Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 336.211
Diffusione 01/2016: 237.405
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

05-APR-2016
da pag. 41
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

R SALUTE/GRAVIDANZA

Parto. 5000 euro nel Ssn. Più del doppio in casa di cura. Colpa di esami, ticket, visite inutili E bimbi ne nascono meno. Ma una proposta c'è

Figlio mio quanto mi costi

L'80 % delle donne si affida al privato: nei consultori non trova aiuto. Serve l'ostetrica di comunità

CARLO PICOZZA

CRESCERE un figlio costa, perciò se ne fanno sempre meno. Ma anche farlo nascere richiede esborsi inabbordabili per tanti e non ci si deve stupire del baby-sboom. Parola dell'Istat e delle ostetriche italiane. Gravidanza, parto e puerperio sono voci di costo che, lievitando, hanno impresso una frenata decisa alle nascite: 562mila parti nel 2010 scesi ai 494mila l'anno scorso; nell'ultimo quinquennio il numero medio di figli per donna è passato da 1,46 a 1,35. E questo è accaduto anche perché il costo medio per arrivare ad una nascita, tra esami e scelta del medico, arriva fino a 5 mila euro. «Questo se la donna si rivolge a centri pubblici o in convenzione con il Servizio sanitario – spiegano Maria Vicario e Marialisa Coluzzi, presidente e segretaria della Federazione nazionale dei Collegi delle ostetriche – ma arriva a costare almeno il doppio con l'assistenza privata non accreditata». Il quadro lo delineano allora le ostetriche: «La sanità pubblica non risponde più in modo adeguato al fabbisogno di salute della gestante e del bambino e il welfare delle Regioni non sostiene come dovrebbe la donna e la famiglia». Ma considerazioni simili le ha fatte anche l'Istat, secondo cui è il protrarsi degli effetti sociali della crisi a innescare una diminuzione di fecondità e un generale senso di precarietà da problemi economici. «Tali difficoltà – si legge nel rapporto 2015 – accentuano il fenomeno della posticipazione delle nascite e, perciò, il numero medio di figli per donna tende ad abbassarsi».

«In molte regioni, soprattutto in quelle con deficit sanitario alle stelle – commenta il ginecologo Elio Cirese, già primario al Fatebenefratelli, dove c'è il più importante punto nascita del Lazio – i ticket per visite ed esami diagnostici sono diventati così cari che spesso si preferisce pagare per intero prestazioni private o in intramoenia che costano come il ticket». E un'indagine condotta in 25 Asl di undici regioni condotta dall'Iss (Istituto superiore di Sanità) tra il 2008 e il 2011 dimostra che oltre l'80 per cento delle italiane preferisce farsi assistere in gravidanza dai privati; solo l'1,1 per cento si avvale dei consultori. I valori si ribaltano per le immigrate: il 23,7 per cento paga di tasca propria, mentre il 76,3 per cento ricorre al pubblico.

La grande assente è l'offerta di assistenza attiva, in particolare nei consultori del Centro-sud, dove il ricorso ai privati, soprattutto per gli esami diagnostici, è eccessivo, quindi inappropriato. Secondo l'Iss le italiane si sottopongono a una media di sette ecografie per gravidanza; otto se insorgono problemi gravi. Solo il 9,4 per cento delle italiane (contro il 43,6 delle straniere) rispetta le raccomandazioni delle linee guida sulla gravidanza fisiologica, che prevedono due, al massimo tre ecografie. Così come le visite ostetriche nell'86 per cento delle gravidanze sono più delle quattro o cinque indicate dalle linee guida.

Di fronte all'inappropriatezza e al costo-parto, le ostetriche, per conciliare carenza di risorse e domanda di salute della donna e del bambino, propongono l'ostetrica di comunità. «Come indica l'Oms – continuano Coluzzi e Vicario – per rispondere ai problemi base e funzionare da tramite con i Punti Nascita e i servizi che dovrebbero costellarli». Questo modello di assistenza, adottato in molti paesi (in primis dall'Inghilterra, riferimento internazionale per molte sue linee guida), consentirebbe di razionalizzare i servizi e contenere i costi. Le raccomandazioni dell'Oms, però, sembrano cadere nel vuoto mentre resta forte il dualismo tra le Asl del Nord e meridionali. «L'assistenza per una donna del Sud – rileva l'Iss – appare più medicalizzata e l'azione dei servizi dei consultori meno incisiva, come mostra il maggiore numero di ecografie e tagli cesarei e il minore numero di visite domiciliari e corsi di accompagnamento alla nascita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

adnkronos

04-04-2016

http://www.adnkronos.com

Latte materno 'elisir' per il cervello e scudo contro le malattie

I **bambini allattati al seno beneficiano delle sostanze uniche contenute nel latte materno** sotto molteplici punti di vista: **sono colpiti con minore frequenza da infezioni delle vie respiratorie, del tratto gastrointestinale e delle vie urinarie**, crescendo sono meno soggetti a sovrappeso e più protetti da malattie croniche non trasmissibili ed effetti positivi si riscontrano anche sullo sviluppo cerebrale. Inoltre, l'allattamento al seno favorisce anche la salute della mamma. Gli studi più recenti sul latte materno saranno presentati all'XI Simposio Internazionale sull'Allattamento al seno e la lattazione, organizzato da Medela a Berlino il 15 e 16 aprile.

Oltre al contenuto energetico ottimale e alla composizione di nutrienti più adatta per il bambino, il latte materno contiene una molteplicità di sostanze bioattive come, ad esempio, ormoni, fattori di crescita e componenti antinfiammatorie e immunomodulanti. Inoltre, quanto al contenuto di zuccheri semplici (oligosaccaridi) il latte materno umano presenta caratteristiche uniche:**nessun altro latte contiene questi zuccheri in quantità e complessità comparabili**. Fino a poco tempo fa si riteneva che questi oligosaccaridi servissero solo da nutrimento per i microorganismi presenti nell'intestino. Nuove ricerche che saranno presentato al Simposio dimostrano tuttavia il loro importante contributo per la salute del lattante.

L'elevato contenuto di acidi grassi a catena lunga presente nel latte materno risulta infine **particolarmente utile per lo sviluppo cerebrale**. Studi epidemiologici su vasta scala hanno potuto dimostrare, si legge in una nota, che l'alimentazione con latte materno è associata a un quoziente intellettivo (Qi) più elevato e a migliorate capacità cognitive nella tarda infanzia e in età giovanile.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

05-APR-2016
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

APPROPRIATEZZA

Il dottore non paga pegno

Lorenzin frena: decreto da riscrivere - Intanto si sperimenta

L'appropriatezza può attendere. O quasi. Nell'uovo di Pasqua i medici (e i pazienti) hanno trovato la sorpresa della ministra Lorenzin: stop, almeno per le parti più calde, al Dm taglia-prestazioni. E stop alle sanzioni ai camici bianchi. Prima si sperimenta e si «monitora» per capire l'effetto che fa. Ma intanto i pazienti oncologici, cronici e invalidi saranno esclusi dal taglia-prestazioni. Poi si riscriveranno le regole che approderanno nei Lea. E intanto si adegueranno i sistemi informatici. Questo il senso della circolare inviata alle Regioni.

TURNO A PAG. 12

Taglia-prestazioni, Lorenzin frena: via le sanzioni ai dottori, sì alle multiprescrizioni

L'appropriatezza dormiente

Sperimentazione fino alla riscrittura del testo - Garantiti i pazienti fragili

L'appropriatezza può attendere. O quasi. Nell'uovo di Pasqua i medici (e i pazienti) hanno trovato la sorpresa della ministra Beatrice Lorenzin: stop, almeno per le parti più calde, al decreto taglia-prestazioni. E stop alle sanzioni ai camici bianchi. Prima si sperimenta e si «monitora» per capire l'effetto che fa. Ma intanto da subito pazienti oncologici, cronici e invalidi saranno esclusi dal taglia-prestazioni. Poi si riscriveranno le regole. E intanto si adegueranno i sistemi informatici. Questo il senso della circolare inviata dalla Salute alle Regioni e diffusa la vigilia di Pasqua.

Troppe incertezze, nuova stagione? Troppe le incertezze applicative, troppa la babele burocratica, troppe le proteste e i disagi per gli assistiti, troppe le lamentele dei medici, troppe le loro paure. C'era dietro un po' troppo che non tornava, insomma. E la ministra, che ha imboccato la strada del dialogo e della concertazione in una trattativa con i medici a tutto campo, ha deciso d'accordo con le categorie e i governatori di fermare le lancette dell'applicazione del decreto che taglia 203 prestazioni sull'altare della buona spesa e di risparmi attesi intanto per poco più di un centinaio di milioni.

I rischi stavano diventando troppi. E non a caso tutti, davvero tutti i sindacati e l'Ordine, la FnomCeo che ha trattato la scottante materia in primissima fila, hanno plaudito la scelta. Come quasi mai era accaduto. Forse - forse - il segnale di una nuova stagione tra il Governo e il mondo della sanità. Anche se saranno le partite finanziarie - quanto soldi nel 2017? - a dire se così potrà essere davvero. E tutte le trattative in corso: i Lea, anzitutto, Ma anche i rapporti medici-professioni, i contratti, il rischio professionale. E tanto, tanto altro ancora. Intanto a Pasqua, quando le lancette dell'orologio andavano spostate un'ora avanti, quelle dell'appropriatezza tornavano mesi indietro. Per la pace di tutti, anche del Governo. Nel senso che adesso si cercherà di scrivere cose sensate nel decreto riscritto. Chissà quando: la circolare non dice quando finirà la sperimentazione.

