



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



MANAGER ASL: VADEMECUM PER LE NOMINE

Nomine in vista per il settore sanitario campano, con manager di Asl e ospedali sulla graticola per la scadenza di mandato ovvero in vista della verifica in itinere a 18 mesi dal conferimento dell'incarico. L'esecutivo di Palazzo Santa Lucia fa scattare i semaforo verde al disciplinare per il conferimento dell'incarico di direttore generale alle Asl e alle Aziende ospedaliere. Via libera anche al piano regionale per l'autosufficienza sangue e plasma per il biennio 2013-2014. Al rinnovo, infine, l'intesa per il funzionamento del Centro di riferimento per l'Igiene urbana veterinaria.

Intanto sui Centri trapianti e le attività delle strutture cliniche regionali il capogruppo del Pd in Consiglio regionale **Raffaele Topo**, punta il dito contro la struttura commissariale per la Sanità.

L'allarme

Ticket, per alcune malattie rincari inevitabili

Mentre il governo è al lavoro per cercare di recuperare i due miliardi necessari ad evitare l'aumento dei ticket sanitari su analisi e visite specialistiche (i ticket verranno ripartiti così: 45% a carico dei farmaci, 45% dalla specialistica e 10% dal pronto soccorso), gli analisti economico-sanitari lanciano l'allarme. «Con l'innalzamento della tassa - spiega

Vincenzo Atella direttore del Ceis di Tor Vergata, il centro for economic and international studies - una grande fetta di pazienti con malattie croniche, pur avendo l'esenzione per alcune visite o esami, rinuncerà a seguire tutte le altre indicazioni a pagamento. Parliamo in particolare di diabetici ma anche di ipertesi e di quelli con fattori di rischio

cardiovascolari. Questo preoccupa non solo per la salute dei pazienti ma soprattutto per i costi che questa situazione imporrà a lungo termine». Il costo di un paziente con diabete sotto controllo e ben seguito si aggira, per lo Stato, intorno ai 1200 euro l'anno ma può arrivare a 1800 euro con una o più complicanze.

c.m.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«L'aumento dei ticket? Rischia di aggravare la spesa sanitaria»

**L'ANALISI
DI CEIS-TOR VERGATA:
SE I PAZIENTI
RINUNCIANO ALLE CURE
I COSTI AUMENTANO
CON LE COMPLICANZE**

LO STUDIO

ROMA Il governo si dice orientato ad evitare di applicare nuovi ticket sanitari (dovrebbero scattare dal 1 gennaio), le Regioni dicono che è giusto trovare una soluzione alternativa ma, per tutti, c'è un obbligo da rispettare a tempi brevi: trovare i due miliardi che, secondo i conti, dovrebbero arrivare nelle casse dello Stato proprio dalla tassa su visite specialistiche e analisi. Così verranno ripartiti i ticket: 45% a carico dei farmaci, 45% dalla specialistica e 10% (ma è ancora in forse) dal pronto soccorso.

I PAZIENTI

«Su questo abbiamo parlato con il ministro della Salute Beatrice Lorenzin e stiamo lavorando» spiega il responsabile dell'Eco-

nomia Fabrizio Saccomanni a margine del rapporto della Corte dei Conti. Mentre gli esperti finanziari lavorano per capire in che modo recuperare le risorse che serviranno per il prossimo anno, gli analisti economico-sanitari mettono insieme le esigenze del governo, le difficoltà dei cittadini-pazienti e i loro prevedibili comportamenti di fronte al rialzo del ticket.

«L'innalzamento della tassa - spiega Vincenzo Atella direttore del Ceis di Tor Vergata, il centre for economic and international studies - porterà, nei cittadini, delle scelte che si ripercuoteranno in modo pesante sul bilancio prossimo venturo del servizio sanitario nazionale. E' chiaro che una grande fetta di pazienti con malattie croniche, pur avendo l'esenzione per alcune visite o esami, rinunceranno a seguire tutte le altre indicazioni a pagamento. Parliamo in particolare di diabetici ma anche di ipertesi e di quelli con fattori di rischio cardiovascolari. Questo preoccupa non solo per la salute dei pazienti ma soprattutto per i costi che questa situa-

zione imporrà a lungo termine». Il costo di un paziente con diabete sotto controllo e ben seguito si aggira, per lo Stato, intorno ai 1200 euro l'anno, la cifra lievita a 1.500 se viene colpito da eventi accidentali ma non ha complicanze e, infine, supera i 1800 euro se oltre agli eventi si aggiungono una o più complicanze.

LE CURE

«Abbiamo lavorato sul caso limite del diabete - aggiunge Atella - perché è la malattia facilmente quantificabile. E, soprattutto, è tra le più pesanti a livello economico. Questo significa che se questi pazienti non si curano come si deve, è ciò accade ogni volta che i ticket vengono rialzati, i costi lievitano in modo davvero preoccupante. Le esperienze che abbiamo con i ticket in Italia sembrano indicare che ogni qual volta c'è stato un rialzo si è avuto un effetto di riduzione dei consumi. Purtroppo, però, non sempre questa riduzione è stata dovuta al raggiungimento di maggiore appropriatezza e quindi razionalizzazione».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Governo e Parlamento

Costi standard. Entro il 2013 la selezione delle Regioni benchmark

Nel 2013 dovrà essere completato il processo di selezione delle regioni benchmark pervenendo, al calcolo del fabbisogno sanitario nazionale standard, all'applicazione a tutte le regioni dei valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento. Nel corso del 2012 sono stati individuati i criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, per consentire la scelta delle regioni di riferimento. Sul provvedimento predisposto dal Governo è mancata intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni, sia nella seduta del 30 ottobre 2012 che nella successiva seduta del 22 novembre 2012. Il Governo ha ritenuto di dover provvedere con propria deliberazione, in data 11 dicembre 2012. Nella scelta delle regioni di riferimento si dovranno considerare quelle, non in piano di rientro, che siano risultate adempienti alla valutazione operata dal Tavolo di verifica, abbiano garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e abbiano mantenuto l'equilibrio economico-finanziario del bilancio sanitario regionale, con riferimento alle risorse ordinarie stabilite dalla legislazione a livello nazionale. La questione è stata sollevata nel 'Rapporto 2013 sul coordinamento della [finanza pubblica](#)', presentato stamane dalla Corte dei Conti.

