



Da ticket a ospedali, i nodi per il nuovo governo

Da ticket a ospedali, i nodi per il nuovo governo
In sospenso riforma cure base; da ricucire rapporto con Regioni
(di Silvia Gasparetto)

(ANSA) - ROMA, 24 APR - La spada di Damocle di due miliardi in piu' di ticket, che scatteranno, se non ci saranno interventi, dal prossimo gennaio. Ma anche la tanto sbandierata riforma delle cure primarie, che puntava all'apertura h24 degli studi dei medici di base, rimasta in sospenso non solo per il destino incerto del governo ma anche per l'impasse nei rapporti, mai cosi' tesi, con le Regioni, sulle barricate per via dei ripetuti tagli al budget per la sanita'. Tanto che non si e' riusciti nemmeno a rinnovare il Patto per la Salute. E ancora la riorganizzazione degli ospedali, tra le misure introdotte con la spending review, che ancora aspetta l'ok dei governatori e che dovrebbe portare anche al tanto dibattuto taglio di circa ottomila posti letto.

Non sono poche e nemmeno semplici da risolvere le 'grane' che trovera' il nuovo ministro della Salute. Sempre se ci sara', visto che nel toto-governo il dicastero di Lungotevere a Ripa quasi non e' stato nominato e che comincia anche a circolare l'ipotesi che, nell'ottica dell'esecutivo 'snello', possa essere di nuovo accorpato a qualche altro dicastero (come fece a inizio legislatura l'ultimo governo Berlusconi, affidando le competenze al ministero del Welfare).

Ecco i principali nodi da sciogliere:

- RIFORMA TICKET: la questione piu' urgente resta quella della compartecipazione della spesa sanitaria da parte dei cittadini. Da piu' parti, ministro uscente compreso, si e' ribadito che andare oltre le soglie degli attuali ticket (4,5 mld dalle tasche degli italiani nel 2012) sarebbe 'insostenibile' e addirittura metterebbe a rischio la natura pubblica e universale del servizio sanitario italiano. Per arginare questo nuovo salasso si e' lavorato sull'ipotesi di una riforma, passando a un sistema a franchigia in base al reddito o all'Isee (anche questo indicatore in attesa che si concluda la sua revisione), conclusa con un nulla di fatto. Un intervento e' comunque necessario perche' la Corte Costituzionale ha bocciato lo strumento del regolamento per la loro introduzione previsto dalla manovra estiva 2011, e per farlo il nuovo governo avra' pochi mesi di tempo (i nuovi ticket scattano dal 1 gennaio 2014).

- RIORDINO OSPEDALI, TAGLIO POSTI LETTO E RIFORMA H24: come stabilito con la spending review, i posti letto dovevano diminuire fino ad arrivare a 3,7 per mille abitanti (di cui 0,7 per post-acuti, lungodegenza e riabilitazione), diventando a regime nel 2015 7.389 in meno. Ma il taglio andava fatto seguendo i nuovi standard per l'assistenza ospedaliera, fissati con un regolamento che non ha ancora superato il muro delle Regioni. Peraltro le risorse liberate con il taglio-riconversione dei posti letto dovevano andare a sostenere la riforma della medicina territoriale, con professionisti associati in maxi-ambulatori aperti h24 sette giorni su sette,

al momento ferma al palo.

- A RISCHIO PREZZI DI RIFERIMENTO: C'e' anche un altro meccanismo introdotto con la spending review che rischia di saltare, la previsione della possibilita' per le Asl di disdire i contratti in essere per forniture di beni e servizi se le aziende non accettassero di rinegoziarli sulla base dei prezzi di riferimento, individuati dall'autorita' di vigilanza sui contratti pubblici in collaborazione con l'Agenas. Il Tar del Lazio, su ricorso di alcune aziende del biomedicale, al momento ha sospeso proprio questi ultimi e la sentenza, che potrebbe smontare il meccanismo, e' in arrivo proprio nelle prossime settimane. (ANSA).



Sanita':ministero,non in Italia integratori legali con Dmaa

Sanita':ministero,non in Italia integratori legali con Dmaa
E' sostanza vietata simile ad anfetamine

(ANSA) - ROMA, 24 APR - ''Non sono disponibili sui canali ordinari del mercato italiano prodotti legalmente commercializzati contenenti DMAA''. Lo precisa il ministero della **Salute** a seguito di notizie apparse sugli organi d'informazione in merito alla commercializzazione di integratori contenenti la dimetil-amil-amina (DMAA), sostanza anfetamino-simile.

L'immissione in commercio di tutti gli integratori in Italia, sottolinea il ministero in una nota, e' soggetta all'obbligo di notifica dell'etichetta al Ministero della **salute**, attraverso l'esame della quale viene fatta una valutazione dell'idoneita' del prodotto caso per caso. All'occorrenza, viene anche richiesto alle Imprese di presentare specifica documentazione che ne attesti la conformita' alla normativa vigente.

''La DMAA, valutata negativamente dagli esperti della Commissione Unica per la Dietetica e la Nutrizione (CUDN), sulla base dei dati della letteratura scientifica e anche a seguito di apposite indagini analitiche - afferma il ministero - non rientra nella naturale composizione dell'olio di geranio, contrariamente a quanto affermato. Conseguentemente, la presenza della sostanza in prodotti con costituenti naturali deriva da una aggiunta fraudolenta''.

Il Ministero della **salute**, a seguito delle valutazioni della CUDN ha da tempo vietato l'uso della sostanza negli integratori alimentari. Di conseguenza ''non sono disponibili sui canali ordinari del mercato italiano prodotti legalmente commercializzati contenenti DMAA''.