L'Italia è una. Tre le indicazioni che stanno a monte dell'accordo Governo-sindacati-Regioni richiamate dalla circolare: applicazione omogenea dell'appropriatezza in tutta Italia, definizione di semplificazioni e riformulazioni, pieno raggiungimento degli obiettivi definiti con le Regioni, vale a dire i risparmi.

Il check. Ma attenzione, si spiega: viste le criticità, a partire dal «mancato adeguamento del supporto informatico a sostegno delle prescrizioni, la decisione è di avviare «una fase sperimentale» di applicazione con tanto di monitoraggio e di raccolta di tutti i problemi applicativi che emergeranno, attendendo anche l'adeguamento dei sistemi informatici, naturalmente.

Scienza e coscienza. Altra ammissione della necessità di concertare da parte della ministra: la definizione dell'erogazione delle prestazioni appropriate è un «momento distinto» dalla definizione dell'appropriatezza clinica, attinente alla qualità dell'atto professionale, da valutare con gli

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

05-APR-2016
da pag. 12
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

strumenti della revisione tra pari che deve tenere conto delle complesse interazioni proprie della relazione di cura». Scienza e coscienza docet, per dirla molto in breve.

Stop sanzioni. Ed ecco poi la decisione, sempre nelle premesse della circolare: durante la sperimentazione, e in attesa che i sistemi informatici siano in regola, i medici seguiranno il decreto ma in base alle indicazioni nuove della circolare. E durante tutta la fase sperimentale (magari anche dopo, chissà...) non subiranno alcuna sanzione. Un colpo di spugna su tutto ciò che si temeva.

Medici prescrittori. I medici prescrittori dovranno riportare nella ricetta il quesito diagnostico che tenga conto del decreto entro la «buona pratica clinica» senza dover annotare per obbligo il codice nota di fianco alla prestazione e al quesito clinico. Se è necessario prescrivere diversi esami di laboratorio, basta riportare sulla ricetta il quesito diagnostico principale. Nella fase sperimentale, inoltre, potranno non essere applicate le condizioni di appropriatezza per pazienti oncologici, cronici e invalidi.

Gli specialisti. Lo specialista deve prescrivere sul ricettario Ssn, riportando il quesito diagnostico e senza obbligo di annotare il codice nota. Non senza attenzioni per gli odontoiatri. I ricettari devono essere inviati loro dalle Regioni. Se non sono abilitati alla prescrizione diretta, gli specialisti prescriveranno su ricetta bianca con tutte le motivazioni annotate. La prestazione potrà essere trascritta dal Mmg sulla ricetta rosa barrando la casella "S". Sono escluse le prescrizioni degli specialisti in libera professione, anche intramoenia, solo adeguando il percorso specialistico.

Le messe a punto. Poi la circolare elenca una raffica di casi specifici in riferimento al decreto. È di chiarimenti che intendono spazzare via una serie di dubbi e problemi che hanno caratterizzato questa prima fase di applicazione. Ora si sperimenta, poi si cambia. Tra i chiarimenti e le indicazioni su modalità di prescrizione e prestazioni specifiche vanno segnalati quelli che riguardano colesterolo, risonanza, indagini allergologiche.

È stato un plauso (quasi) corale quello che ha accolto la retromarcia della Salute sull'appropriatezza. «Sono state recepite tutte le osservazioni indicate dalla presidenza e dal gruppo di lavoro della Federazione - ha commentato la presidente **Fnomceo**, **Roberta Chersevani** -. Lo spirito di collaborazione con il ministero continua nella revisione del decreto, che sarà portata avanti in concomitanza alla valutazione dei provvedimenti ordinamentali relativi ai nuovi Lea». E sulle cure dentali: «Si chiarisce il concetto di "vulnerabilità sanitaria" dei pazienti odontoiatrici, che consiste in quelle malattie e condizioni cliniche (ad es., il diabete, alcune patologie cardiovascolari o infiammatorie croniche) che potrebbero essere aggravate o pregiudicate da patologie odontoiatriche concomitanti. Per quanto riguarda invece il concetto di "vulnerabilità sociale", sarà garantito il "pieno coinvolgimento" della Cao nella futura attività di semplificazione dei criteri di erogabilità e appropriatezza».

Per **Giacomo Milillo** (**Fimmg**), «a parte alcuni interventi chiarificatori sulle criticità tecniche, con chiarimenti e indicazioni su modalità di prescrizione e su prestazioni specifiche (es: colesterolo, risonanza, indagini allergologiche), siamo soddisfatti per la fase sperimentale di applicazione che sarà caratterizzata dal monitoraggio e dalla raccolta dati sulle prescrizione delle prestazioni e che contribuirà a chiarire ulteriormente le criticità da affrontare. Bene sicuramente la inapplicabilità delle sanzioni per i medici nella fase sperimentale e la certezza che per pazienti oncologici, cronici o invalidi non c'è limitazione prescrittiva».

Per **Massimo Cozza (Cgil)**, «è una prima vittoria per chi crede nella sanità pubblica, e i cittadini non saranno più costretti a rivolgersi al privato per diverse prestazioni. Continueremo a combattere per il Ssn, per i necessari investimenti, per superare diseguaglianze, liste d'attesa e ticket».

Sulle barricate lo **Smi**. «Noi - spiega la segretaria **Pina Onotri** - non fermeremo le proteste fino a che non si modificherà il decreto: si ritiri e si riscriva. E se si vogliono ridurre gli sprechi, siamo i primi a dare disponibilità a portare un piano di spending review. Al Governo chiediamo serietà: si assuma la responsabilità politica di fare scelte chiare, senza scaricarle sui medici. Se decide di tagliare prestazioni, lo dica apertamente. Siamo al fianco dei cittadini e della sanità pubblica». *(r.tu)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Agenas, Ecm in crescita del 20%

L'Agenas ha reso noto che nel ciclo formativo 2014-2016 sono aumentati i partecipanti agli eventi della formazione continua Ecm obbligatoria. Gli ultimi dati disponibili del Co.Ge.A.P.S., il Consorzio gestione anagrafica professioni sanitarie, che gestisce la certificazione dei crediti formativi acquisiti dai singoli professionisti della salute, registrano una crescita di più del 20% dei crediti erogati. Confrontando i dati dei primi 18 mesi del triennio 2014-2016 che vanno da gennaio 2014 a giugno 2015 con lo stesso periodo del triennio 2011-2013, il numero totale dei crediti attribuiti è di 16.699.296 contro i 13.777.692 del periodo precedente. Il numero totale degli eventi è passato dai 69.067 ai 74.289 dell'ultimo ciclo. E di pari passo sono cresciuti i partecipanti e le partecipazioni, che sono passati rispettivamente da 257.105 a 265.764 professionisti che hanno prodotto 1.750.130 partecipazioni contro le 1.624.098 del ciclo precedente. Dati che certificano un sistema formativo in crescita e per il quale Commissione nazionale per la formazione continua e Agenas hanno avviato un nuovo programma di verifica e controllo della qualità dell'offerta Ecm.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Doctor33

04-04-2016

http://www.doctor33.it/

Virus Zika: dai Cdc linee guida su gravidanza, trasmissione sessuale e contraccezione

Gli uomini che pensano di avere un'infezione da virus Zika trasmessa da zanzare in zone endemiche dovrebbero avere rapporti sessuali protetti dal condom per almeno sei mesi, secondo le linee guida appena pubblicate dai Centers for Disease Control and Prevention su Morbidity and Mortality Weekly Report, che raccomandano rapporti protetti anche alle gestanti per la durata della gravidanza e alle donne non in attesa, se il partner si è di recente recato in zone a rischio. «Il nostro obiettivo è di suggerire a medici e pazienti il modo migliore per gestire rapporti sessuali e gravidanze nel sospetto di un'infezione da Zika» esordisce **Denise Jamieson** del Gruppo risposta allo Zika virus dei Cdc, precisando che il documento si basa sulle evidenze scientifiche finora note e non sulla completa e definitiva comprensione della patologia indotta dall'infezione virale. «Nonostante la maggior parte dei casi di microcefalia da Zika sembri causata da un'infezione materna in gravidanza, sono stati segnalati almeno sei casi confermati di trasmissione per via sessuale negli Stati Uniti» riprende la ricercatrice, precisando che il seme maschile mostrava i segni della presenza virale 62 giorni dopo l'esordio dei sintomi dell'infezione da Zika. Ma dal documento Cdc emergono altre indicazioni: le donne infettate dal virus devono attendere almeno 8 settimane dopo l'insorgenza dei sintomi prima di pianificare una gravidanza. Gli uomini, invece, dovrebbero aspettare almeno 6 mesi prima di tentare il concepimento, mentre chi, pur essendo asintomatico, è stato in aree a trasmissione attiva, dovrebbe attendere almeno 8 settimane.

