Salerno e alla Washington University di St. Louis - è questa: è possibile vivere una lunga vita senza ammalarsi? Chi non è uno scienziato può tradurla così: si può morire in tarda età ma sani? La risposta è sì. E la formula si chiama «restrizione calorica».

Professore, come la spiegherà al meeting di Venezia?

«La restrizione calorica - che non significa malnutrizione! - è l'intervento più potente per allungare la durata della vita. Ci sono dati schiacciati, almeno nei modelli sperimentali».

In pratica?

«Se a un topo di laboratorio si riduce l'introito calorico del 30-40%, l'animale vive fino al 50% in più: è come se la nostra esistenza si allungasse a 140-150 anni. Il fatto straordinario è che le cavie sono più sane e hanno una riduzione di tutte le patologie, dal diabete alle malattie cardiovascolari, fino al cancro».

E quindi perché si muore?

«Semplicemente perché il cuore smette di battere».

Lei sostiene che queste scoperte hanno un doppio aspetto: sia biologico sia economico-sociale.

«In Italia il 21% delle persone ha

oltre 65 anni e con il Giappone siamo una delle popolazioni più anziane. E tra 10 anni saliremo al 33%. L'80% di questi ultrasessantacinquenni ha una malattia cronica e il 50% ne ha due o più, come disturbi cardiovascolari, tumori, diabete, demenza. E' una situazione insostenibile, se si pensa che già oggi quasi l'8% del prodotto interno lordo viene speso per la Sanità».

Come si può rimediare?

«Ridisegnando le politiche sanitarie in modo che si arrivi a 70 anni in buona salute, visto che si dovrà lavorare almeno fino a quell'età. Oggi il sistema è curativo: si va dal medico quando si sta male. Ma così non può più funzionare. Se ne deve affiancare un altro - di tipo preventivo - in cui si insegnino comportamenti alimentari e stili di vita sani e corretti».

Anche con la coercizione?

«No. Basta l'insegnamento. Perché la gente fa poco esercizio e non sa mangiare. Apre il frigorifero e si nutre con gli stessi cibi a cui è stata abituata da genitori e amici. Ecco perché bisogna creare strutture dedicate in cui imparare come e cosa fare: ci vuole una nuova concezione della medicina».

In cosa consiste esattamente la restrizione calorica?

«Nel mangiare cibi ricchi di nutrienti, ma poveri di calorie vuote: si dovrebbe adottare una dieta mediterranea, ma un po' più sofisticata, in cui a piccole dosi di latticini e carne magra si affiancano grandi varietà di verdure e frutta, eliminando i dolci e aggiungendo pesce, cereali integrali, legumi, noci e semi».

E che cosa si ottiene?

«Gli individui che la seguono, e che fanno un adeguato esercizio fisico, presentano un profilo cardiovascolare fantastico. A 70-80 anni hanno la pressione di un ra-

gazzo, mentre il 90% degli italiani sopra i 50 anni ha già una preipertensione e il 50% è iperteso. Chi comincia la restrizione calorica in giovane età, invece, riduce il rischio di infarto del miocardio e di ictus - le prime due cause di morte - pressoché a zero. Anche il rischio cancro è basso, sebbene al momento non siano ancora disponibili marcatori chiari che permettano di elaborare previsioni per ognuno».

C'è un modello a cui ispirarsi?

«Purtroppo no. In auge c'è ancora quello tradizionale, in Italia come negli Usa».

E come lo si può inventare?

«Si deve ridisegnare il sistema sanitario e universitario, seguendo un approccio multidisciplinare, in cui la missione sarà quella di sviluppare ricerche e iniziative legate alla promozione della salute dell'individuo e della tutela dell'ambiente, oltre che dello sviluppo ecosostenibile».

E l'inquinamento?

«Abbiamo già disponibili molte delle conoscenze che permetterebbero una vita sana in un mondo pulito, ma una visione riduzionistica e arretrata ha impedito finora lo sviluppo di tutte queste opportunità».

L'Italia potrebbe davvero conquistare la leadership nella lotta all'invecchiamento?