Il Ministero della **salute**, considerando l'esigenza di rendere piu' efficaci i controlli anche sui nuovi canali distributivi, ad esempio internet, ha da tempo avviato un protocollo di intesa con l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e il Comando Carabinieri per la tutela della **salute** (NAS) per intensificare la lotta alla contraffazione di prodotti presentati come 'naturali', ma contenenti in realta' sostanze non ammesse e quindi illegali. (ANSA).

SPECIALIZZANDI IN FUGA: ALL'ESTERO MAGGIORI GRATIFICAZIONI

Cresce il numero dei medici che decidono di emigrare per specializzarsi. Destinazione preferita l'Inghilterra, dove il compenso di uno specializzando è circa il doppio rispetto all'Italia e dove da anni si registra una carenza di medici. Ma non è solo una questione economica, come spiega a DoctorNews il presidente della Federspecializzandi **Cristiano Alicino**: «Le gratificazioni professionali in altri Paesi, sono molto superiori; il risultato è che spendiamo un sacco di soldi per preparare i medici e nel momento in cui potrebbero mettere le loro professionalità al servizio dei cittadini, scelgono di farlo in un altro sistema, che si trova medici già formati, a costo zero». Del resto, in Italia il numero delle borse di specializzazione è stato tagliato quest'anno del 10%, a cui si aggiungono i ritardi nell'emissione del bando. «Quello che ci preoccupa - ha dichiarato Alicino - è la situazione di incertezza che si ripropone ogni anno; oltre al pesante taglio che ha ridotto le borse da 5.000 a 4.500, c'è la possibilità che un ulteriore slittamento dei tempi consenta la partecipazione al concorso anche a chi si laurea in luglio: ci sarebbe quindi un ulteriore aumento dei partecipanti a fronte di una riduzione dei posti disponibili». Secondo Alicino, la situazione è il frutto di una mancanza di programmazione: «visto che i laureati sono in aumento - spiega - ci dovrebbe essere un maggior numero di borse, tanto più che i bisogni espressi dalle Regioni sono di oltre 8500 nuovi specialisti e invece ci troviamo di fronte a una riduzione dei posti assolutamente ingiustificata». Paradossalmente, c'è anche una carenza di opportunità. «È dovuta al blocco del turnover - continua Alicino - e di fatto in Italia le assunzioni sono in gran parte bloccate. Per cui ci sono i medici che si specializzano e restano disoccupati o tornano a fare i lavori che potrebbero essere svolti da un neolaureato». Questo dovrebbe giustificare la diminuzione delle borse? Secondo il presidente di Federspecializzandi non è così: «in realtà servirebbero molti più specialisti di quelli che vengono formati e nel giro di pochi anni ci sarà una gravissima carenza. Le responsabilità politiche sono gravi».

LA STAMPA.it

SALUTE

24/04/2013 - GLI EFFETTI DEI POLIFENOLI SULLA SALUTE

Con il Mango riduci gli zuccheri nel sangue e il rischio di cancro

Le sostanze benefiche contenute nel frutto di mango hanno effetti positivi sulla glicemia e contribuiscono a ridurre l'infiammazione organica, anticamera di molte malattie e anche il cancro

LM&SDP

Il dolce frutto esotico, il Mango, è buono anche per il benessere dell'organismo grazie ai suoi componenti che sono risultati utili nel controllo degli zuccheri nel sangue (o glicemia) e nel ridurre l'infiammazione del corpo, noto fattore di rischio per numerose malattie, tra cui anche il cancro.

Tutto merito della fibra, le vitamine e i Sali minerali contenuti nel frutto – ma anche e soprattutto delle sostanze antiossidanti come i polifenoli.

risultate utili nel controllo dei livelli di zuccheri nel sangue, o glicemia. Foto: ©photoxpress.com/Benko Zsolt

Ma se è noto che la frutta è in generale un toccasana per il corpo, a puntare i riflettori sugli effetti dell'assunzione del Mango sulla salute sono stati i ricercatori della Oklahoma State University, coordinati dalla dottoressa Edralin Lucas, professore associato di Scienze Nutrizionali.

Il team di ricerca, per questo studio, ha reclutato 20 adulti obesi con un Indice di Massa Corporea (BMI) di 30Kg/m². Di questi, 11 erano maschi e 9 femmine.

I partecipanti sono stati invitati ad assumere giornalmente, e per 12 settimane, 10 grammi di mango essiccato – che equivaleva a circa 100 grammi di frutto fresco.

Prima, durante e dopo il periodo di follow-up, sono state eseguite delle analisi per rilevare i livelli di zuccheri nel sangue. Al termine dello studio si è così potuto osservare come questi livelli fossero significativamente più bassi, rispetto al basale (ossia l'inizio dello studio). Non sono state riscontrate differenze tra i due generi sessuali.

A livello fisico, non sono stati riscontrati significativi cambiamenti in entrambi i sessi, tuttavia il BMI è aumentato significativamente nei soggetti femmina, a differenza dei maschi.

«I risultati di questo studio – spiega la dr.ssa Lucas – supportano quello che abbiamo imparato in un nostro recente studio su modello animale, che ha trovato che il mango migliora la glicemia nei topi nutriti con una dieta ricca di grassi. Anche se il meccanismo con cui il mango esercita i suoi effetti merita ulteriori indagini, sappiamo che contiene una miscela complessa di composti polifenolici. La ricerca ha dimostrato che molte altre piante e i loro composti polifenolici, come gli isoflavoni della soia, l'epigallocatechina gallato del tè verde, e le proantocianidine da semi d'uva, hanno un effetto positivo sul tessuto adiposo».