«Un'infezione da Zika dovrebbe essere sospettata in pazienti che riferiscono l'insorgenza acuta di febbre, eruzioni cutanee, dolori articolari o congiuntivite dopo aver viaggiato in zone endemiche, oppure in chi ha avuto rapporti sessuali non protetti con qualcuno che si è recato in un'area ad alto rischio di contagio e che ha avuto manifestazioni cliniche suggestive del contagio entro due settimane dal rientro» osserva Jamieson, sottolineando un altro aspetto importante: i Cdc stimano che 138.000 donne in età riproduttiva a Puerto Rico, una zona a trasmissione attiva, non usano mezzi affidabili di contraccezione. «Il Cdc sta cercando di ampliare l'accesso delle donne alla contraccezione efficace e ad adeguate consulenze sulla salute sessuale e riproduttiva, ma le leggi e le politiche che restringono l'accesso a questi servizi dovrebbero essere modificate con urgenza per prevenire il più possibile il diffondersi del contagio per via sessuale» conclude la ricercatrice.

Mmwr 2016. doi: 10.15585/mmwr.mm6512e2
http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6512e2.htm

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 46.414
Diffusione 01/2016: 39.260
Lettori Ed. III 2015: 294.000
Quotidiano - Ed. Bergamo

L'ECO DI BERGAMO

Dir. Resp.: Giorgio Gandola

05-APR-2016
da pag. 4
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

LA LORENZIN A BERGAMO
«FARE ILLECITI IN SANITÀ È DAVVERO IMMORALE»
CERESOLI A PAGINA 4

Primo piano | Il Patto della Salute

«FARE ILLECITI IN SANITÀ È VERAMENTE IMMORALE»

La ministra della Salute, Beatrice Lorenzin: «Sono le persone che sbagliano, non i modelli organizzativi che sono sbagliati. La caratteristica "universalistica" del nostro Sistema sanitario è una grande ricchezza»

> Il mio auspicio è avere un sistema sanitario uguale per tutti, almeno per i Lea»

> La riforma della Lombardia è il tentativo di fare comunque un passo in avanti»

ALBERTO CERESOLI

La caratteristica «universalistica» del Sistema sanitario italiano «è una grande ricchezza di cui non ci rendiamo conto, ma che permette ai nostri pazienti di avere accesso a cure impossibili in altri Paesi». Di questo la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, è fortemente convinta, e lo ha ribadito anche ieri, intervenendo a Bergamo al convegno di Università e Regione Lombardia su «L'integrazione socio-sanitaria: evoluzione e prospettive dopo la legge regionale 23/2015 sul Sistema socio-sanitario lombardo». E insieme al sistema universalistico, la ministra ha rilevato come «il tema della cronicità e la sua sostenibilità è la sfida futura della sanità». Il tutto nell'ambito del «Patto della Salute», da cui passa anche il potenziamento dell'assistenza territoriale e la domiciliarizzazione delle cure come fattori fondamentali per fornire risposte ai bisogni di assistenza di questi pazienti».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 46.414
Diffusione 01/2016: 39.260
Lettori Ed. III 2015: 294.000
Quotidiano - Ed. Bergamo

L'ECO DI BERGAMO

Dir. Resp.: Giorgio Gandola

05-APR-2016
da pag. 4
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

È chiaro quali risultati vuole raggiungere, un po' meno con quali risorse.

«Per ora con quelle che abbiamo, perché il Fondo sanitario nazionale sta aumentando, gradualmente, non come sarebbe auspicabile, ma sta aumentando. Nel frattempo abbiamo inserito nel Fondo una serie di correttivi dati dal Patto della Salute che portano ad avere il Fondo stesso più misurabile e più in efficienza. Penso alle centrali uniche d'acquisto, dove ci aspettiamo un risparmio di circa il 20% a parità di livello di erogazione di prestazioni, penso a tutto il tema dell'appropriatezza organizzativa, penso al piano di rientro per gli ospedali in deficit. Ricordo che gli ospedali in deficit – sia dal punto di vista qualitativo rispetto ai livelli essenziali di assistenza sia dal punto di vista economico – sono moltissimi in Italia. Faccio sempre l'esempio di Roma, dove gli ospedali pubblici perdono 700 milioni di euro l'anno. Per tutti questi ospedali c'è un piano triennale per permettere loro, in accordo con la Regione, di modulare gli interventi per rimettersi in campo. Penso a tutto il tema della misurazione delle performance, che ci permette di avere una serie di dati incrociati, e soprattutto alla digitalizzazione del sistema cartella elettronica – fascicolo elettronico, che fa risparmiare miliardi di euro. Tutto questo va reinvestito nel sistema sanitario, perchè il Patto della Salute ha sancito che ogni euro risparmiato in sanità deve essere reimpiegato per le cure al paziente. Di conseguenza si possono prendere tutti questi fondi e veicolarli laddove sono necessari. Faccio un esempio: dei 111 miliardi del Fondo, io quest'anno ho vincolato 800 milioni per fare nuovi livelli essenziali di assistenza nel nomenclatore per le protesi, e altri 500 erano la parte di quest'anno per il Fondo per i farmaci innovativi, nello specifico per l'epatite C. Con questo modello, anche le singole Regioni possono capire da dove vengono i risparmi e dove reinvestirli. È ovvio che poi, gradualmente, anche grazie all'aumento del Prodotto interno lordo, c'è una crescita del Fondo sanitario non semplicemente legata alle aspettative di crescita, ma alla crescita del Pil stesso, perché le due cose vanno strettamente a braccetto».

Già l'azzeramento del deficit ospedaliero sarebbe un risultato davvero molto molto significativo. Che strada si può intraprendere per arrivare a cogliere un simile risultato?

«La misurazione delle performance, la selezione (anche attraverso la nuova norma che ho introdotto sulle scelte della dirigenza sanitaria) di personale qualificato che abbia un forte livello di esperienza, tenendo conto che le nuove norme prevedono che se il management non raggiunge i risultati attesi, decade automaticamente. Manca la parte premiale, ma spero che un giorno – nel momento in cui il sistema sarà più consolidato – potremo aggiungere, com'è giusto, anche questa parte».

Lei ha apprezzato il lavoro fatto da Regione Lombardia, e da Angelo Capelli in particolare, per varare la nuova riforma sanitaria regionale.

«Si, perché è comunque un tentativo di fare un passo avanti. Noi abbiamo fatto un Patto della salute che ha la sfida di rendere sostenibile il sistema in tutta Italia e di renderlo efficace ed efficiente per i prossimi anni. Anche per la Lombardia – una regione che è sempre stata di punta nel Sistema sanitario, insieme al modello emiliano, e che ha avuto pure una grande capacità di attrarre investimenti e ricerca scientifica – oggi la sfida della cronicità, della disabilità, e quindi della riabilitazione dei pazienti, è una sfida critica. Quindi il fatto di aver immaginato un nuovo modello organizzativo lo ritengo una cosa molto positiva, motivo per il quale noi abbiamo accettato una fase sperimentale per questa Regione, con l'intenzione però di monitorare attentamente attraverso un osservatorio questa riforma, il suo attuarsi e il suo svilupparsi, in modo che non ci siano rischi per i cittadini di vedere depotenziati i propri livelli di assistenza invece che aumentati (l'accordo che istituisce il monitoraggio della riforma sociosanitaria lombarda – da tre a cinque anni – è stato firmato ieri pomeriggio a Milano dalla Lorenzin e dal governatore lombardo Roberto Maroni, n.d.r). In una fase di cambiamento di un processo ci sono sempre delle criticità e la Regione deve lavorare e mostrare al ministero che tutti i possibili livelli di criticità sono seguiti con grande attenzione. Quanto al lavoro di Angelo Capelli, è stato un grandissimo lavoro, fatto con grande passione e grande voglia di apportare un miglioramento al Sistema sanitario lombardo e al suo sistema socio-assistenziale. Ha seguito con passione tutta la riforma e non posso che augurargli di continuare a lavorare così».

Riuscirà mai l'Italia ad avere un sistema sanitario uguale in tutto il territorio del Paese?

«Questo è il mio auspicio, averlo almeno uguale dal punto di vista dei livelli essenziali di assistenza. E poi che ci siano le possibilità di liberare anche le eccellenze maggiori, disponibili per tutti».

Seguendo quale strada?

«Sicuramente del monitoraggio e della misurazione delle performance. Il controllo di gestione è uno degli elementi più importanti, sia per come vengono erogate le risorse sia in che quantità vengono erogate. Fino a oggi noi abbiamo dato un'attenzione spasmodica al bilancio, cosa che ha dato dei frutti, ma ora bisogna guardare alla qualità e fare in modo che in Italia il livello di assistenza non cambi rispetto alla città in cui si nasce».

Lei si è rivolta anche ai sindaci che hanno molte preoccupazioni sul fronte dell'assistenza che devono assicurare ai cittadini che amministrano.

«Hanno ragione perché è evidente che sul sindaco c'è il peso del front office del territorio e d'altra parte negli anni sono diminuite le risorse, motivo per il quale nelle ultime Leggi di stabilità si è cercato di riequilibrare questo deficit. Resta il fatto, comunque, che anche i sindaci devono essere aiutati – e questo è compito della Regione, della Lombar-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 46.414
Diffusione 01/2016: 39.260
Lettori Ed. III 2015: 294.000
Quotidiano - Ed. Bergamo

L'ECO DI BERGAMO

Dir. Resp.: Giorgio Gandola

05-APR-2016
da pag. 4
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

dia, ad esempio, con la nuova riforma – a fare investimenti sulla formazione del proprio personale e sulla capacità di proporre nuovi modelli organizzativi di assistenza rispetto all'aumento dei bisogni delle proprie popolazioni».