«Dobbiamo chiederci se vogliamo diventare un'altra Cina o se concentrarci sulle attività scientifiche, industriali e di servizio legate alla salute. Sono un mercato e un business gigantesco».

Un universo di proteine da cui strappare nuove cure

E dalle sinapsi nuove promesse

SETH GRANT
UNIVERSITY OF EDINBURGH

Una delle ricette più famose mai create è nata in una piccola cucina dell'Ospedale di Abbiategrasso per i malati cronici, il Pio Luogo degli Incurabili. Qui, nel 1873, il giovane medico Camillo Golgi aggiunse una serie di sostanze chimiche a sottili nastri di tessuto cerebrale e poi li osservò al microscopio. Vide così, per la prima volta, com'è fatto davvero il cervello.

C'era un gran numero di cellule nervose e ognuna aveva lunghi ed esili rami, mentre su ogni ramo c'erano centinaia di piccole foglie. Quelle foglie, che gli scienziati chiamano oggi sinapsi, sono il punto dove le cellule nervose si connettono ad altre cellule nervose.

Oltre un milione di miliardi di sinapsi rendono il cervello umano una delle strutture più complesse dell'Universo. Senza sinapsi non potremmo imparare o ricordare o eseguire qualsiasi comportamento per quanto semplice. Sono parti vitali della macchina del cervello. Invecchiando, però, le perdiamo.

Che cosa succede, quindi, al cervello con l'età e come possiamo rallentare o addirittura impedire il declino dei nostri processi mentali? Negli ultimi anni gli scienziati hanno dato nuovo impulso a queste domande, concentrandosi proprio sulle sinapsi. Armati di nuovi metodi per esplorare le molecole, le hanno analizzate, rivelandone ogni singola proteina o porzione.

Proprio come Golgi si sorprese del gran numero di sinapsi nel cervello, oggi i ricercatori si sono stupiti nel trovare molte più proteine sinaptiche del previsto. Questa scoperta ha prodotto una specie di «stele di Rosetta», consentendo di collegare i processi dell'invecchiamento ad alcune delle domande fondamentali sul cervello: qual è l'origine e qual è l'evoluzione del cervello? Come si sviluppano le fun-

zioni mentali più elevate? Perché gli esseri umani soffrono di tante malattie cerebrali?

Oggi sappiamo che, quando le proteine delle sinapsi non lavorano più in modo corretto, possono verificarsi più di 130 diverse malattie cerebrali. Alcune delle proteine difettose causeranno l'Alzheimer o il morbo di Parkinson, mentre altre provocheranno disturbi più comuni come schizofrenia, autismo e depressione. La ricerca su queste proteine sinaptiche, quindi, sta fornendo agli scienziati un modo del tutto nuovo di sviluppare farmaci per il trattamento di tutte queste malattie.

Ma, prima di tutto, perché gli esseri umani soffrono di così tante patologie cerebrali e hanno così tante proteine sinaptiche? Queste domande sono state affrontate dai biologi evolucionisti.

■ Proprio loro hanno elaborato un nuovo e sorprendente modello per spiegare l'evoluzione del cervello.

È noto che i primi animali multicellulari - meduse e vermi - comparvero 600 milioni di anni fa. Prima, nei mari, c'erano solo esseri unicellulari e batteri. Si è scoperto che, quando le proteine sinaptiche comparvero per la prima volta, fu proprio in questi antichi animali monocellulari: le utilizzano per controllare il proprio comportamento, monitorando l'ambiente sia per il cibo sia contro i possibili pericoli. Ma come hanno fatto gli esseri umani a sviluppare i comportamenti complessi e le funzioni mentali più elevate che ci distinguono da queste semplici creature? La risposta sembra semplice: abbiamo un numero più alto di queste proteine e queste sono contenute in miliardi di sinapsi. Il fatto spiega anche perché soffriamo di tante malattie cerebrali. Tutte queste proteine in più possono degenerare e provocare diverse malattie.

Ecco perché l'universo delle sinapsi è uno dei più emozionanti (tra l'altro sta cambiando anche gli approcci della psichiatria e della neurologia): in futuro si capirà come le loro molecole cambiano con l'età e queste scoperte porteranno enormi benefici.

(Traduzione di Carla Reschia)