I risultati completi dello studio sono stati presentati, insieme a un'altra ricerca, al *Federation of American Societies for Experimental Biology* (FASEB) tenutosi a Boston dal 20 al 24 aprile 2013.

L'altro studio, condotto dalla dr.ssa Susanne Mertens-Talcott, Professore e Direttore di Ricerca, Institute for Obesity Research and Program Evaluation of Texas A 'n' M University, ha esaminato gli effetti dei polifenoli che si trovano nel mango fresco sulle cellule cancerose e non-cancerose del seno.

Lo studio, condotto in laboratorio su cellule in vitro, suggerisce che i polifenoli del mango potrebbero limitare la risposta infiammatoria nelle cellule del seno sia cancerose che non cancerose. Questi effetti rilevati nelle cellule in laboratorio dovranno essere valutati con ulteriori studi clinici condotti su pazienti

INDAGINE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA

Gli adolescenti vogliono sembrare grandi e spesso seguono diete «fai-da-te»

Molti ragazzini vorrebbero avere un aspetto adulto, ma senza responsabilità: look, tatuaggi e l'ossessione per la magrezza

MILANO - Il 40% degli adolescenti (12-14 anni) vorrebbe essere "più grande". Il dato proviene dall'Osservatorio su abitudini e stili di vita degli adolescenti della Società italiana di Pediatria. Osservatorio realizzato attraverso indagini quali-quantitative annuali (prima edizione 1997), effettuate su un campione nazionale di 2mila studenti che frequentano la terza media. Che un adolescente possa desiderare di essere più adulto non è di per sé anomalo: una età maggiore garantisce certamente maggiori margini di libertà ed autonomia che, a quell'età, rappresentano un obiettivo di grande importanza. E, infatti, le ragioni per cui vorrebbero essere più grandi sono prevalentemente: essere più libero (43,2%); poter guidare l'auto (21,4%); poter uscire tutte le volte che si vuole (15,5%); non avere regole (9%); non dover chiedere permessi ai genitori (8,7%).

APPARIRE - Sorprende di più, invece, registrare - sempre dalle indagini SIP - che la percentuale di adolescenti che vorrebbe "apparire" più grande (senza necessariamente esserlo) è di gran lunga superiore (55,5%) e nelle femmine supera il 60%. Ma cosa c'è dietro questa singolare voglia di sembrare adulti se non può portare quei vantaggi oggettivi ai quali aspirano gli adolescenti quali, appunto, prendere la patente o non aver più bisogno del permesso dei genitori? Alessandra Marcazzan, psicoterapeuta dell'Associazione Minotauro di Milano legge in questo atteggiamento il riflesso della cosiddetta "società dell'immagine" nella quale viviamo. «Il modello estetico di riferimento per gli adolescenti - spiega la Marcazzan - è quello ben evidenziato dai media e dalla pubblicità: un soggetto adulto (maschio o femmina che sia) sui trent'anni, sessualmente maturo e fisicamente prestante; e a questo modello, che si esaurisce nella sua fisicità, tendono a voler somigliare. Viceversa, essere realmente adulti impone scelte e assunzioni di responsabilità alle quali gli adolescenti non si sentono pronti, anche perché in questo ambito la nostra società non riesce più a mettere in campo modelli di riferimento spendibili e attrattivi».

TRASGRESSIONE - La conferma di questo desiderio di adultità estetica a "responsabilità limitata" viene proprio dai riscontri dell'Osservatorio SIP: i comportamenti che gli adolescenti adottano per simulare un'età che non hanno sono prevalentemente di tipo estetico piuttosto che comportamentale e quando interessano i comportamenti sono orientati alla trasgressione piuttosto che all'equilibrio. Per sembrare più adulto il 26% dei maschi e, addirittura, il 73% delle femmine punta su interventi al look (modo di vestire, trucco, fare un piercing o un tatuaggio, mettere in risalto il seno), mentre solo l'11% (senza significative differenze di genere) adotta comportamenti più maturi (leggere, ridere meno, parlare con gli adulti, essere prudente, lavorare, cucinare, mangiare in modo più genuino). Per il 24%, invece,

essere adulti significa "dire parolacce", mentre fumo e alcol rappresentano il simbolo della "adulità" per circa il 20% degli adolescenti intervistati. Inutile dire che il "vestire da adulti" non è certo tailleur per le ragazze e giacca e cravatta per i maschi ma, come ha efficacemente detto Roberta (13 anni) in uno dei focus group realizzati nell'ambito delle indagini SIP, «significa vestirsi in modo che gli uomini per strada si girano a guardarti».

TATUAGGI E PIERCING - Sul modo di vestirsi e di pettinarsi, in particolare, le scelte alle quali ci si "deve" uniformare risentono fortemente anche dei condizionamenti del proprio gruppo di riferimento. In pratica, la moda detta le linee guida generali, mentre le differenziazioni, invece di essere individuali, sono del gruppo. Un fenomeno che Carlo Buzzi, sociologo dell'Università di Trento, descrive come identificativo della difficoltà, molto diffusa tra gli adolescenti di oggi, di assumersi in proprio la responsabilità di un agire (in questo caso il modo di vestirsi), preferendo condividerla con altri. E tra le frontiere più recenti del look adolescenziale che "fa adulto" ci sono tatuaggi e piercing. Ma se per mettersi un paio di pantaloni a vita bassa con la marca degli slip bene in vista (per i maschi) o il "toppino" con l'ombelico en-plein-air (per le femmine) basta andarseli a comprare, per farsi un tatuaggio o un piercing legale, prima dei 18 anni, è indispensabile il consenso dei genitori. Consenso familiare che, a giudicare dal numero di adolescenti che li ha non deve essere così complicato, per i ragazzi, da ottenere.