Ogni tanto in sanità c'è qualche scandalo: è la sanità che fa «ammalare» i manager oppure è la politica che sbaglia a nominare i manager?

«Sono le persone che sbagliano. Sono fermamente convinta che il tema non sia mai il modello organizzativo in quanto tale, ma le scelte che vengono fatte: a volte vengono fatte in buona fede, a volte invece ci sono dei segnali che le anticipano. Io credo che si può sempre sbagliare nella vita, ma fare illeciti nell'amministrazione sanitaria è veramente immorale, ma immorale con la "i" super maiuscola, perché si va a interferire sulla vita delle persone e a volte sulla loro morte».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Cambia la sanità italiana ANSA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

05-APR-2016
da pag. 16
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Il lusso di curarsi

Rinunciano a curarsi. Semplicemente perché di soldi ce ne sono pochissimi. L'onda lunga della crisi persevera: i suoi effetti sulla salute delle persone si allungano come un'ombra della sera. Sugli adulti, sugli anziani. Che rinunciano ad acquistare farmaci, alla prevenzione, alla diagnostica. Altro che appropriatezza. Ci pensano da soli, e tristemente, i potenziali pazienti, a sfilarsi dal circuito dell'assistenza.

Il polso della situazione lo danno i medici che nei loro ambulatori constatano ogni giorno l'amplificarsi di malattie importanti. Tumori, infezioni, diabete, patologie psichiatriche. E la crisi, bellezza. E picchia duro. Adulti - magari padri e madri di famiglia - e anziani, magari con pensioni che a malapena consentono di mettere insieme il pranzo e la cena, si lasciano andare. Mettono in pericolo la propria salute e la salute pubblica.

E nei loro ambulatori, i pediatri lanciano l'allarme su un altro aspetto: i bambini di stranieri irregolari, cresciuti per numero nei loro ambulatori ma sempre più difficili da curare. Qui, la zavorra si chiama anche burocrazia. Sono le carte che mancano a far mancare le cure. È questo il Ssn che sognavamo? (B.Gob.)

SERVIZIO A PAG. 16-17

Sondaggio CGM Health Monitor: collaborazione CompuGroup Medical Italia, Omceo Bari e Il Sole24Ore Sanità

Pazienti, la grande fuga dalle cure

La povertà spinge a rinunciare a farmaci e assistenza a casa e aumenta i grandi rischi

L'impoverimento crescente e l'ampliarsi delle diseguaglianze zavorra i bilanci familiari e incide molto pesantemente sulle cure, anche su quelle essenziali per i pazienti. Che negli ultimi anni sono arrivati a "trascurarsi" tanto da consentire la maggiore diffusione di malattie importanti, come quelle oncologiche o il diabete, patologia cronica per eccellenza.

A tracciare un quadro a tinte decisamente fosche è l'ultimo sondaggio CGM Health Monitor, che si avvale - oltre che della consueta collaborazione de Il Sole-24Ore Sanità - della consulenza e promozione dell'Omceo della Provincia di Bari.

Con questa indagine si intende indagare il rapporto tra medicina e condizione di povertà (anche per quanto riguarda l'immigrazione) dal punto di osservazione dei medici delle cure primarie. Sono loro che quotidianamente, nella pratica clinica e nell'attività professionale, si confrontano con le scelte dei pazienti in materia di salute e con le difficoltà che questi incontrano in ambito sanitario.

Ebbene, per l'80% dei camici bianchi il numero dei pazienti che ha rinunciato a curarsi è aumentato negli ultimi anni, e le rinunce riguarderebbero in prima battuta, per un quarto del campione, i farmaci. E farmaci importanti: medicinali o terapie salvavita per il 74% del campione, terapie essenziali per il 40% e indagini diagnostiche essenziali per il 36% degli intervistati.

Pesante anche l'abbandono del ricorso all'assistenza domiciliare (per il 22%) e a un'alimentazione sana (13 per cento).

Adulti (per il 42%) e anziani (per il 47%) sono le fasce di pazienti più colpite dalla crisi. Con conseguenze inevitabilmente pesanti: la rinuncia a curarsi per ragioni economiche è «talvolta» causa di maggiore diffusione di malattia per il 57% dei medici intervistati e lo è «spesso» per 3 medici su 10 (il 31 per cento).

Gravi le conseguenze stimate: malattie oncologiche, patologie infettive e diabete si sarebbero diffuse in conseguenza dell'impoverimento - probabilmente per la minore attitudine alla prevenzione - con potenziale pericolo per la salute pubblica. Ma il rischio, a parere di chi ogni giorno riceve nel proprio ambulatorio decine di pazienti, è anche e soprattutto per la salute del singolo: la rinuncia agli esami diagnostici - e qui inevitabilmente vien da pensare al "decreto appropriatezza" (si legga articolo a pagina 12) - è «spesso» una realtà nel 13% dei casi e lo è «talvolta» nel 56%.

Il focus sugli immigrati irregolari. Nell'ultimo quinquennio la presenza dei "codici Stp" è aumentata per il 53% degli intervistati, che confermano il quadro epidemiologico già noto tra i migranti: malattie dermatologiche, patologie infettive e, ad ampia distanza, cronicità. Ma il focus sottolinea soprattutto le difficoltà burocratiche incontrate nella presa in carico dei bimbi figli di stranieri irregolari: le denuncia il 69 per cento dei pediatri. Come dire che proprio per i più fragili l'accesso alle cure si attesta un percorso a ostacoli.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

il Fatto Quotidiano.it
Non riceve alcun finanziamento pubblico

05-04-2016

Lettori
338.193

http://www.ilfattoquotidiano.it/

Medici o stregoni? Chi ci mette al riparo dai ciarlatani?

Notizia di cronaca. Una donna è affetta da un ***melanoma*** *(tumore maligno della pelle) ed invece di affidarsi alla* ***medicina*** *si affida completamente ad un medico omeopata che segue le teorie di Hamer, morendo. I giornali descrivono le suddette teorie come* ***"psicoterapia"****, in realtà non è di questo che si parla ma di una pseudocura molto pericolosa, crudele ed insidiosa, oltre ovviamente a* ***non avere nessun effetto sulla salute****.*

Hamer è un ex medico tedesco che millantava di essere un grande professionista, addirittura il più giovane primario tedesco. In realtà si trattava di un medico con gravi turbe psichiatriche (il tribunale di Coblenza lo ha definito psicopatico) che è diventato più noto per una tragedia che lo ha colpito, la morte violenta del figlio Dirk. Hamer si ammala di cancro e si cura in ospedale con un intervento e la chemioterapia guarendo. Quell'evento drammatico però lo segnerà per sempre e probabilmente avrà contribuito a far crollare la sua mente già molto fragile.

Racconta allora di aver scoperto nuova cura per tutte le malattie, si chiama**"nuova medicina germanica"**. Questa "potentissima" cura sarebbe stata già praticata dagli ebrei che, per gelosia verso il mondo, non l'avrebbero rivelata a nessuno ma Hamer ha avuto fortuna: **la rivelazione**, per lui, proviene direttamente dall'aldilà, dal figlio che gli compare in sogno. Così il medico tedesco**apre una clinica**, poi chiusa per i risultati disastrosi e le troppe morti inspiegabili, poi un'altra, anch'essa chiusa, con testimonianze raccapriccianti da parte di chi aveva lavorato in quella sorta di lager. Infine le denunce: i suoi pazienti, invece di guarire,**morivano tutti**. Hamer cambia paese, inseguito da denunce, tribunali e polizie di mezza Europa, viene condannato, messo in carcere, fugge ed è ancora arrestato, radiato dall'ordine dei medici e

scappa, finendo la sua vita da latitante.

La sua teoria, **assolutamente campata in aria ed evidentemente schizofrenica,** vorrebbe che tutte le malattie, cancro compreso, sarebbero causate da conflitti, "shock", paure vissute durante la propria vita. Se hai paura delle rane avrai il diabete, se da bambino hai avuto una maestra cattiva la leucemia con varianti se sei mancino o destrimano. **Per guarire? Niente farmaci**, basta capire quale conflitto ha causato la tua malattia e guarirai. Non sono permessi neanche gli antidolorifici con le inevitabili sofferenze di una scelta di questo tipo. Leggendo i particolari della notizia di cronaca che accennavo all'inizio si noterà l'assoluta follia dei messaggi tra la paziente e l'omeopata hameriana, hanno qualcosa di angosciante che non può lasciare insensibile nessuno.

A prima vista si direbbe che **nessuna persona sana di mente**potrebbe credere ad una ciarlataneria del genere ma mai stupirsi. Gli hameriani sono tanti, subdoli, hanno testimonial anche nel mondo dello spettacolo, organizzano corsi e convegni mascherandoli con **nomi fittizi e finte iniziative culturali**, fanno tagliare ai seguaci ogni collegamento con il mondo e la famiglia, raccomandano il silenzio, tutto questo ha portato alcune nazioni europee a considerarli una setta. E succede anche in Italia, sono decine le pagine Facebook che servono da scambio di diagnosi e terapia tra pazienti e sedicenti esperti delle pazzie di Hamer. Poco strano, giusto? Quando c'è la disperazione gli avvoltoi non mancano.