Per la definizione della graduatoria, oltre a questi criteri, la delibera individua altresì le ulteriori variabili alle quali si dovrà fare riferimento. L'esigenza di assicurare rappresentatività a ciascuna delle aree geografiche del nord, del centro e del sud, nonché di prevedere almeno una regione di piccole dimensioni considerando tali le regioni con popolazione inferiore ad 1 milione di abitanti è recuperata in occasione della determinazione della graduatoria.

Fondamentale nella gestione del sistema basato sul fabbisogno standard sono, poi, i risultati ottenuti nell'attività di analisi dei nuovi pesi da utilizzare per il riparto tra le regioni delle risorse finanziarie dal Ssn. Nel corso del 2012 sono stati portati avanti studi per l'individuazione di criteri di pesatura della popolazione residente strutturati anche sull'indice di prevalenza delle malattie e su indicatori di outcome (ad esempio esiti di cura delle malattie, al fine di effettuare confronti tra le diverse Regioni ed all'interno di una stessa Regione), nonché misurazione dei consumi sanitari da parte dei cittadini avendo, quale normativa di riferimento, sempre il decreto legislativo 68/2011.

Il progetto si basa su un modello di stima della spesa nel medio periodo e di ricostruzione della spesa storica. Tale modello è stato utilizzato per determinare un livello di spesa che definisca il fabbisogno sanitario a livello aziendale e regionale. Il fabbisogno così rideterminato costituisce la base di riferimento di un possibile nuovo riparto delle risorse disponibili a livello territoriale. L'idea di fondo è che solo una parte della variabilità della spesa possa essere considerata fisiologica e, quindi, riconosciuta come meritevole di finanziamento.

Governo e Parlamento

Ticket: +13,4% per specialistica e +5,2% per farmaci

Negli ultimi anni, le entrate da sistemi di compartecipazione alla spesa hanno giocato un ruolo crescente e articolato sul territorio. La previsione di ulteriori consistenti aumenti, già previsti con decorrenza dal 2014 con il DL 98/2011, fanno della reimpostazione del sistema della compartecipazione alla spesa sanitaria uno dei temi più urgenti. Nel 2012 le entrate per le diverse forme di compartecipazione hanno subito una ulteriore accelerazione. Nel complesso le entrate di questa tipologia sono risultate superiori ai 2,9 miliardi, di cui 1,5 miliardi per la specialistica e altre prestazioni e 1,4 miliardi per la farmaceutica. L'aumento rispetto al 2011 è superiore al 9%: +13,4% per la specialistica e altre prestazioni e +5,2% per i farmaci. Guardando agli importi pro capite si va dai 64 euro del Veneto ai 32 euro della Sardegna. Diverso è anche il contributo delle due principali componenti: più elevato della media il contributo richiesto sui farmaci nelle regioni del centro-sud (fatta eccezione di Marche e Sardegna) specie nelle regioni in piano di rientro; superiore, invece, nelle regioni del centro-nord il dato procapite per le prestazioni specialistiche e di ricovero. Questi i dati illustrati questa mattina al Senato dalla Corte dei conti nel suo 'Rapporto 2013 sul coordinamento della [finanza pubblica](#)'.

Addentrando nell'analisi del Rapporto, vediamo come per la specialistica, la normativa nazionale prevede una compartecipazione pari alla somma delle tariffe delle prestazioni contenute sulla ricetta fino ad un massimo di 36,15 euro e una compartecipazione di 10 euro a ricetta. Diversi gli adattamenti previsti a livello regionale: in alcune aree il ticket è stato rimodulato in base alle fasce reddituali, in altre si è guardato alle prestazioni. Il sistema di esenzioni è quello basato su patologia, condizione e reddito, mentre l'ulteriore distinzione in base a fasce di reddito è previsto solo per la gestione dei ticket introdotti con normative regionali.

Per la farmaceutica, invece, la normativa nazionale ha previsto un sistema di pagamento della differenza tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento per i medicinali generici. Le normative regionali dispongono una compartecipazione in quota fissa su confezione/ricetta in alcuni casi in base alla situazione economica, in altri prescindendo da essa. Esenzioni sono previste per patologia.

Nel corso del 2012 sono state esaminate diverse ipotesi di revisione del sistema di compartecipazione oggi in vigore.

Tutte le soluzioni delineate puntano ad innalzare la percentuale di prestazioni soggette a compartecipazione (stimata attualmente pari al 30 per cento), accrescere le entrate regionali e garantire maggiore equità attraverso la differenziazione dei livelli di contribuzione.