I RISCHI PER LA PELLE - A questo proposito Lucrezia Frasin, dermatologa all'Ospedale di Lecco, ricorda che un tatuaggio non è mai completamente esente da rischi (anche perché si può essere allergici, senza saperlo, ad uno dei componenti che viene iniettato) e che comunque le garanzie igienico-sanitarie che la struttura che lo esegue può dare sono importantissime per minimizzare i rischi. «Così come è sempre bene tener presente - spiega l'esperta - che un tatuaggio è pressoché indelebile, perché le tecniche laser per la rimozione, comunque lunghe e costose, non sono mai completamente risolutive, anche perché se riescono a togliere il colore (il verde, ad esempio, è un colore quasi impossibile da eliminare) schiariscono la pelle». Attenzione, quindi, a farsi tatuare, sulla scia dell'emozione del momento, le iniziali del fidanzato di turno.

MAGRI A TUTTI I COSTI - Ma l'aspetto più pericoloso del "look" inseguito dagli adolescenti di inizio secolo è, con ogni probabilità, il "magro a tutti i costi". Secondo quanto emerge dalle indagini della Società Italiana di Pediatria e della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza il 43% degli adolescenti vorrebbe essere più magro, il 26,5% ha già fatto una dieta e, tra questi, oltre il 40% se l'è autoprescritta. Un dato molto preoccupante secondo Silvano Bertelloni, pediatra adolescentologo dell'Università di Pisa e membro del direttivo dell'Associazione Laboratorio Adolescenza che spiega: «I disturbi della condotta alimentare (anoressia in testa) sono in rapidissimo aumento proprio tra i giovanissimi, anche in virtù di una anticipazione (fin già dai 12 anni) dell'attenzione al corpo e all'immagine del corpo. Nella grande maggioranza dei casi alla base della piramide di una anoressia conclamata c'è il desiderio di perdere peso anche se non ce ne è bisogno, al quale fa seguito una dieta, spesso autoprescritta».

i

PROGETTO GIOVANI

Palestra e computer per i ragazzi in ospedale

Inaugurati all'Istituto tumori di Milano 90 metri quadri di spazi dedicati ai pazienti teenager per fare sport, leggere, chattare, studiare o giocare durante il ricovero

MILANO - Una palestra con cyclette, tapis-roulant e diversi attrezzi per fare ginnastica, con un personal trainer con competenze specifiche nella fisioterapia. E due spazi multifunzionali dedicati allo svago (attraverso la riconversione di stanze in precedenza dedicate ad altre funzioni), arredati con poltrone, scrivanie, tv, computer, collegamento a internet e postazioni pensate per leggere, chattare, studiare o fare videogiochi. Oltre 90 metri quadri di spazi dedicati agli adolescenti sono stati inaugurati oggi pomeriggio nel reparto di Pediatria oncologica dell'Istituto Nazionale dei Tumori (Int) di Milano, grazie al sostegno della Fondazione Bianca Garavaglia e con il supporto di Brothers Italia. L'obiettivo è quello di rendere migliore possibile il soggiorno in ospedale dei ragazzi a cui viene diagnosticato un tumore. «Diverse strutture si sono dotate di reparti "a misura di bambino", con giochi, clown e personale per i più piccoli - spiega Andrea Ferrari, oncologo pediatra, responsabile del Progetto Giovani dell'Int - o hanno pensato a iniziative per gli adulti, come i corsi di make up per le donne. Ma quando il paziente è un teenager le cose si complicano, perché la malattia arriva in un periodo già delicato e complesso di per sé. E perché i centri di cura non sono organizzati per il soggiorno dei ragazzi, che si trovano così a dover subire anche il disagio di trascorrere mesi in un ambiente inadatto».

I SUCCESSI CONTRO IL CANCRO NON RIGUARDANO I RAGAZZI - Ogni anno circa mille giovani italiani fra i 15 e i 19 anni scoprono di avere un tumore. Per loro la probabilità di guarire, a parità di condizione clinica, è generalmente inferiore a quella dei bambini e non si riscontra il trend di miglioramento della sopravvivenza che si è osservato negli ultimi anni sia nei bambini che negli adulti. Numerosi recenti studi hanno fatto emergere come i pazienti adolescenti abbiano minori probabilità di guarire dei bambini, a parità di condizione clinica. La costante tendenza al miglioramento in termini di sopravvivenza osservata negli ultimi anni per i bambini, ma anche per i pazienti adulti, non ha purtroppo una corrispondenza negli adolescenti e nei giovani adulti. L'ultimo studio disponibile su questo tema - lo studio di Eurocare pubblicato nel 2009, coordinato dall'Int - ha analizzato la sopravvivenza dei pazienti europei a diverse forme tumorali rilevando diverse probabilità di guarigione per adolescenti e bambini a parità di patologia e condizione clinica. È così emerso, ad esempio, che contro la leucemia linfoblastica acuta i bambini hanno l'85 per cento di probabilità di sopravvivenza a fronte del 50 per cento degli adolescenti; contro i linfomi non-Hodgkin l'82 a fronte del 74; contro l'osteosarcoma il 77 per cento contro il 60 e contro il sarcoma di Ewing il 66 contro il 48.