Se non fosse che tra gli hameriani, oltre ad alcuni furbetti che giocano al "piccolo medico", ci sono molti medici veri, alcuni che lavorano in ospedale, altri nel privato, ci sono stati addirittura ordini dei medici che hanno ospitato**convegni** di questi personaggi (rinviati poi dopo le proteste di molte persone), altri che hanno dato addirittura il patrocinio. Una vera e propria vergogna tutta a danno del cittadino per primo e poi dei medici per bene e preparati (che sono sicuramente la maggioranza) che vedono così svilita la loro professione. Ovviamente ognuno è libero di scegliere il proprio futuro ed ovviamente se posso provare pietà per il malato che disperatamente si getta tra le braccia di questi cialtroni, non ne proverò nemmeno un poco per chi propone queste **truffe terribili**.

Ne provo ancora di meno per chi ha scelto la medicina e fa lo stregone e mi chiedo infine: ma gli ordini dei medici che avrebbero il dovere di sorvegliare i propri iscritti e proteggere i cittadini, cosa aspettano a mandare dove meritano questi ignobili colleghi? **A cosa serve proteggere i ciarlatani?** Vedo spesso malumori e minacce di sciopero su temi economici, sui diritti dei medici, su stipendi, orari di lavoro o sulle tasse o sulle mansioni ma non vedo mai prese di posizione nei confronti dei colleghi truffatori, mai misure preventive o sanzionatorie nei confronti di chi infanga una professione che dovrebbe essere votata alla scienza ed al cittadino. Mai una parola. **Medici che parlano contro i vaccini**dimostrando incompetenza infinita, altri che propongono cure senza alcuna base scientifica e tutto alla luce del Sole, ufficialmente ed indisturbati. Aspettano solo la prossima preda. Ormai si fa fatica a**distinguere il medico dallo stregone**, il santone dal chirurgo ed il farabutto in mezzo agli onesti. Non sarebbe il momento di fare qualcosa? Il ministero della Salute sa che ci sono decine di**imbroglioni e lestofanti che si approfittano** (anche nelle strutture pubbliche) **dei malati**? Lo vogliamo dare un segnale o no? La signora morta di melanoma non c'è più, ce la facciamo almeno a rispettare la sua memoria ed evitare che vi siano altri casi come il suo?

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

04-04-2016

Lettori

37.000

http://www.quotidianosanita.it/

Sperimentazioni cliniche di Fase I. Ecco i requisiti minimi per l'autocertificazione delle strutture sanitarie. La determina Aifa

La determina Aifa n. 451/2016 è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 78 del 4 aprile 2016 e contiene in allegato il modulo che i centri clinici e i laboratori coinvolti nelle sperimentazioni di Fase I devono inviare all'Aifa, tramite posta certificata. L'autocertificazione deve essere trasmessa almeno 90 giorni prima dell'inizio dell'attività del centro/unità/laboratorio di Fase I, in conformità ai requisiti della Determina Aifa n. 809/2015. IL TESTO

04 APR - L'Agenzia italiana del farmaco, con la determina n. 809/2015 del 19 giugno 2015, aveva stabilito i requisiti minimi necessari per il funzionamento delle strutture sanitarie che eseguono sperimentazioni cliniche di Fase I. La determina disponeva tra l'altro che le modalità per l'autocertificazione del possesso dei requisiti sarebbero state definite con una successiva determina del Direttore Generale dell'Ente regolatorio. Tale determina (n. 451/2016) è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 78 del 4 aprile 2016 e contiene in allegato il modulo che i centri clinici e i laboratori coinvolti nelle sperimentazioni di Fase I devono inviare all'AIifa, tramite posta certificata, agli indirizzi: ispettorato-gcp@aifa.mailcert.it, rsc@aifa.mailcert.it.

L'autocertificazione deve essere trasmessa almeno 90 giorni prima dell'inizio dell'attività del centro/unità/laboratorio di Fase I, in conformità ai requisiti della Determina AIFA n. 809/2015 del 19 giugno 2015.

Si sottolinea che la Determina n.451/2016 all'art.2 specifica che:
"Le sperimentazioni cliniche di Fase I su volontari sani e su pazienti di cui all'art.1, comma 1 lettera a) della Determina AIFA 19 giugno 2015 in corso o già autorizzate o la cui domanda è stata presentata in forma valida al Comitato etico competente e all'AIFA prima dell'entrata in vigore della suddetta Determina, possono essere rispettivamente concluse o avviate anche in assenza dei requisiti di cui all'art.2 della Determina AIFA 19 giugno 2015".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

05-APR-2016
da pag. 8
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Solo Italia e Grecia non hanno rispettato i livelli stabiliti con un gap che supera il 20%

Fondi Ue, la spesa è ingolfata

In sospeso 30 mld tra scarse competenze e deficit di programmazione

PAGINE A CURA DI
PIERINO DI SILVERIO*

Avere un'idea dell'impatto della Sanità pubblica sull'economia del Paese non è impresa impossibile. Questa infatti rappresenta la seconda voce di spesa più importante per il Governo, con un ammontare equivalente al 7,1% del Pil, destinato a diventare il 9% nel 2060 secondo le proiezioni della Ragioneria generale dello Stato *(Rapporto Ragioneria dello Stato 2012)*.

Inoltre si stima che la spesa Out of pocket delle famiglie per cure mediche si attesti intorno al 18% del totale della spesa sanitaria *(11° Rapporto Sanità a cura di Crea Sanità)*.

Questi dati mettono in evidenza il ruolo di sostegno alla società svolto dal Ssn ed evidenziano come accedere alle cure mediche sia una precondizione essenziale per lo sviluppo del capitale umano di una nazione.

Emerge dunque come la Sanità non debba e non possa essere considerata un settore di secondo piano, una spesa alla deriva in balia della path dependency (dipendenza dal percorso, teoria economica secondo la quale eventi passati, seppur ormai non più rilevanti, possono avere conseguenze significative in tempi successivi), ma debba diventare il timone della crescita e della ripresa italiana.

La salute viene riconosciuta sempre di più come un elemento importante per lo sviluppo regionale e per la competitività e figura tra i settori ammessi a beneficiare dei finanziamenti anche nell'ambito della comunità europea.

Tocchiamo il fondo...? Prima di iniziare è bene ricordare, al fine di non commettere errori "matematici", che la realizzazione di progetti e opere attraverso l'utilizzo di fondi comunitari non costituisce un regalo che l'Unione europea fa agli Stati membri. I fondi sono finanziati dagli stessi Stati membri e quindi da tutti i cittadini attraverso il pagamento delle tasse. Il mancato utilizzo di fondi messi a disposizione e non sfruttati, costituisce un doppio danno per la comunità; come, del resto, l'utilizzo destinato alla realizzazione di opere inutili o incapaci di favorire un reale sviluppo del territorio, anche alla luce delle quote di co-finanziamento pendenti in capo alle amministrazioni locali e nazionali.

Ogni euro di fondi strutturali che riceviamo ci viene dunque a costare due euro: un euro che dobbiamo versare all'Unione europea, e un euro che dobbiamo mettere come cofinanziamento. Quindi, contrariamente a quanto si crede, i fondi strutturali sono tutti pagati, e due volte, dal contribuente italiano.

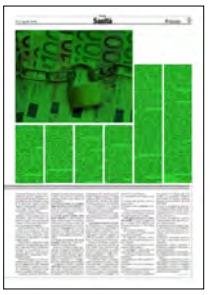
Fatta questa doverosa premessa andiamo ai dati: le politiche europee sono state tradizionalmente concepite a livello comunitario, imponendo il principio chiave dell'addizionalità: i Fondi strutturali dell'Unione europea, cioè, non dovrebbero sostituire la spesa pubblica dello Stato membro ma la dovrebbero integrare, aggiungendosi a essa.

Ciò significa, a livello delle Regioni, che i fondi europei non avrebbero dovuto sostituire i fondi ordinari, ma il livello di spesa si è notevolmente ridotto, per cui si sono caratterizzati, nei fatti, come sostituitivi e non aggiuntivi.

È questo un dato di imprescindibile importanza al fine di comprendere al meglio la divisione dei fondi.

Nel nostro Paese le risorse non spese appartengono prevalentemente al pacchetto stanziato tramite il Fesr (6,36 miliardi di euro) *(elaborazione dati Eurispes su dati Commissione europea)* che d'altronde rappresenta la parte più rilevante del finanziamento della politica europea di coesione.

L'ammontare di denaro non speso è particolarmente consistente in Sicilia e Campania, due Regioni con più di



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

2 miliardi di euro l'una da smaltire entro la fine dell'anno solare 2015.

Il nuovo ciclo di programmazione europeo per il settennato 2014-20 prevede un'allocazione di fondi strutturali all'Italia di 41 miliardi, di cui oltre 24 solo alle Regioni del Mezzogiorno (si veda la tabella 2) *(Accordo di partenariato, pp. 235-8)*. Questa cifra va raddoppiata con la quota di co-finanziamento italiano. Si tratta quindi di un fiume di denaro.