Le proposte in campo. Per introdurre elementi di maggiore equità sociale nel sistema è stata proposta una graduazione della partecipazione e delle esenzioni in funzione del reddito equivalente del nucleo familiare. In questa ipotesi, gli assistiti del Ssn, indipendentemente dall'età, sono assoggettati a forme differenziate di partecipazione alla spesa, che tengono conto congiuntamente del reddito equivalente e della eventuale presenza di patologie o invalidità. La situazione economica degli assistiti potrebbe essere valutata attraverso un nuovo indicatore di reddito equivalente (RE) o ricorrendo all'ISEE, eventualmente apportando alcune modifiche per renderlo più adatto alla specifica utilizzazione nel settore del pagamento dei ticket.

Governo e Parlamento

Per limitare l'impatto di questi cambiamenti sui soggetti esenti per patologia o per invalidità, obbligati in virtù della loro condizione a usufruire con elevata frequenza alle prestazioni del Ssn nelle diverse aree (farmaceutica, specialistica, day hospital, ecc.) si è suggerito di fissare un tetto massimo annuo di spesa da partecipazione, eventualmente articolato in funzione delle fasce di reddito, al raggiungimento del quale le prestazioni sarebbero fornite gratuitamente. Si è valutata, poi, la possibilità di introdurre nuovi ticket e/o inasprire ticket già esistenti su alcune aree dell'assistenza ospedaliera, quali ad esempio il ricovero diurno e ordinario ed il pronto soccorso ospedaliero, e su alcune tipologie di assistenza territoriale e farmaceutica. I nuovi o maggiori ticket graverebbero prevalentemente sugli assistiti non esenti, fatta salva una quota fissa che potrebbe riguardare anche gli anziani ed i bambini con redditi familiari inferiori ad una cifra da determinare, i disoccupati e i pensionati al minimo con redditi familiari intorno agli 8.000 euro, gli esenti per malattia cronica e per malattia rara, gli invalidi.

L'eventuale innalzamento da 65 a 70 anni del limite di età consentirebbe di rivedere la soglia per le esenzioni in base al reddito familiare rispetto ai 36.000 euro attuali. Anche nel caso dei dispositivi medici (o almeno in alcuni casi) si è prefigurato il ricorso a ticket per alimentare una entrata diretta e introdurre una misura di contenimento della domanda impropria. Sono state al riguardo indicate alcune aree di spesa in cui la totale gratuità favorisce il consumo improprio: è il caso di alcuni dispositivi protesici (ad esempio i plantari) o integrativi (come gli alimenti per celiaci, i prodotti diabetici, pannoloni e ossigeno domiciliare).

Per la farmaceutica, fermo restando il vigente sistema di pagamento sui generici (differenza tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento) si è valutato:

- il ricorso a compartecipazioni crescenti al crescere della tariffa ma con incidenza decrescente fino a un tetto massimo per ricetta, o a compartecipazioni differenziate per situazione economica,
- la limitazione delle esenzioni diverse da quelle in base al reddito (patologia, invalidità, ecc..), alle situazioni caratterizzate da maggiore severità e complessità o l'introduzione di un tetto annuale massimo alla compartecipazione, differenziato per situazione economica, che garantirebbe comunque la sostenibilità della compartecipazione anche per le categorie di pazienti che hanno necessità di ricorrere alle prestazioni sanitarie con una frequenza molto superiore alla media;
- il riferimento ad una quota di compartecipazione per singola confezione con importi correlati al prezzo della confezione, differenziati per situazione economica e per età dell'assistito.

Per la specialistica, l'abolizione della quota fissa di 10 euro a ricetta (o dell'importo come rimodulato dalle Regioni), si accompagna al mantenimento del criterio della compartecipazione calcolata in base al totale delle tariffe delle prestazioni per ricetta, ma con una revisione dei criteri di accorpamento delle prestazioni per ricetta (introduzione di pacchetti di prestazioni-day service), con rideterminazione del tetto massimo di compartecipazione e la sostituzione dell'attuale franchigia pari a 36,15 euro per ricetta con importi differenziati per situazione economica e per età dell'assistito e, nel caso di esenzione per patologia, una regressione della percentuale di partecipazione su specifiche prestazioni o tetti massimi di compartecipazione annuale differenziati per situazione economica.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



L'inchiesta



Crisi e sanità senza soldi rinviano le cure

Nico De Vincentiis

La sanità nel Sannio al tempo della crisi svela aspetti inquietanti. Negli ultimi sei mesi, e nel solo Distretto sanitario Bn1 che comprende le città di Benevento, Apollosa, Arpaiese, San Leucio e Ceppaloni, quasi duecento le persone che hanno chiesto e ottenuto i rimborsi del ticket già pagato per far fronte alle bollette di casa, decidendo di non curarsi.



Ticket il pagamento per le prestazioni sanitarie

«Nonostante i tagli, assicurati molti servizi di eccellenza»

I dirigenti

«La situazione è difficile - dice la responsabile del Distretto Bn1 dell'Asl, Rita Angrisani -. Siamo in presenza di una crisi a causa della quale l'assistenza rischia di pagare un prezzo troppo alto. C'è una contrazione di certe prestazioni e questo deriva dal fatto che le famiglie non possono permettersi neanche cifre che qualche tempo fa risultavano del tutto abbordabili. Non si va dal dentista o dall'oculista, si rinuncia sempre più spesso alla prevenzione con costi sociali davvero altissimi».

Ma alcune fasce più deboli, come anziani e disabili, riescono a essere garantite grazie all'assistenza domiciliare. «Possiamo vantare - prosegue Angrisani - un servizio che sembra soddisfa l'utenza. Abbiamo in regime di Adi circa 500 utenti. Per loro sono a disposizione un geriatra, un pneumologo, un cardiologo e gli infermieri e fisioterapisti che sono associati in cooperative. Un vero fiore all'occhiello».