DIFFICOLTÀ A TROVARE IL «CENTRO GIUSTO» - «Le cause di questa disparità - chiarisce Ferrari - sono in parte dovute alla difficoltà degli adolescenti di accedere alle cure e di essere arruolati nei protocolli clinici. Il problema è che nonostante due terzi dei tumori in questa fascia d'età siano neoplasie

tipiche dell'età pediatrica, solo una minoranza dei ragazzi è curata nei reparti giusti, ovvero quelli pediatrici, dove generalmente ci sono limiti di età per il ricovero (dai 15 ai 18 anni a seconda dei centri di cura)». Così, in pratica, i giovani pazienti restano sospesi a metà tra l'oncologia pediatrica e quella dell'adulto, dove però mancano centri e protocolli specifici per loro. Questi limiti, spiegano gli esperti, fissati dalle amministrazioni ospedaliere o dalle regioni, rappresentano vere e proprie barriere al trattamento degli adolescenti con i protocolli pediatrici, anche se affetti da tumori tipici dell'età pediatrica come rhabdomyosarcoma, medulloblastoma o leucemia linfoblastica acuta. L'Int di Milano è l'unico centro di oncologia pediatrica in Italia che fa parte di un istituto oncologico e dove non esistono rigidi limiti di età: i pazienti con tumore pediatrico possono essere ricoverati fino a 21 anni e oltre. Degli oltre 1.100 pazienti curati negli ultimi 5 anni, circa il 25 per cento aveva tra 15 e 18 anni e il 12 per cento era maggiorenne.

PENSARE AL FUTURO - «Il nostro centro è il maggiore polo in Italia per casistica sui teenager è il secondo in Europa dopo l'Istituto Gustave Roussy di Parigi - conclude Maura Massimino, direttore della Pediatria Oncologica dell'Int -. Con il Progetto Giovani vogliamo migliorare e standardizzare l'accesso ai protocolli clinici per i ragazzi di questa fascia di età e dare loro la possibilità di accedere a servizi dedicati quali il supporto psicosociale e le misure di conservazione della fertilità (fondamentali per i tanti giovani che guariscono e hanno il diritto, una volta adulti, ad una vita normale che comprenda la possibilità di diventare genitori). Un aspetto molto importante è costituito dagli ambienti in cui i ragazzi vengono curati e dalla possibilità di continuare a svolgere, almeno in parte, le proprie attività anche durante le terapie: dallo studio, allo sport, all'opportunità di giocare e socializzare con i loro coetanei». Più in generale l'intento è quello di creare un nuovo modello di organizzazione medica e di cultura specifica sui teenagers, con la sfida di occuparsi non solo della malattia, ma della vita dei ragazzi, facendo entrare in ospedale la loro normalità, la loro creatività, la loro forza.

CORRIERE DELLA SERA.it

STUDIO AMERICANO

Una colazione ricca di proteine aiuta a tenere sotto controllo il peso

Chi mangia carne e uova al mattino non si lascia poi tentare, nel corso della giornata, da spuntini ricchi di grassi e zuccheri

MILANO - Se il buongiorno si vede dal mattino, per una sana alimentazione e per non cedere, nel corso della giornata, a snack ipercalorici, meglio iniziare con una buona colazione. Il primo pasto della giornata, ancor più se ricco di proteine, mette un freno al nostro appetito ed è un ottimo alleato per tenere sotto controllo il peso. Questa è la conclusione di uno studio pubblicato su *The American Journal of Clinical Nutrition* dai ricercatori dell'Università del Missouri.

LO STUDIO - Per valutare gli effetti di una colazione ad alto contenuto di proteine (35 grammi di proteine) o di uno snack normalmente proteico (13 grammi di proteine) sul senso di sazietà e consumo di cibo nel resto della giornata, i ricercatori hanno coinvolto venti ragazze, età media 19 anni, obese o in sovrappeso, solitamente abituate a saltare la prima colazione. Per sei giorni, alcune hanno mantenuto le consuete abitudini alimentari, ovvero nessun pasto prima di andare a scuola, e altre invece hanno assunto 350 chilocalorie (con un equilibrato apporto di grassi, fibre, zuccheri e carboidrati): chi mangiando uova e carne magra di manzo, chi cereali. Il settimo giorno, inoltre, si sono sottoposte a prelievi del sangue e, prima di cena, alla risonanza magnetica funzionale (fMRI) per monitorare l'attività neuronale connessa agli stimoli alimentari. Lo studio ha confermato che saltare la colazione non aiuta a tenere il peso sotto controllo: nel resto del giorno, infatti, si finisce con l'avere inevitabilmente più fame. Ma non solo. «Abbiamo riscontrato - spiega Heather Leidy, del Department of Nutrition and Exercise Physiology dell'università americana e coordinatrice del team di ricerca - che un pasto molto ricco di proteine aumenta il senso di pienezza, di sazietà, e riduce l'attività delle aree cerebrali responsabili del controllo del desiderio di cibo». Inoltre, pasti più proteici diminuiscono i livelli dell'ormone che stimola la fame, la grelina, e contribuiscono ad aumentare le concentrazioni nel sangue del peptide YY, legato invece al senso di sazietà. Insomma, «iniziare la giornata con una colazione ricca di proteine potrebbe essere - secondo i ricercatori - una potenziale strategia per evitare di abbuffarsi nel corso della giornata e migliorare la qualità della dieta degli adolescenti con problemi di peso». Infatti, dallo studio emerge che chi ha mangiato carne e uova al mattino non si è lasciata poi tentare, di sera, da spuntini ricchi di grassi e zuccheri.