Nel periodo 2007-2012, un totale di quasi 700.000 progetti sono stati finanziati in Italia con il Fse, per una spesa totale di 13,5 miliardi. La gran parte di questi fondi sono stati usati per finanziare circa 500.000 progetti di formazione di vario tipo, per una spesa totale di 7,4 miliardi *(Accordo di partenariato, pp 235-8)*.

La rilevazione comunitaria mostra *(Accordo di partenariato, pp 235-8)* che gli unici Paesi che non hanno rispettato il livello di spesa stabilito con uno scostamento superiore al 20% sono stati la Grecia e l'Italia; la Lituania e l'Ungheria hanno presentato uno scostamento negativo superiore al 10% e in altri sei Stati membri il disavanzo è risultato modesto (Germania, Estonia, Lettonia, Portogallo, Austria, Regno Unito); tutti gli altri Paesi hanno invece mantenuto gli impegni presi oppure hanno realizzato una spesa anche superiore.

Conclusioni. Entro la fine del 2013 l'Italia deve impegnare un totale di 27,9 miliardi di euro e deve poi spenderli entro il 2015. La quota maggiore riguarda il Fondo europeo di sviluppo regionale (21 miliardi), mentre il resto è appannaggio del Fondo sociale europeo (6,9 miliardi).

Il primo è lo strumento per la politica regionale della Commissione europea, mentre il secondo serve soprattutto a sostenere l'occupazione.

A questi soldi vanno aggiunti 21,5 miliardi di cofinanziamento con fondi nazionali, arrivando così a 49,4 miliardi: ogni volta che arriva un euro dall'Europa, i paesi membri devono investire qualcosa di tasca propria.

Il nostro Paese ha cominciato a spendere questi soldi nel 2007 e ha poco più di due anni di tempo per chiudere il lavoro. Eppure, secondo i numeri aggiornati allo scorso maggio, siamo molto indietro rispetto alle scadenze.

Abbiamo, infatti, raggiunto appena il 40% della dotazione totale spendendo, con il cofinanziamento nazionale, soltanto 19,7 miliardi di euro. Questo significa che, nel (poco) tempo che ci rimane, abbiamo ancora da impiegare circa 30 miliardi complessivi, 17 dei quali in arrivo da Bruxelles.

Il Lazio, ad esempio, a oggi ha speso 324,3 milioni di euro: soltanto entro la fine del 2013 dovrebbe utilizzarne circa 100 in più.

Ma è soprattutto il Sud che sta sprecando risorse importanti: la Calabria, ad esempio, entro la fine dell'anno dovrebbe spendere 123,5 milioni, la Sicilia 220 e la Puglia, addirittura, 250.

In valori assoluti i versamenti sono passati dai 14,02 miliardi del 2007 ai 15,1 miliardi del 2008 (comprensivi della voce legata all'amministrazione).

E dal 2008 al 2011 i contributi sono aumentati di altri 900 milioni, toccando quota 16 miliardi nel 2011. Gli incassi europei hanno viaggiato sulla corsia di marcia opposta, scendendo dagli 11,3 miliardi del 2007 ai 9,5 miliardi del 2011.

Dati che ci dicono come tutto ciò che spendiamo ricorrendo ai finanziamenti europei, in realtà proviene direttamente dal nostro Paese.

Da gennaio a maggio, quando è stato fatto l'ultimo monitoraggio ufficiale, sono stati spesi peraltro per progetti nelle aree svantaggiate solo 1,3 miliardi sui 13,6 rimasti dalla programmazione 2007-2013 che ammontava a 46,6 miliardi totali.

I tempi sono stringenti ma, considerando che a oggi, secondo il rapporto Oasi 2013 presentato dal Cergas, 7 delle 10 Regioni in Piano di rientro risultano inadempienti o parzialmente inadempienti nel mantenere i Livelli essenziali di assistenza (Lea), se non ancora irrecuperabile, la situazione è critica e non si può indugiare oltre.

E dire che dopo Polonia e Spagna il nostro è il terzo paese membro a ricevere più soldi comunitari e sale al secondo triste gradino del podio tra quelli che ne usano di meno, peggio di noi fa solo la Romania.

Ma come mai l'Italia non riesce ad attingere a questa sorta di miniera d'oro? Scontiamo agli occhi della Commissione europea, l'organo di vigilanza riguardo le spese comunitarie che può decidere di bloccare i finanziamenti, innanzi tutto l'incapacità progettuale delle amministrazioni nazionali e locali, che spesso neppure prendono in considerazione i fondi a esse destinati. Ma non mancano le lacune nella gestione e le pesanti irregolarità non rettificate nelle dichiarazioni di spesa degli enti di casa nostra.

Le cause principali del mancato utilizzo dei fondi europei sono di quattro tipi:

- scarse competenze degli enti locali in euro-progettazione, a livello legale, amministrativo, civilistico, economico-finanziario e tecnico-gestionale;
- deficit di programmazione di medio-lungo termine;
- scarso raccordo istituzionale e criticità connesse alla governance dell'innovazione;
- eccessiva frammentazione dimensionale e territoriale dei progetti, con il conseguente rischio di proliferazione di procedure, obiettivi e misure e l'appesantimento del lavoro amministrativo-burocratico.

Il cambiamento di rotta via fondi strutturali comunitari è un'opportunità che l'Italia, oggi più che mai, non può perdere.

Il 22 aprile è stata la data ultima per presentare a Bruxelles il nuovo Accordo di Partenariato tra il Governo e la Commissione europea. Questo documento di programmazione, articolato in 11 obiettivi tematici, permette di sbloccare il ciclo di fondi strutturali e di investimento europei 2014-2020, un pacchetto da 32 miliardi di euro. A questi si aggiungono i circa 22 miliardi del precedente settennato da spendere entro la fine del 2015.

Insomma, a oggi, manca una politica "europea" di programmazione, gestione, utilizzo dei fondi europei che, vengono sfruttati male e a macchia di leopardo, come succede in ogni azione, se on esiste standardizzazione del processo, non si ottiene il risultato... ma queste sono basi di managment sanitario ed economico... dovrebbero conoscerle i nostri governanti.

** direttivo nazionale*
Anaao giovani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

healthdesk

04-04-2016

http://www.healthdesk.it/

Mai così tanti medici e infermieri nei Paesi Ocse

Secondo l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, bisognerebbe riformare le strategie di formazione e di occupazione per rispondere meglio alle esigenze di salute e ridurre la dipendenza da operatori sanitari provenienti da Paesi in via di sviluppo che ne sono già carenti

Nel 2013 (ultimo anno di cui sono disponibili dati più o meno completi e paragonabili) nei 34 Paesi, Italia compresa, che attualmente aderiscono all'Ocse, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, c'erano 3,6 milioni di medici e 10,8 milioni di infermieri: cifre mai raggiunte prima. Nel 2000, per esempio, i medici erano 2,9 milioni e 8,3 milioni erano gli infermieri. A fare i conti è la stessa Ocse (o, se preferite, in inglese OECD, Organisation for economic cooperation and development), nel suo recente documento *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*.

La crescita del numero dei medici, osserva l'Ocse, è stata particolarmente rapida in alcuni Paesi (come la Turchia, la Corea e il Messico) che nel 2000 ne registravano livelli relativamente bassi. Il numero di infermieri, d'altra parte, è aumentato in quasi tutti i Paesi Ocse, sia in quelli che nel 2000 ne avevano un numero basso (come Corea e Portogallo) sia in altri che ne avevano già un numero relativamente elevato come Svizzera, Norvegia e Danimarca. La maggior parte di questa crescita, secondo l'Organizzazione, è stata guidata da un significativo aumento nel numero di giovani che si sono orientati verso programmi di istruzione e di formazione nelle due aree professionali. Alla crescita, però, hanno contribuito anche medici e infermieri formati all'estero e successivamente immigrati: i primi rappresentano il 17% dei medici attivi nei Paesi Ocse nel 2013-14, mentre i secondi sono il 6% di tutti gli infermieri; circa un terzo di questi medici e infermieri stranieri proviene da altri Paesi Ocse, mentre un gran numero giunge da Paesi a basso reddito dell'Africa, dove sono già alle prese con gravi carenze.

Per quanto riguarda in particolare l'Italia, il documento non fornisce i dati relativi al 2000, limitandosi a indicare un rapporto di 3,9 medici per mille abitanti nel 2013 (superiore alla media Ocse, che era di 3,3 nello stesso anno) e di 6,1 infermieri, compresi quelli che non lavorano a diretto contatto con i pazienti (in questo caso, ben inferiore alla media Ocse 2013 di 9,1 per mille). Nel rapporto tra le due figure professionali, nel nostro Paese l'Ocse indica (sempre nel 2013) 1,5 infermieri per ciascun medico, rispetto a una media dei 34 Paesi di

2,9 a uno; per la cronaca, ai due estremi si trovano la Grecia con 0,6 infermieri per medico e, all'opposto, la Finlandia, dove per ciascun medico ci sono 4,7 infermieri.

Non solo una fotografia. Il report sottolinea che un considerevole numero di medici e infermieri segnalano una mancata corrispondenza tra le proprie competenze e le proprie esigenze di lavoro. Circa la metà dei medici e il 40% degli infermieri, infatti, riferiscono di non essere adeguatamente qualificati per alcuni dei compiti che devono eseguire, mentre la grande maggioranza dei medici e infermieri sostiene anche di avere una formazione ben superiore per almeno una parte del lavoro che è chiamata a svolgere.