Sembra ancora ridotto l'utilizzo dei servizi territoriali. In sostanza, pur in presenza di quelli offerti negli ambulatori o grazie alla cosiddetta continuità assistenziale (ex guardie mediche), si intasano ancora le corsie del pronto soccorso e degli ospedali anche per patologie irrilevanti o comunque da poter diagnosticare e curare fuori dai nosocomi. Torna il tema dei ricoveri impropri.

«Tante le attività che ormai si svolgono in regime di day hospital o day surgery - afferma la direttrice sanitaria dell'ospedale "Sacro Cuore" dei Fatebenefratelli, Adriana Sorrentino -. Il contenimento dei costi sta dando anche la possibilità di dimostrare l'efficienza di certe tecniche d'intervento. Il fatto che un trattamento avvenga in sole 12 o 24 ore è un bel segnale. Complice la crisi, sta cambiando la filosofia dell'assistenza e di conseguenza si preferisce incoraggiare, anche finanziariamente, il territorio e meno gli ospedali. Ma se le due realtà non si compensano a dovere, ecco che si rischia lo scollamento e finiamo con il cadere nei casi di inappropriata di certi ricoveri».

Dal fronte ospedale "Rummo", su spinta del direttore generale Nicola Boccalone, si pensa nell'immediata prospettiva, di favorire le fasce più deboli attraverso un sistema integrato di accoglienza e la creazione, tra le altre cose, di una sorta di "cittadella" per le famiglie dei ricoverati lungodegenti. «Cresce la domanda rispetto all'offerta proposta - dice il direttore sanitario Giampiero Berruti -. È dunque necessario attrezzarci per rispondere a un bacino di utenza proveniente da altre regioni, in crescita del 5 per cento in media per quanto riguarda settori che vanno dalla chirurgia all'oncologia, dall'ostetricia alla neurochirurgia, alla ginecologia. La mobilità dei pazienti provenienti da altre province campane è in media di oltre il 40 per cento rispetto al totale. E, nel primo trimestre di quest'anno, è netto il calo dei pazienti residenti nel Sannio».

n.dev.

L'appello

«Salviamo l'Annunziata»

«Salviamo l'ospedale Annunziata». L'appello arriva da Luigi Rispoli, presidente del Consiglio provinciale di

Napoli: «Si torna a parlare di smantellamento, ad appena due anni da quando, anche con l'intervento diretto di

Stefano Caldoro, riuscimmo a scongiurare la decisione che di fatto ne decretava la chiusura».

Ospedale di Nola *All'origine della decisione ci sarebbe la richiesta negata di ampliamento di personale*

Alfano pronto a lasciare la carica di direttore sanitario

**NOLA (giancarlo tommaso-
ne)** - Non è stata confermata l'indiscrezione - che sarebbe comunque fondata - e che ha come protagonista l'attuale direttore sanitario degli Ospedali riuniti di Nola. **Luigi Stella Alfano** (nella foto) avrebbe protocollato le dimissioni e sarebbe in procinto di lasciare l'incarico. Naturalmente tutto è al condizionale poiché l'atto non è stato confermato dalla segreteria dell'ospedale Santa Maria la Pietà. E' pur vero però che da un paio di giorni, il direttore sanitario non è in ufficio, cosa che sarebbe stata spiegata "con impegni inderogabili che avrebbero trattenuto il funzionario". All'origine delle presunte dimissioni ci sarebbe comunque la questione della richiesta negata proprio ad Alfano di personale da destinare a Nola proveniente dall'Apicella di Pollena Trocchia. Comunque la si voglia vedere gli Ospedali riuniti di Nola continuano rappresentare la croce e la delizia del comprensorio. Con un'utenza di circa 500mila unità, le difficoltà sono quotidiane e palesi nonostante i tentativi per risollevare le sorti del nosocomio. L'ultima polemica in ordine di tempo è quella relativa al presunto costo troppo elevato per

il ritiro delle cartelle cliniche. Da una parte l'accusa della Federazione sindacati indipendenti, dall'altra la risposta della direzione sanitaria dell'ospedale che per quel che riguarda il costo di ogni foglio fotocopiato ammontante a 50 centesimi (per fotocopie effettuate fronte-retro), ha parlato di precise disposizioni ministeriali a cui si attiene. "Siamo continuamente nel mirino dei sindacati ma spesso ci si dimentica della situazione economica che stiamo vivendo