INIZIARE CON IL PIEDE GIUSTO - Potrà sembrare strano, ma in effetti quello che si mangia al mattino incide sulle scelte alimentari dell'intera giornata. «Si tratta del *second meal effect* - spiega Andrea Ghiselli, nutrizionista del Consiglio per la Ricerca e la Sperimentazione in Agricoltura -. Per esempio, se a colazione ingeriamo solo zuccheri, senza un adeguato apporto di proteine, fibre e grassi, inizialmente avremo un picco della glicemia, cui seguirà un'impennata dell'insulina, l'ormone che si oppone all'eccessiva concentrazione di zucchero nel sangue. Al conseguente abbassarsi della glicemia, avvertiremo sonnolenza, stanchezza e languore: avremo dunque bisogno di mangiare di nuovo e di ingerire altri zuccheri. Insomma,

se al mattino mangiamo cibi non bilanciati dal punto di vista dei nutrienti, inneschiamo, come un cane che si morde la coda, un circolo vizioso di picchi glicemici e di insulina». La colazione ideale, dunque? Ghiselli promuove la tipica colazione italiana - «non necessariamente una colazione salata è migliore di una dolce» - e ricorda di non eccedere con una dieta iperproteica. «Consiglio una bella tazza di latte o yogurt: 250 grammi contengono già più di 8 grammi di proteine, oltre che preziosissimi nutrienti come calcio, grassi e carboidrati. Accompagnata da biscotti o una merendina, oppure da pane (meglio se integrale) e marmellata, o cereali (meglio se con fibra), e un frutto. In effetti - aggiunge -, al mattino, per un adeguato apporto proteico, non bisogna mangiare ogni giorno uova e bacon, anzi: le nostre coronarie e il colon ne risentirebbero. Guai, dunque, cominciare a mangiare salumi e formaggi tutti i giorni: in Italia ne consumiamo già il doppio rispetto alle raccomandazioni. Quindi, se si vuole optare per il salato, meglio non superare le due porzioni (in tutto 100 grammi) a settimana di salumi, non eccedendo neppure con il consumo di uova e formaggio».

CHI BEN COMINCIA... - Dolce o salata, la colazione è il pasto più importante della giornata. Eppure, saltare la colazione è un'abitudine alimentare comune soprattutto tra i giovanissimi. Abitudine fortemente associata all'obesità. «È importante dunque - ribadisce il nutrizionista - educare i bambini al rito della prima colazione. Se non mangiano nulla o fanno uno spuntino mordi e fuggi, a metà mattina, a scuola, sono stanchissimi e finiscono poi con l'abbuffarsi durante la ricreazione, per mangiare poco o niente a pranzo e poi di nuovo abbuffarsi a cena. Una corretta prima colazione, invece, scandisce il ritmo fame-sazietà di tutta la giornata: come dire che cominciando bene si continua meglio».