Il Piano. Per affrontare queste sfide, il rapporto dell'Ocse delinea un piano in tre punti con il quale raccomanda che i Paesi attuino politiche volte a promuovere, appunto, “il giusto lavoro, le giuste competenze, i luoghi giusti”. Quanto al primo aspetto, l'Oecd suggerisce la formazione di un numero sufficiente e sufficientemente diversificato di operatori sanitari per soddisfare le esigenze future, senza fare indebitamente affidamento sugli sforzi di formazione di altri Paesi, in particolare quelli che soffrono di una grave carenza di queste figure professionali, come è il caso di un certo numero di Paesi cosiddetti in via di sviluppo e le economie emergenti. Quanto alle competenze, per l'Organizzazione bisogna garantire che i lavoratori della sanità acquisiscano le abilità e le conoscenze che servono e che nel corso della vita lavorativa sia data loro l'opportunità di adattare le competenze che possiedono in modo da fornire servizi sanitari di elevata qualità in più approcci team-based e centrati sul paziente. Infine, a tutte le persone deve essere assicurato un adeguato accesso alle cure mediche, indipendentemente da dove vivono, sia attraverso una distribuzione geografica più uniforme dei lavoratori e dei servizi sanitari (da conseguire attraverso incentivi economici e appositi regolamenti) sia con un più ampio impiego di modelli innovativi di erogazione dei servizi, a cominciare dalla telemedicina.

Il commento. «Le crescenti esigenze di salute e di assistenza a lungo termine dell'invecchiamento della popolazione dovrebbero stimolare l'innovazione nel settore della sanità, dove l'attenzione dovrebbe concentrarsi sulla creazione di posti di lavoro giusti, con le competenze giuste, nel posto giusto» sostiene dunque il segretario generale dell'Ocse, Angel Gurría. «I Paesi devono collaborare di più – aggiunge infine - per assicurare che nel mondo si realizzino gli investimenti strategici nel personale necessario per raggiungere una copertura sanitaria universale e un'assistenza di alta qualità per tutti».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

05-APR-2016
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

Professioni su e giù

Calano i fabbisogni per le 22 professioni sanitarie: -1.209 richieste dalle Regioni per il 2016-17.

MASTRILLO A PAG. 12-13

ANNO ACCADEMICO 2016-2017

Professioni, fabbisogni sull'altalena dei numeri

Si è svolta il 24 marzo al ministero della Salute l'annuale riunione con le Regioni e con le categorie sui fabbisogni formativi delle 22 professioni sanitarie per il prossimo Aa 2016-17. In parallelo e contemporaneamente le Università stanno inviando, con scadenza per la fine del mese, le "Schede delle risorse" con i rispettivi Potenziali formativi.

Prosegue quindi come da tempistica l'iter che si dovrebbe concludere entro il 30 aprile con le decisioni finali della Conferenza Stato-Regioni ai fini della determinazione dei posti per ogni Regione e ogni Professione. Seguiranno quindi i lavori del Miur per definire la ripartizione per ogni Ateneo e professione, con scadenza entro fine giugno. Sui numeri del fabbisogno, rispetto allo scorso anno non ci sarebbero rilevanti e significative modifiche.

Per le Regioni, la richiesta di 26.035 rispetto a 27.244 dello scorso anno, con differenza di -1.209 (-4,4%). L'anno precedente erano 27.244 rispetto a 28.761, con differenza di -1.517 (-5%).

Per le categorie, invece, la richiesta è di 30.694 rispetto a 30.360 dello scorso anno, con differenza di 334 (+1,1%), quasi uguale. L'anno precedente erano 30.360 rispetto a 32.552 con differenza di -2.192 (-6,7%).

Per le Regioni la riduzione maggiore in valori assoluti riguarda gli infermieri, con -1.277 (-7,6%) dai 15.448 attuali ai 16.725 dello scorso anno. Mentre, al contrario, la categoria Ipasvi con 19.285 aumenta anche se di poco, con appena 695 in più (3,7%).

Invece, l'esubero maggiore si conferma sui tecnici di radiologia da parte delle Regioni con +183, pari al +27%, con 853, solo 6 in meno degli 859 dello scorso anno. Mentre la categoria riduce ulteriormente da 737 dello scorso anno agli attuali 670, con differenza di -67, pari al -9%. Per questo, come proposto dalla Federazione Tsrm, si potrebbe ripetere per il ministero della Salute l'opportunità non solo di confermare la riduzione dei -50 proposti annualmente dal 2013, ma addirittura di elevarla a -150, in modo da arrivare a circa 700, che sarebbe comunque superiore ai 670 proposti dalla Ftsrm.

La situazione più critica riguarda la Campania dove il locale Coordinamento regionale Tsrm ha proposto la riduzione da 110 a 30, mentre la Regione ha inopinatamente confermato 110 su quasi 6 milioni di abitanti, un valore chiaramente sproporzionato e ingiustificato sia nel contesto locale che in quello nazionale.

Basti pensare che per la Lombardia, che ha quasi 10 milioni di abitanti, sono 130 le richieste, come unanimemente concordato dalla Regione con la Categoria e le Università. Mentre nel Lazio, che ha gli stessi di abitanti della Campania, sia Regione che Categoria hanno concordato su 70, come lo scorso anno. Neanche è stato considerato dalla Regione Campania che il tasso occupazionale regionale è crollato dal 97% del 2007 all'attuale 31 per cento.

Va evidenziato che questo esubero della Campania riguarda anche i tecnici di Laboratorio, incidendo peraltro sul contesto nazionale. A fronte della richiesta di 75 da parte della Categoria, la Regione ha indicato 120, addirittura con 10 in più dello scorso anno, senza considerare il preoccupante basso livello del tasso occupazionale del 34% rispetto a quello nazionale del 39%. La differenza nazionale per i tecnici di laboratorio è di 121, pari al +18% con gli 803 delle Regioni rispetto ai 682 della Categoria, che nell'incontro ha proposto al ministero della Salute di recepire una riduzione del -5 per cento.

Analogo esubero riguarda i tecnici di neurofisiopatologia, con 136 dalle Regioni rispetto alle 110 della categoria, con differenza di 26 (+24%). A determinare l'esubero sono sia i 5 del Friuli che, soprattutto, i 20 chiesti dalla Calabria, nonostante il suo 25% di occupazione. Da qui la richiesta dell'Aitn al ministero della Salute per una riduzione di 26 così da arrivare a 110.

Progetto Joint Action ostacolato dalla Basilicata. L'ambizioso e importante progetto che il ministero della Salute ha avviato come capofila a livello europeo sembra aver inciso sulla determinazione per le due professioni di infermiere e di ostetrica, con riduzioni da parte delle Regioni. Sugli infermieri il calo è del -7,6%, mentre per l'ostetrica siamo al -10%, fra gli 839 dello scorso anno e gli attuali 758.

Si tratta di dati provvisori, perché incompleti, a causa della mancata risposta della Regione Basilicata che ha omesso di inviare al ministero della Salute proprio i dati su Infermiere, Ostetrica e anche su Medicina. Stupisce parecchio questa inadempienza della Basilicata, anche perché è la Regione da cui peraltro proviene il sottosegretario alla Salute, Vito De Filippo.

Ora, anche se l'incidenza statistica della Basilicata è irrilevante per la bassa numerosità dell'indicatore demografico dell'1%, resta il fatto che è stato impedito al ministero della Salute di presentare a oggi un quadro completo. Come aggravante per la Basilicata va evidenziato che insieme alla Calabria è fra le poche Regioni che continuano a definire il fabbisogno senza consultare le Categorie, come fanno ormai quasi tutte le altre Regioni, a partire da quella più numerosa come la Lombardia, come il Lazio e anche come la confinante Puglia e la maggioranza delle altre Regioni.

Angelo Mastrillo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 336.211
Diffusione 01/2016: 237.405
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

05-APR-2016
da pag. 44
foglio 1
www.datastampa.it

> LA CAMPAGNA

SOLO DUE MALATI SU CENTO POSSONO CURARE LA TUBERCOLOSI

VITTORIA GHERARDI

LA TUBERCOLOSI (TB) è una malattia ancora molto diffusa e mortale se non efficacemente trattata. Il triste primato dei decessi si registra in Asia e Africa e ad aggravare la situazione sono la coinfezione HIV-TB e la tubercolosi farmaco resistente, con casi in cento paesi, in trenta dei quali ci sono mille morti l'anno per resistenza a uno o più farmaci. Gli strumenti efficaci per combatterla sono il miglioramento delle condizioni sociali ed economiche, dei servizi sanitari, dell'accesso e disponibilità dei farmaci. Delamanid e Bedaquiline, i primi antitubercolari specifici utilizzabili nelle forme farmaco resistenti commercializzati dopo quasi mezzo secolo, secondo studi preliminari mostrano un incremento dei tassi di guarigione, se usati in combinazione con altri antibiotici. Purtroppo – però – solo il 2 per cento dei pazienti riesce ad accedervi. Inoltre i costi dei regimi preferenziali per il trattamento di un singolo paziente, affetto da forme resistenti, restano ancora troppo elevati, tra i 1.800 e i 4.600 dollari. L'organizzazione medico-umanitaria Medici Senza Frontiere (MSF) si fa portavoce di tutti quei pazienti affetti da forme di malattia tubercolare farmaco resistente (DR-TB), affinché i nuovi farmaci, di recente scoperta, siano accessibili soprattutto nei Paesi dove è alta l'incidenza di malattia e che hanno bisogno dell'aiuto di tutti per ridurre il numero crescente di casi di DR–TB.