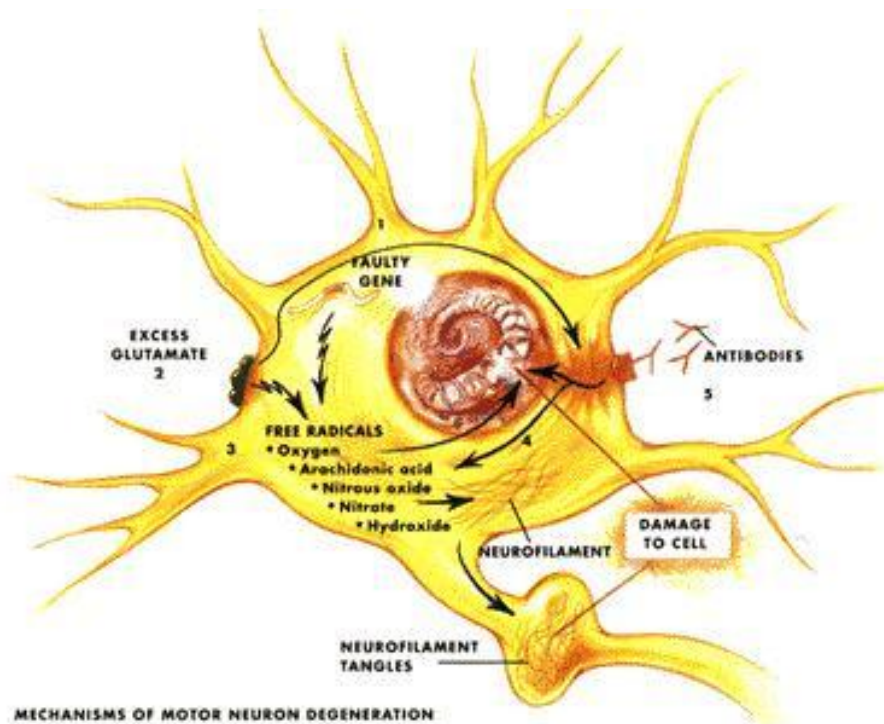
e che spesso porta gli enti a soccombere sotto il peso della spending review e dei tagli". E' questo quanto hanno tenuto a sottolineare dall'ufficio del direttore sanitario. Del resto, continua ancora la risposta della direzione, "proprio alcuni giorni fa sono stati riavviati i lavori per il ripristino e l'ampliamento di alcuni padiglioni dell'ospedale". Ora non resta altro che stabilire quanto tempo ancora Alfano resti il direttore degli Ospedali riuniti dell'area nolana.





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



L'invenzione I ricercatori Luigi Cattel e Barbara Stella

Un «nano proiettile» L'invenzione migliore è di due italiani

Premio europeo all'idea anti-cancro

DAL NOSTRO INVIATO

AMSTERDAM — Una buona notizia per la ricerca italiana. Due scienziati — Luigi Cattel e Barbara Stella — sono stati insigniti ad Amsterdam dello European Inventor Award, il più importante riconoscimento europeo per gli inventori. Insieme a due colleghi — il belga Patrick Couvreur e la francese Véronique Rosilio — hanno creato e sperimentato in laboratorio le «nano capsule» anticancro. Si tratta di speciali nano proiettili — 70 volte più pic-

L'investimento

Il Cnrs di Parigi ha investito cinque milioni: resterà a loro il diritto di gestire la scoperta

coli dei globuli rossi, muniti di uno speciale rivestimento biodegradabile — che distruggono le cellule tumorali senza danneggiare i tessuti sani.

Luigi Cattel e la collega Barbara Stella hanno ottenuto il prestigioso riconoscimento, attribuito alla presenza dell'eurocommisario al Mercato Interno Michel Barnier, del presidente dell'Ufficio Brevetti Europeo (Epo) Benoit Battistelli e della principessa Beatrice d'Olanda, nella categoria principale, quella dedicata alla ricerca scientifica.

Per le piccole imprese ad alta innovazione è stato premiato lo scienziato-imprenditore svedese Pal Nyren, al quale si deve il metodo «ul-

tra semplificato» per ottenere la sequenza del Dna.

Tra gli altri vincitori — tutti personaggi di altissimo livello, autori di invenzioni già consolidate e in certi casi di grande successo — c'è il fisico svizzero Martin Schadt, nella sezione «Lifetime Achievement» (passi avanti nella vita quotidiana), inventore nel 1970, presso la multinazionale Hoffmann-LaRoche, del primo display a cristalli liquidi del mondo, meglio noto come Lcd.

Nella sezione «Industria» sono stati premiati due austriaci — Klaus Brustle e Claus Hammerle — per una delle invenzioni più familiari al grande pubblico dei Paesi sviluppati di tutto il mondo: il sistema di chiusura morbida per porte, cassetti e armadi, usatissimo nell'industria dell'arredamento.

Della giuria del premio — promosso dall'Ufficio Brevetti Europeo — facevano parte imprenditori, scienziati e inventori, tra i quali Jens Dall Bentzen, proprietario della Dall Energy che produce energia dalle biomasse, Mario Moretti Polegato il patron della Geox, l'oncologa Blanka Rihova e Erno Rubik, il celebre inventore del «Cubo» che porta il suo nome.

Dietro al successo italiano tuttavia si nasconde un'ombra: quella, consueta, dei (non) finanziamenti e del (non) raccordo tra Università e impresa.

«L'invenzione italo-francese, i nano proiettili anticancro — racconta Luigi Cattel, 70 anni — è nata nella facoltà di Farmacia dell'Università di Torino, ma ha potuto crescere a svilupparsi soltanto grazie alla collaborazione con l'Università di Paris Sud. E soprattutto ai cinque milioni di euro del Cnrs (il Cnr francese, ndr) che hanno consentito al nostro team di brevettare l'invenzione in tutto il mondo nel 2004».

Come dice, molto prudentemente, Patrick Couvreur, «siamo già molto avanti nella sperimentazione pre clinica, ma ci serviranno altri dieci anni per arrivare alla sperimentazione sui malati. Il metodo sarà particolarmente utile nella cura del cancro al pancreas, che è una delle principali cause di morte nel mondo sviluppato».

Adesso, aggiunge Barbara Stella (42 anni), «il nostro team sta lavorando per attribuire ai nano proiettili, creati per curare, anche proprietà diagnostiche».