p16 Esclusivo La perizia grafologica su Michele Misseri, lo zio di Sarah Scazzi



p16 Reportage Kazakistan Le mille contraddizioni del Paese ex sovietico

EURO 1,50

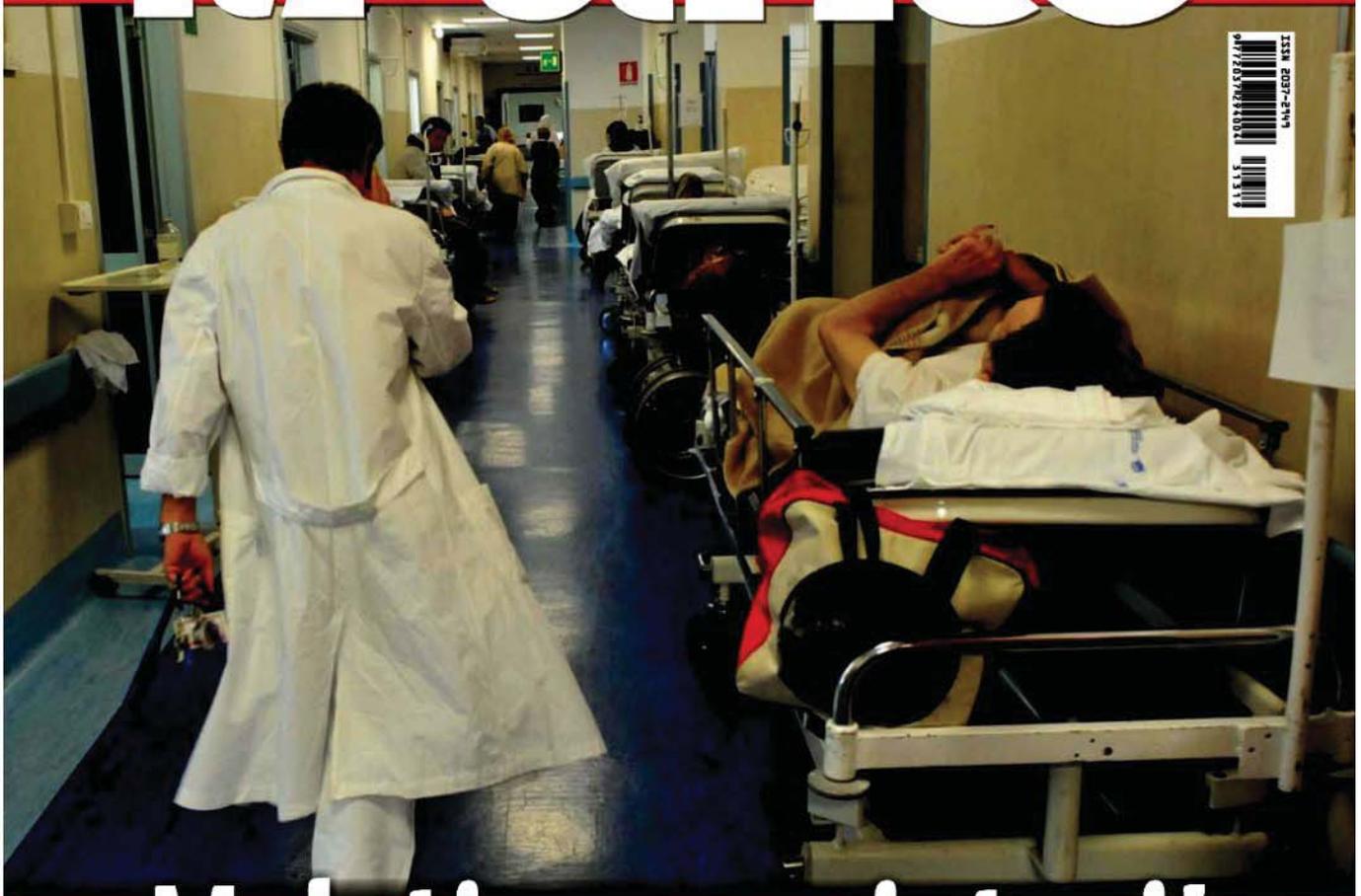
Settimanale di Informazione

ANNO V N. 18-19 9 MAGGIO 2013

www.ilpunto.it

ilPunto

ntc



Malati arrangiatevi!

Per sfuggire all'inferno della propria regione e fruire di migliore assistenza sanitaria occorre un "passaporto", un via libera della Asl che permetterà agli ammalati campani di non morire di malasanaità. Il modello Napoli vogliono ora esportarlo in tutta Italia per motivi di "contenimento della spesa"

Disastro sanità

IL MODELLO CAMPANIA

La Regione di Caldoro ha emanato un decreto senza precedenti nella storia della sanità italiana che obbliga i suoi residenti, che intendono curarsi altrove, a chiedere il permesso della propria Asl di appartenenza. Presto, un provvedimento simile potrebbe essere adottato in tutta Italia

ALESSANDRO DE PASCALE

F Il nostro Servizio sanitario, definito nel 2007 dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) il secondo migliore al mondo per capacità e qualità dell'assistenza, presto potrebbe cambiare radicalmente. Colpa di un mix esplosivo, i cui ingredienti sono l'austerità e il federalismo regionale. Due fattori che stanno per assestare il colpo fatale a quello che è stato il fiore all'occhiello della nostra democrazia, trasformandolo in qualcosa di diverso. A tracciare il nuovo corso, gli assessori alla Sanità delle Regioni italiane, riuniti nella commissione Salute, durante l'ultimo incontro della prima settimana di aprile. Durante, è stato deciso di mettere un freno alla mobilità dei pazienti in giro per l'Italia. Come già avviene in Campania.

FINE DELL'ECCELLENZA

L'8 aprile 2013, sul Bollettino ufficiale della Regione Campania (Burc), è stato pubblicato il decreto 156, firmato dal governatore Stefano Caldoro (Pdl), nella sua veste di commissario per il risanamento



Foto: Filippo Maiolo

del servizio sanitario campano, e dal suo vice Mario Morlacco. Un provvedimento dirimpente e retroattivo, che non ha precedenti nella storia del nostro Paese. I campani che vogliono effettuare una serie di interventi chirurgici fuori dalla regione de-

vono d'ora in poi ottenere un'autorizzazione preventiva da parte della loro Azienda sanitaria locale (Asl) di appartenenza. In pratica, se un paziente vuole effettuare «interventi sulla retina, sul cristallino con o senza vitrectomia, interventi



sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino, altre diagnosi del sistema muscoscheletrico e del sistema connettivo, interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione», in «Lazio, Molise, Puglia e Basilicata», non potrà farlo

senza l'ok di un'apposita commissione della Asl. Come già avviene per l'estero. Inoltre, il provvedimento è retroattivo, dal primo gennaio 2012. Un particolare che potrebbe gettare nel caos le Aziende sanitarie, dato che non si sono ancora dotate

Il Federalismo regionale

Cure mediche, lo Stato si sfilia

Il vero elemento di svolta del sistema sanitario è la legge di riforma sanitaria del 23 dicembre 1978 che istituisce il Fondo sanitario nazionale, alimentato dal meccanismo erariale, attraverso le imposte generali e i contributi regionali. Il finanziamento viene così garantito dal trasferimento dei mezzi finanziari confluenti nel fondo sanitario nazionale alle Regioni e, nell'ambito di queste, alle singole unità sanitarie locali. Nel 1992 con un decreto legislativo per il contenimento e il riequilibrio della spesa sanitaria, i versamenti sanitari dei soggetti residenti confluivano direttamente nel bilancio delle Regioni, alle quali venivano attribuiti poteri gestionali. In tal modo l'amministrazione centrale si affrancava dall'obbligo di ripianare i disavanzi della salute, visto che si rinviava alla Regione la facoltà di garantire con proprie risorse la copertura di prestazioni superiori ai livelli assistenziali. Nel 1999 una sentenza della Consulta stabilisce che le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, mentre un nuovo decreto introduce la disciplina del patto di stabilità interno nel Servizio sanitario nazionale. Con l'accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2000, il governo si impegna per l'anno 2000 a incrementare il fondo sanitario nazionale da ripartire tra le Regioni, mentre agli eventuali disavanzi registrati in tale anno erano le Regioni a dover fare fronte con i propri bilanci. Quello stesso anno viene dato avvio alla riforma della finanza regionale, modificando il modello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale e introducendo il federalismo fiscale nel nostro ordinamento. Viene così soppresso il fondo sanitario nazionale e introdotte una serie di compartecipazioni regionali a tributi statali, istituito il fondo perequativo nazionale. L'obiettivo è da un lato di attribuire alle Regioni la gestione e la responsabilità dell'impiego delle risorse finanziarie ed evitare il ricorso a livello centrale per ripianare i deficit e, dall'altro, di mantenere fermo il principio dell'uniformità delle prestazioni sul territorio nazionale e della garanzia di assistenza per tutti i cittadini. Tuttavia, il decreto è rimasto in una situazione di "letargo" giuridico, di fatto sostituito dalla contrattazione Stato-Regioni.

adp

della commissione «per il rilascio delle autorizzazioni preventive», che dovrà inoltre fornire «adeguata informazione ai medici di famiglia e ai pazienti». La misura era stata già prevista dalla finanziaria regionale del 2012 nonché dal Consiglio dei ministri del 3 dicembre 2009. Il decreto di Caldoro porta la data del 31 dicembre 2012, ma è stato pubblicato sul *Burc* soltanto questo mese. L'obiettivo del provvedimento è arginare la fuga dei pazienti che ogni anno costa alla Campania 400 milioni di euro. Mettendo un freno alla «mobilità sanitaria interregionale», visto che «in assenza dell'autorizzazione le prestazioni non sono remunerabili». Peraltro proprio in quelle quattro regioni confinanti che ospitano la maggior parte degli ammalati campani. «Siamo partiti da cinque categorie ad elevato rischio inappropriata per avviare un percorso strategico», ha dichiarato il deputato Raffaele Calabrò (Pdl), consigliere del governatore Caldoro sul tema della salute. «I cittadini han-

no il diritto di scegliere dove farsi operare, ma se ciò determina gravi sprechi la Regione può e deve controllare nell'interesse degli stessi cittadini che pagano le tasse e chiedono legittimamente servizi e prestazioni adeguate». La norma ha già suscitato un vespaio di polemiche ed è stata definita da molti esperti «incostituzionale», tanto che sarebbero già pronti i ricorsi alla Consulta.

PER I NON RESIDENTI

Il decreto commissariale firmato da Caldoro ha inoltre modificato le tariffe per i non residenti che «usufruiscono del pronto soccorso presso gli ospedali campani senza ricovero» o del trasporto d'urgenza col 118. Anche in questo caso la norma è retroattiva, i prezzi a carico delle Regioni di appartenenza ancora provvisori. C'è il codice bianco (la quota sarà di 41,32 euro), passando per il verde (154,94 euro), il giallo (309,87 euro) e fino al codice rosso (1.032,91 euro). Si pagherà an-



Il presidente della regione Campania, Stefano Caldoro, assieme all'ex governatrice del Lazio, Renata Polverini. A sinistra, una protesta davanti al Policlinico Umberto I di Roma, a destra il Pronto soccorso dell'ospedale Loreto Mare di Napoli (ansa).



che nel malaugurato caso di decesso durante il trasporto. Ma solo 25,82 euro. Stabilite, infine, le tariffe per il trasporto con i mezzi di soccorso (attraverso il 118). Trecento euro per l'autoambulanza, 1.300 per gli interventi via mare e oltre 3mila euro per l'elisoccorso. Mille euro in più della lussuosa Svizzera, dove per un analogo servizio si spendono tra i 1.680 e i 1.900 euro.

UN PRIMO PASSO

Provvedimenti simili potrebbero tuttavia essere presto adottati anche nel resto d'Italia. Per i tecnici del ministero della Salute sono infatti oltre un centinaio le pa-

tologie sulle quali si registrano maggiori sprechi di denaro pubblico. E allora anche a livello nazionale si sta ragionando sulla possibilità di seguire la strada adottata in Campania fissando appositi «paletti». La riunione degli assessori regionali alla Sanità, sembra sia stata infuocata. La Lombardia, altra regione assieme al Lazio a beneficiare della migrazione di pazienti, non ha proprio partecipato. Mentre Veneto ed Emilia Romagna, inizialmente pronte ad alzare le barricate, alle fine si sono convinte a parlarne. Anche se finora non avrebbero ancora preso una decisione in merito. Le prime Regioni ad adottare un provvedimento analogo potrebbero essere le cinque accomunate dal disavanzo sanitario sanità e dal relativo commissariamento (oltre alla Campania, anche Lazio, Calabria, Molise e Abruzzo) e dalle tasse più alte d'Italia, sotto forma di maxi addizionali per cittadini (Irap) e imprese (Irap). In queste cinque, inoltre, potrebbero nuovamente aumentare i ticket sanitari, in Campania addirittura del 20 per cento. Una stangata pesantissima, per il bilancio delle famiglie, in un momento di dura crisi economica,

di cui non si intravede la fine. Le alternative, però, sembrano davvero poche. Per far quadrare il bilancio nazionale, servono due miliardi di euro che il governo vuole recuperare proprio attraverso un nuovo rincaro dei ticket. Di questa elevata somma, soltanto dalla Campania devono arrivare a Roma oltre 200 milioni in tre anni. «Pagare un ticket di oltre sessanta euro, significa costringere i malati a una dura scelta: curarsi o mangiare», ha denunciato senza mezzi termini Giuseppe Tortora, vice segretario nazionale del Sumai, il sindacato medici di famiglia.