Responsabile medico MSF Italia

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

LA STAMPA.it

04-04-2016

Lettori

21.401

http://www.lastampa.it/

Ecco il tessuto artificiale che simula i nervi

Il materiale trasmette il segnale elettrico; tra cinque anni, l'interazione con cellule viventi

Il tessuto sintetico che mima il comportamento di un nervo. La trasmissione del segnale elettrico attraverso di esso viene misurata con degli elettrodi d'argento.

È un **tessuto organico creato in laboratorio in grado di simulare il comportamento biologico di un nervo**, inclusa la trasmissione del segnale elettrico. Il «nervo sintetico», che rispondere agli stimoli luminosi, è il risultato del lavoro di un **team di scienziati, guidati dal professor Hagan Bayley del dipartimento di Chimica dell'Università di Oxford**.

Inizialmente finalizzata allo studio dell'interazione tra cellule, la creazione di questi materiali potrebbe un giorno portare allo sviluppo di tessuti organici sintetici da impiantare nel corpo umano, magari anche per riparare il sistema nervoso.

L**e cellule sintetiche sono goccioline contenenti proteine, DNA e acidi grassi ricoperti da un unico strato di lipidi**. Per la creazione del nervo artificiale, i ricercatori hanno fatto ricorso a tecniche di **stampa 3D miniaturizzate**, create e sviluppate proprio dal gruppo del professor Hagan Bayley tramite una spin off dell'Università di Oxford (OxSyBio) dedicata alla biologia sintetica per la produzione di materiali per uso clinico.

La metodica prevede l'**assembramento, strato dopo strato, di centinaia di cellule in strutture tridimensionali della lunghezza di mezzo millimetro**. Il controllo del materiale artificiale è alquanto preciso e avviene attraverso la luce che, attivando il DNA delle cellule, induce la produzione di una decina di proteine di membrana, che formano dei pori nella membrana plasmatica per il passaggio di piccole molecole, e scatena la trasmissione di un segnale elettrico. Ogni attività cessa al cessare dell'irraggiamento.

L'intenzione è ora quella di **testare la comunicazione di queste cellule artificiali non tra loro ma con cellule viventi e di creare con la stessa tecnologia dei materiali contenenti cellule viventi**. «Credo che la maggior difficoltà per la realizzazione della comunicazione tra cellule artificiali e cellule viventi, alla quale stiamo già lavorando, consista nel trasferimento del nostro tessuto sintetico in un ambiente acquoso (attualmente il sistema è immerso in ambiente oleoso) – ci ha spiegato Michael Booth, primo autore dello studio appena apparso su Science Advances.

«Credo che nel giro di cinque anni riusciremo ad ottenere questo risultato con cellule semplici, mentre con i tessuti occorrerà più tempo». A quel punto, si augurano i ricercatori, i tessuti sintetici potranno essere impiantati nel corpo umano per usi clinici e di medicina rigenerativa d'avanguardia, come ad esempio la riparazione di lesioni midollari.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
BisettimanaleEd. nazionale

Avvenire POPOTUS

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

05-APR-2016
da pag. 4
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Prevenzione al gusto cioccolato

alle pagine 4 e 5

Prevenzione con gusto al sapor di cioccolato

L'Università di Pisa cerca candidati per testare le proprietà antiossidanti di una ricetta particolare

La notizia è ghiotta: l'università di Pisa sta cercando quindici volontari che, per due mesi intervallati da due settimane circa di pausa, dovranno mangiare quaranta grammi di cioccolato al giorno. Si tratta di un programma sperimentale sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari (ossia le patologie che riguardano il cuore e la circolazione sanguigna), che si pone l'obiettivo di analizzare i risultati derivati dall'assunzione quotidiana di "Toscolata", un cioccolato fondente di alta qualità prodotto con semi di cacao, zucchero di canna e burro di cacao, abbinati a ingredienti toscani ricchi di antiossidanti naturali (sostanze chimiche che impediscono o rallentano l'invecchiamento e la morte delle nostre cellule), qual è per esempio l'olio d'oliva coltivato in questa regione. I volontari selezionati dall'ateneo pisano devono possedere un'età compresa tra i 35 e i 65 anni e presentare almeno tre fattori di rischio cardiovascolare, come essere fumatori, avere l'ipertensione e alti livelli di colesterolo nel sangue, essere in sovrappeso o portatori per via familiare di malattie cardiache. Il cioccolato fondente al 71%, quindi abbastanza amaro, viene amalgamato con olio d'oliva, olio di camelia e frutti essiccati, contraddistinti da un alto valore nutrizionale e antiossidante. Nel corso dei due mesi, i volontari verranno controllati da un'équipe medica che eseguirà esami periodici fino al termine dell'esperimento e dell'assunzione giornaliera di "Toscolata".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per appetiti giganti

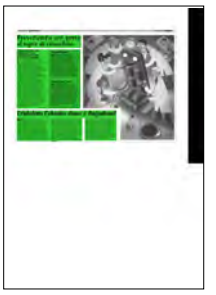
Una multinazionale specializzata in dolciumi ha messo a punto un cioccolato in grado di non sciogliersi anche quando viene esposto a temperature di 40 gradi, mentre normalmente dovrebbe sciogliersi a 34, appena raggiunto il nostro palato. Una varietà che permette di non sporcarsi le mani ma fa arricciare il naso ai puristi del cacao. Il cioccolato è un alimento talmente duttile che, una volta liquefatto, può essere ricomposto in mille forme differenti. Ed è entrata nel Guinness dei primati la tavoletta che, realizzata nel 2000 alla manifestazione "Eurochocolate" di Torino, misurava tre metri di lunghezza: una barretta per appetiti giganti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ricette per tutti i gusti

Se la pizza alla nutella non desta più scalpore ed è ormai entrata nei menù accanto alla classica "quattro stagioni", deve invece ancora decollare il "choco kebab" proposto da un'azienda italiana: si tratterebbe di un maxi cremino da dieci chilogrammi che, fatto ruotare su un perno in una vetrinetta frigo, verrebbe poi tagliato a scaglie con un apposito coltello, tale e quale il kebab di carne, per andare infine a riempire una "choco pita" alla vaniglia farcita a sua volta con salse dolci. E dal Giappone arrivano le patatine fritte al cioccolato: un piatto semplice e veloce da preparare ma, assicurano gli esperti, da leccarsi le dita!

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
BisettimanaleEd. nazionale

Avvenire POPOLUS

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

05-APR-2016
da pag. 4
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Cristoforo Colombo disse: è disgustoso!

Una prelibatezza per i golosi ma anche un prodigioso toccasana per coloro che tengono alla linea e alla salute. Eppure il cacao, una pianta originaria dell'America meridionale, fino al 1502 era del tutto sconosciuto fuori dal Nuovo Mondo. Fu Cristoforo Colombo il primo europeo ad assaggiarlo durante il suo quarto viaggio nel continente da lui scoperto, anche se il navigatore genovese trovò disgustosa la bevanda offertagli dagli indigeni in segno di benvenuto. Sarà il capo dei conquistadores Hernan Cortés a spedirne i semi in Spagna e da lì in tutta Europa. Così il "cibo degli dei" ha fatto da principio la sua comparsa sulla tavola di nobili e regnanti, prima in forma liquida e soltanto nel 1874, guarda caso in Svizzera, iniziò a prendere piede la versione compatta del cioccolato al latte. Un alimento che ha da subito destato l'attenzione tanto dei buongustai quanto di medici e dietologi. Diversi studi scientifici dimostrano che il cacao contiene la teobromina, una sostanza psicoattiva capace di calmare la tosse e di prevenire diversi disturbi cardiovascolari. È presente pure la serotonina, il cosiddetto "ormone della felicità", che regola il sonno e ingenera buonumore; e l'endorfina, capace di lenire il dolore, oltre a vari agenti antiossidanti, antidepressivi o rivitalizzanti che danno energia e la giusta carica a chi sbocconcella un pezzo di cioccolato. Recenti ricerche, attestano poi che il fondente può aiutare a prevenire il tumore al pancreas. E c'è uno psicoterapeuta neozelandese, Murray Langham autore del libro "Cioccolatoterapia", che riesce a trarre un profilo psicologico delle persone basandosi sul gusto dei cioccolatini che prediligono e dal modo in cui li scartano. Inoltre il fondente non contiene colesterolo ed è grazie al burro di cacao che, una volta addentato, si scioglie in bocca. Fra le proprietà salutari del cacao non va dimenticata quella di ridurre la pressione arteriosa e i grassi cattivi nel sangue, aiutando a perdere peso corporeo. Se preso a dosi moderate, il fondente agisce sul metabolismo del glucosio (lo zucchero presente nel sangue) contribuendo a prevenire diabete e sovrappeso. Insomma, per dimagrire e vedere la vita in positivo, occorre ogni tanto dare un morso a una tavoletta di buon cioccolato! Sempre senza esagerare...

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media