La vicenda sottolinea in modo spettacolare la forza degli scienziati italiani come individui che si contrappongono alla debolezza complessiva del sistema Italia, sia da un punto di vista organizzativo che di coesione che di risorse. Il brevetto infatti, come dicevamo, ap-


La sperimentazione

Distruggono le cellule tumorali senza creare danni ai tessuti sani. Sui malati test fra dieci anni

partiene al Cnrs, che si è assicurato il diritto di gestirlo, mentre agli inventori spettano solo le royalty, cioè il «diritto d'autore».

Non molto diversa si configura la differenza tra Francia e Italia sotto il profilo industriale. «Nessun gruppo farmaceutico italiano si è dimostrato interessato a questa ricerca», dice Cattel, interesse che invece è stato manifestato dal gruppo multinazionale francese Sanofi Aventis.

Una differenza, questa segnata dalle Alpi, cui non è estraneo un pizzico, diciamo pure una manciata di orgoglio nazionale: non a caso, quando ha deciso di finanziare il brevetto dei «nano proiettili», il Cnrs francese ha posto come prima condizione quella di non avere partner stranieri.

Edoardo Segantini @SegantiniE

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Invenzioni premiate

Il premio

L'European Inventor Award è il più importante riconoscimento europeo per gli inventori. Assegnato ad Amsterdam, è diviso in varie sezioni, fra cui ricerca e industria

Capsule anticancro

Nell'ambito della ricerca gli italiani Luigi Cattel e Barbara Stella, con Patrick Couvreur e Véronique Rosillio, hanno creato e sperimentato in laboratorio le «nano capsule» anticancro. Si tratta di una sorta di nano proiettili, 70 volte più piccoli dei globuli rossi, che distruggono le cellule tumorali senza danneggiare i tessuti sani

Celle solari

Sempre per la ricerca Jorg Horzel e il suo team hanno sviluppato il processo che ha razionalizzato la produzione di celle solari a base di silicio che era sempre stata troppo costosa. Grazie alla loro invenzione, la produzione di energia solare è aumentata in media del 40% l'anno in tutto il mondo

Chiusura porte

Nella sezione «industria» sono stati premiati due austriaci, Klaus Brustle e Claus Hammerle, inventori del sistema di chiusura morbida di porte, cassetti e armadi, usato soprattutto nell'industria dell'arredamento

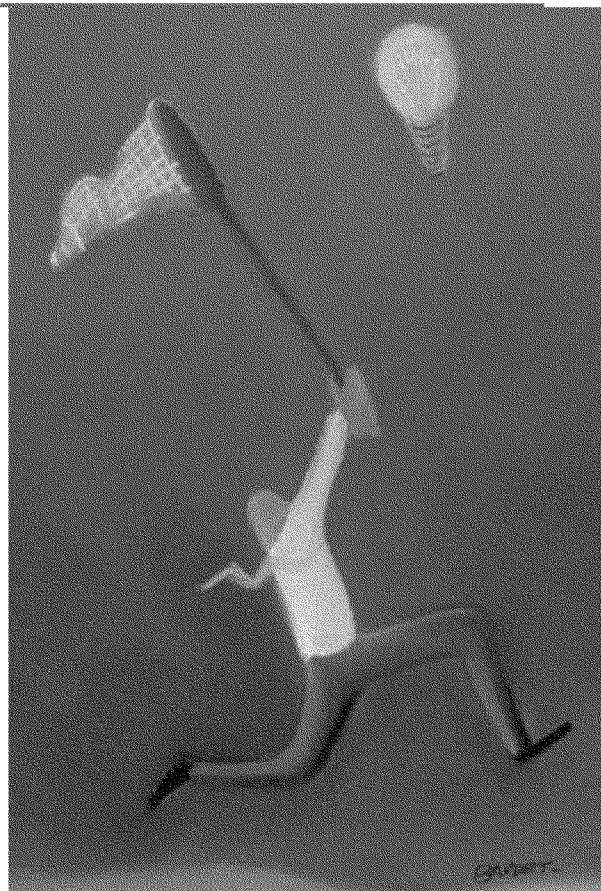
Display Lcd

Tra i vincitori anche il fisico svizzero Martin Schadt, sezione «Lifetime Achievement» (passi avanti nella vita quotidiana), inventore nel 1970, per la multinazionale Hoffmann-LaRoche, del primo display a cristalli liquidi del mondo: l'Lcd

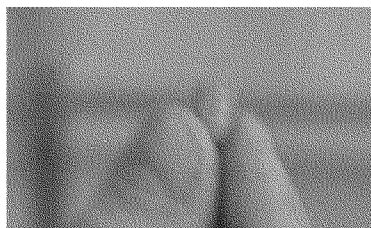
La parola

Magic bullet

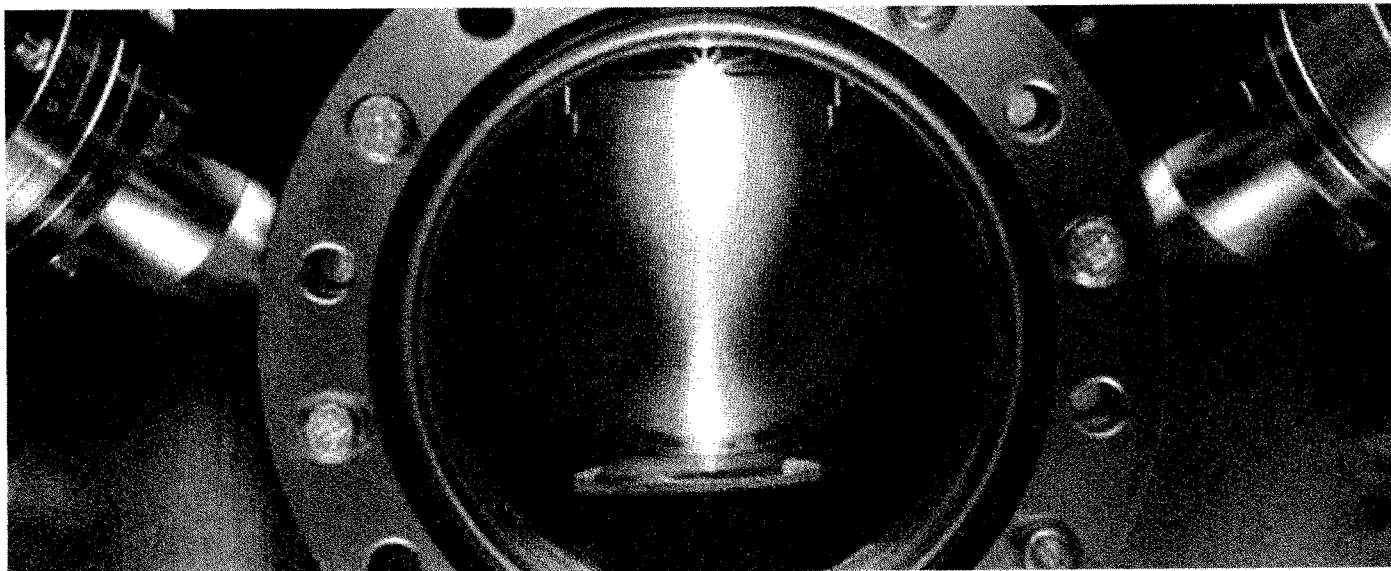
«Luigi Cattel e Barbara Stella chiamano «magic bullet» (la «pallottola magica») che hanno inventato, perché colpisce il bersaglio con meticolosa precisione. È settanta volte più piccola di un globulo rosso e colpisce e distrugge le cellule tumorali, senza danneggiare i tessuti sani. Il vettore, la nano capsula che convoglia il farmaco a destinazione, è realizzato in squalene, un materiale ottenuto dall'olio di fegato dello squalo



Protagonisti



Qui sopra, da sinistra, Luigi Cattel, Patrick Couvreur e Barbara Stella, inventori delle «nano capsule» (a sinistra) che distruggono le cellule tumorali (in alto)



Fisica nucleare? Roba da Pmi Nasce l'alleanza Technapoli-Infn

Di **CRISTIAN FUSCHETTO**

Internet, tanto per dirne solo una, nasce dall'invenzione di un fisico del Cern, l'ormai celebre Tim Berners Lee, che nel 1989 presentò ai suoi colleghi del Centro di Fisica Nucleare di Ginevra un documento dal titolo "Information Management: a Proposal", un sistema per scambiarsi velocemente i dati scientifici utilizzando degli ipertesti. Sappiamo com'è andata a finire.

Ora, è ovvio che questa non sia la regola, ma è altrettanto ovvio che è solo dalla ricerca di base che nascono le invenzioni in grado di cambiare la nostra esistenza. "E di fare grandi business", sottolinea **Luigi Iavarone**, numero uno di Technapoli, consorzio che riunisce le realtà ad alto tasso tecnologico della Camera di commercio partenopea, che ieri ha siglato un coraggioso accordo con la sezione napoletana dell'Istituto Italiano di Fisica Nucleare (Infn).

Big science made in Campania

Perché coraggioso? È presto detto: a dire che la ricerca "astratta" sia un bene sono tutti d'accordo, a puntare concretamente su di essa per muovere l'economia si contano sulle dita di una mano. "Seppure i tempi di recupero sono destinati a rimanere lunghi si tratta di processi dal potenziale elevatissimo, in grado di cambiare le proporzioni del mercato delle nostre aziende".

Il documento prevede lo sviluppo di nuovi

"big science project" nel territorio campano e lo sfruttamento industriale dei risultati della ricerca attraverso la creazione di veri e propri spin off tematici da realizzare insieme ad un programma di informazione con meeting tra ricercatori e imprese.

Sostegno alle reti virtuose

A sottolineare il significato strategico del-

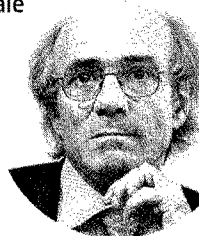
l'intesa è anche l'assessore regionale alla Ricerca, **Guido Trombetti**, nonché ex rettore della Federico II e docente del Dipartimento di Fisica. "È di grande rilievo che il mondo imprenditoriale comprenda la centralità della ricerca fondamentale". "Un nuovo sistema di rete si costituisce per favorire la competitività delle imprese. Da questo punto di vista la strategia regionale per la ricerca e lo sviluppo è indirizzata a premiare le reti virtuose a sostegno, non solo della ricerca applicata ma anche della ricerca curiosity driver". "In particolare - conclude - io che faccio parte del Dipartimento di Fisica, conosco il grande valore della collaborazione fra colleghi".

Radiografie muoniche

A breve verrà nominato un gruppo di lavoro composto da ricercatori dell'Infn e gli imprenditori di Technapoli il cui scopo sarà, da un lato, quello di effettuare un'analisi dei

fabbisogni delle aziende e, dall'altro, di prospettare risvolti applicativi delle linee di ricerca seguite nei laboratori campani.

Già si lavora sul possibile utilizzo di una ricerca sulla radiografia muonica nell'ambito del monitoraggio ambientale, visto che questo particolare ambito della fisica consente di studiare con efficacia i processi vulcanologici.



Guido Trombetti



Luigi Iavarone

Aprirsi alle Pmi? Un dovere

Aprirsi al mondo imprenditoriale non solo si può, suggerisce **Giovanni La Rana**, direttore della sezione napoletana di Infn, ma si deve. "L'Istituto ha sviluppato conoscenze e competenze e dispone di mezzi strumentali innovativi, fattori che rendono possibile e doveroso trovare applicazione in altri settori, senza considerare il fatto che siamo interessati alla valorizzazione tecnologica e commerciale dei risultati della nostra ricerca. Per fare questo ci avvarremo della pluriennale esperienza nel settore di Technapoli". ●●●

Salute
**Un solo organo
con due poli
cuore e cervello
sono collegati**

Massi a pag. 23

I due organi si muovono all'unisono e spesso le patologie dell'uno sono quelle dell'altro, per questo sta nascendo una nuova branca, la neurocardiologia. Se ne parla oggi in un convegno in Campidoglio

Premiata ditta cuore & cervello

**«DIALOGO CONTINUO
ATTRAVERSO SEGNALI
MECCANICI
NEI VASI ARTERIOSI»**

Giulio Maira
presidente di Atena

LA RICERCA

«Il mio cuore dice una cosa, il mio cervello ne dice un'altra, sai. Non è facile, no, mettere d'accordo cuore e cervello... per me... cuore e cervello... i miei non si danno neanche del tu». Parole di Woody Allen che in "Crimini e misfatti" veste i panni di Cliff Stern, un documentarista deluso della sua vita e di un rapporto coniugale.

Spiega bene la sua confusione Cliff ma non ha ragione a dire che cuore cervello si ignorano. Visto che i due organi "protagonisti" del nostro organismo si muovono all'unisono, si inviano rimandi, sono legati nella buona e nella cattiva sorte. Proprio le ultime ricerche hanno dimostrato quanto cervello c'è nel cuore (una rete intricata di diversi tipi di neuroni, neurotrasmettitori, proteine e cellule molto simili a quelli che abbiamo in testa) e quanto cuore c'è nel cervello (un danno di certe aree cerebrali può comportare la morte per arresto cardiaco).

Ecco perché sta nascendo, sempre con maggiore forza scientifica, una nuova branca di ricerca: la neurocardiologia. Che si concentra proprio su come e quanto i due organi si influenzano e decidono l'equilibrio dell'organismo. Ecco perché, per oggi pomeriggio nella Sala Giulio Cesare in Campidoglio, è stato organizzato un convegno dal titolo "Brain and heart - Cuore e cervello: l'importanza di mantenere sempre sani e giovani gli organi essenziali per la vita". La firma è dell'associazione Atena onlus dedicata alla ricerca sul cervello.

Una tavola rotonda e la consegna dei premi Atena, realizzati dall'artista Mario Ceroli, a Enrico Garaci presidente del Consiglio superiore di sanità, Linda Liau professore di Neurochirurgia e direttore del Brain tumor program dell'università della California a Los Angeles e Attilio Maseri presidente della Fondazione per il tuo cuore.

I COLLEGAMENTI

Verrà, così, sciolto, annodato e poi di nuovo sciolto quel sottile filo, non solo d'amore, che collega il cuore e il cervello. Un filo che si traduce in impulsi neurologici che dal sistema nervoso del cuore viaggiano fino alla testa attraverso differenti vie: per gli stessi canali passano anche i segnali del dolore e le sensazioni.

«È il cervello che fa battere il cuore - spiega Giulio Maira fondatore e presidente di Atena e docente di neurochirurgia alla Cattolica di Roma - Quando, durante un'operazione, lavoriamo sul tronco cerebrale l'attività cardiaca può anche rallentare in modo significativo. Abbiamo assistito ad interventi d'urgenza nei campi sportivi quando un atleta perde coscienza: qualche volta anche il cuore si ferma per tempi brevissimi. Il massaggio consente al muscolo cardiaco di rimanere attivo per tutto il tempo in cui i centri cerebrali che lo regolano sono fuori funzione. In attesa che le aree del cervello riprendano a funzionare e il cuore a battere».

Questo significa che una qualsiasi alterazione cardiaca può scatenare una malattia cerebrale e viceversa. Ictus e infarto viaggiano parallelamente. E minacciano, allo stesso modo, chi usa stupefacenti, chi è sovrappeso e chi è iperteso.

LO STUDIO

Uno studio, condotto all'università di East Anglia in Inghilterra, ha esaminato un campione di 46mila persone sui 70 anni, tutti reduci da infarto o comunque sofferenti di disturbi cardiaci e ha notato che in loro l'incidenza dei sintomi legati alla memoria o alla demenza senile erano il doppio rispetto a quelli che non avevano problemi al cuore. Il risultato di questo studio permetterà di lavorare meglio sulle cause e l'evoluzione della demenza senile e di altre malattie degenerative del cervello. E, quindi, prevenirle e curarle puntando su una maggiore cura del cuore. O sarà possibile mettere in relazione le patologie del cuore partendo da uno studio sul cervello.

«Potremmo arrivare a parlare di un unico organo - aggiunge Maira - con due poli. Che dialogano continuamente attraverso onde e segnali di tipo meccanico che percorrono i vasi arteriosi. Una recente corrente di pensiero e di ricerca vorrebbe, inoltre, vedere un legame ancora più stretto tra cuore e cervello e afferma che sarebbe l'integrazione tra gli organi a generare le emozioni. Sì, anche l'innamoramento. Mix eccelso di fantasia, passione, battiti e stordimento».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA