

# quotidiano**sanità**.it

Giovedì 31 LUGLIO 2014

## Conferenza delle Regioni. È Sergio Chiamparino il nuovo presidente. Lo affianca Stefano Caldoro

***Il presidente del Piemonte è stato eletto all'unanimità. Alla vicepresidenza il governatore della Campania. Tra le grandi sfide che attendono le Regioni, per il neo presidente c'è la sanità: "Dovremo cercare di trovare un accordo insieme al Governo che consenta di dare risposte a quello che è il bisogno delle popolazioni". E ha annunciato che l'obiettivo per la prossima settimana è la chiusura del Riparto del Fsn.***

“È un motivo di grande orgoglio sostituire Vasco Errani, una pietra miliare per tanti anni del mondo delle autonomie e del regionalismo, un interlocutore di grandissima autorevolezza. Mi sforzerò di essere all'altezza, e per questo avrò bisogno di grande collegialità sia nella definizione degli organi di presidenza sia nel far lavorare il più possibile l'assemblea. Ma è anche un grande onore avere al fianco, Stefano Caldoro”.

Aprire così il suo primo discorso da presidente delle Regioni, **Sergio Chiamparino**, Governatore del Piemonte, eletto all'unanimità alla guida della Conferenza delle Regioni. Un voto unanime che ha incassato la sua soddisfazione: “Un segnale incoraggiante anche rispetto alla fase politica che il Paese sta vivendo”.

Nel suo discorso alla stampa ha puntato dritto alle sfide fondamentali che attendono non solo le Regioni, ma anche il Paese “che vogliamo che resti sempre di più un Paese pulito al di là di qualsiasi forma di separazione”.

La prima sfida è la riforma Senato: “Portare avanti questa riforma – ha detto – è un obiettivo della vita politica. Avere un luogo politico dove le autonomie locali e le Regioni possono confrontarsi direttamente con lo Stato senza intermediazioni è importante. È l'unico modo per far vivere l'autonomia locale e regionale”.

C'è poi il tema della revisione del Titolo V: “Si apre una stagione di riforme costituzionali dove le regioni devono essere protagoniste e di cui sentiamo la responsabilità e a cui cercheremo di corrispondere”.

Ma l'altra grande sfida è quella sulla sanità. “Dovremo cercare di trovare un accordo insieme al Governo che consenta di dare risposte a quello che è il bisogno delle popolazioni tenendo conto che il Paese è largo e lungo”. Ma anche tenendo conto che le Regioni non possono più permettersi di essere quelli che rispondono alle sfide con efficacia ed efficienza

“Tutto ciò che è introduzione dei costi standard e dei criteri di valutazione – ha aggiunto – consentirà di provare che Regioni e autonomie locali non sono cattivi scolaretti, ma possono insegnare ad altri come si amministra”. Non sempre questo è stato realizzato, ha sottolineato Chiamparino, ma questa è la grande sfida che attende le Regioni.

Sempre rimanendo in tema di sanità Chiamparino ha poi auspicato che il Riparto del fondo sanitario nazionale sia definito entro la prossima settimana: “Lunedì e martedì gli assessori riprenderanno la

discussione per arrivare a un accordo”.

E ancora, ha aggiunto: “Vogliamo cercare intorno a questi materie di garantire a tutti, livelli adeguati di servizi, e una loro gestione efficiente ed efficace. Inizieremo presto un confronto per comporre l’ufficio di presidenza tenendo conto delle rappresentanze di ogni parte d’Italia, Nord Centro e Sud, ma anche delle piccole regioni e di quelle a statuto speciale. Proprio per quel bisogno di collegialità che ci consentirà di ottimizzare l’assetto delle varie articolazioni della Conferenza dei Presidenti”.

“Lasciatemi ora il tempo ora di capire dove sono finito – ha chiosato – poi sarò più esaustivo”.

“La candidatura di Chiamparino è forte ed autorevole – ha detto **Stefano Caldoro**, vicepresidente – questo è molto importante perché essere arrivati ad un voto unanime significa che, se le scelte vengono fatte dalla politica, poi le decisioni sulle regioni restano alle regioni, un segnale forte del sistema delle autonomie.

Caldoro ha poi rivolto le sue parole all’ex presidente Errani. “Vasco – ha aggiunto Caldoro – è stato un grande presidente, sempre all’altezza delle situazioni e per noi è indubbiamente un’eredità pesante. Cercheremo di portare avanti, come Errani ha fatto in questi anni, un grande lavoro di squadra di altissimo livello”.

Il neo vicepresidente delle Regioni si è infine detto pienamente d’accordo con Chiamparino sull’importanza delle riforme in atto: “È sfida che ci attende e la tua guida – ha detto rivolgendosi a Chiamparino – sarà un punto di riferimento indiscusso”.

Giovedì 31 LUGLIO 2014

## Spending review. Cottarelli: "Non si possono utilizzare i risparmi per aumentare la spesa"

***Questo l'atto d'accusa riportato dal commissario alla spending review sul suo [blog](#). In questo modo non si potrà ridurre la tassazione su lavoro, "condizione essenziale per una ripresa dell'occupazione in Italia". Cottarelli aggiunge che usare "presunti tagli lineari per la copertura di nuove spese riduce il costo politico legato all'individuazione di coperture vere".***

*Duro atto d'accusa del commissario alla spending review, Carlo Cottarelli, sull'operato del Governo. Nel suo blog è stato pubblicato un post in cui si spiega come la revisione della spesa non possa essere uno strumento per il finanziamento di nuove spese.*

*Riportiamo di seguito integralmente il testo di Carlo Cottarelli.*

Si sta diffondendo la pratica di autorizzare nuove spese indicando che la copertura sarà trovata attraverso future operazioni di revisione della spesa o, in assenza di queste, attraverso tagli lineari delle spese ministeriali. Era già successo nella Legge di Stabilità del 2014, nel decreto legge 4 di fine gennaio 2014 (per evitare il taglio delle spese fiscali) e nel decreto legge sulla pubblica amministrazione (per finanziare i pensionamenti dei funzionari "anziani"). Ora questa pratica sembra sia utilizzata per finanziare il pensionamento di alcuni lavoratori arrivati alla cosiddetta "quota 96" (una combinazione tra età e anni di servizio) e tenuti in servizio in base alle regole di pensionamento vigenti.

Il totale delle risorse che sono state spese prima di essere state risparmiate per effetto di queste decisioni ammonta ora 1,6 miliardi per il 2015. Intendiamoci: tecnicamente, la copertura c'è. Ma questa è in realtà costituita da tagli lineari perché la promessa di future operazioni di revisione della spesa non può essere accettata come copertura sul piano giuridico.

Cosa significa questo in prospettiva? Significa che le risorse che deriveranno dalla revisione della spesa per il 2015 non potranno essere usate per la riduzione della tassazione (o del deficit o per effettuare altre spese prioritarie). Oppure che si dovranno attivare i sopracitati tagli lineari. Credo sia una tendenza preoccupante perché continuando così nuove spese saranno finanziate o tramite risparmi che non sono stati ancora approvati a livello politico o attraverso i famigerati tagli lineari che la revisione della spesa vorrebbe evitare.

E' una situazione paradossale in cui la revisione della spesa (futura) viene utilizzata per facilitare l'introduzione di nuove spese. Naturalmente possono sussistere mille buoni motivi per alcune nuove spese (anche se, con riferimento all'ultima applicazione di questo nuovo approccio, la spesa per pensioni in Italia mi sembra già abbastanza elevata e la riforma delle pensioni era volta a contenerne la crescita). Se il Parlamento legittimamente decide di introdurre nuove spese dovrebbe contestualmente coprirle con tagli di spesa non lineare di pari entità, individuandoli per esempio tra le proposte di revisione della spesa già presentate dal Commissario in passato. Mi sembra che usare presunti tagli lineari – in apparenza molto diluiti sull'intera amministrazione – per la copertura di nuove spese riduce il costo politico inevitabilmente legato all'individuazione di coperture vere, concrete, selettive. Inoltre con questo atteggiamento si finge di dimenticare che mentre una revisione selettiva della spesa ha l'obiettivo di aumentare l'efficienza della pubblica amministrazione a parità di prestazioni, i tagli lineari possono produrre per alcuni servizi una inevitabile riduzione delle prestazioni.

In fondo a tutte queste considerazioni di metodo, a mio avviso ne resta una cruciale, nel merito: se si utilizzano risorse provenienti da risparmi sulla spesa per aumentare la spesa stessa, il risparmio non potrà essere utilizzato per ridurre la tassazione su lavoro. Condizione, a mio giudizio, essenziale per una ripresa dell'occupazione in Italia.

Fonte: [revisionedellaspesa.gov.it](http://revisionedellaspesa.gov.it)

## La Salute taglia di oltre il 30% i tempi di 28 procedimenti amministrativi

31 luglio 2014

### [approfondimenti](#) [documenti](#)

- [Il testo dello schema di Dpcm](#)

Massimo 180 giorni per ottenere il via libera per la liquidazione dei danni da vaccino o per il nulla osta ad effettuare trapianti di fegato o rene da vivente. O per le casse da morto con materiali innovativi (diversi da zinco, piombo e legno). Ne basteranno invece 150 per ottenere il riconoscimento delle virtù delle acque minerali e appena 120 per autorizzare nuove sostanze per le bibite analcoliche o impianti di produzione.

A promettere tempi contingentati e ridotti di oltre il 30% rispetto agli attuali per 28 procedimenti autorizzativi di competenza della Salute, è un Dpcm che approda oggi in Consiglio dei ministri: «Regolamento concernente i termini di conclusione dei procedimenti amministrativi di competenza del Ministero della Salute aventi durata superiore a novanta giorni, a norma dell'articolo 2, comma 4, della legge n. 241 del 1990». (Il testo era già stato anticipato in ANTEPRIMA su questo sito: [VEDI](#))

Obiettivi generali del provvedimento - spiega la relazione tecnica - «creare le condizioni per offrire un servizio all'utenza e alle imprese richiedenti che consentano loro di essere più competitive, consentire ai soggetti danneggiati a seguito di vaccinazione obbligatoria o affetti da sindrome da talidomide di ottenere in tempi più rapidi la liquidazione dell'indennizzo, ridurre i ricorsi e smaltire gli arretrati».

Il regolamento - adottato in attuazione della L. n. 241/90 (art. 2) (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo) - disciplina complessivamente 28 procedimenti, di cui 18 con termini di 180 giorni, sei con termini di 150 giorni e quattro con termini di 120 giorni, abrogando le relative tabelle allegate al Dm 524/98, attualmente vigente. Per i 28 procedimenti disciplinati il tempo medio di trattazione attuale è di 253 giorni e per ben 12 di essi la disciplina risalente al 1988 non prevedeva termini tassativi di conclusione dell'iter. Tra questi figurano tra l'altro la liquidazione degli indennizzi, la verifica dei dispositivi medici nell'ambito della sorveglianza del mercato, l'autorizzazione all'installazione delle apparecchiature a risonanza magnetica nucleare e così via.

Tra i destinatari dell'intervento regolatorio figurano, tra gli altri, anche i dipendenti in quiescenza della Salute, che dovrebbero poter contare sulla

liquidazione dei trattamenti pensionistici in 180 giorni (contro gli attuali 360), i privati che richiedono delle autorizzazioni, compresi gli Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico e gli enti ecclesiastici. In particolare per le imprese - sottolinea ancora la relazione tecnica - sarà possibile «entrare sul mercato in tempi più rapidi, garantendo quindi un corretto funzionamento della concorrenza e, ove portatrici di una innovazione tecnologica quale l'impiego di particolari materiali per la fabbricazione di casse funebri, un vantaggio immediato in termini economici».

Il decreto non prevede infine la possibilità di adottare provvedimenti correttivi, ma ipotizza una verifica dello stato d'attuazione della normativa entro due anni dall'entrata in vigore del provvedimento.

## **Emergenza sanitaria** Sono 729 i morti e 1.323 gli infetti in Africa

# L'Oms: 100 milioni di dollari per combattere il virus Ebola

ROMA — Peter Piot è un personaggio molto autorevole nel campo delle malattie infettive e tropicali. Belga, virologo, direttore della London School di Igiene e medicina tropicale, è stato uno dei primi a descrivere il microbo che sta imperversando in Africa Occidentale e tiene in allerta gli altri continenti.

Le dichiarazioni rassicuranti per l'altra parte del mondo rilasciate al *Times* hanno dunque un valore aggiunto: «È improbabile che si scateni un'epidemia al di fuori dei Paesi già colpiti. Anche se un paziente infetto volasse in Europa, negli Stati Uniti o altre regioni africane, difficilmente potrebbe causare un ampio contagio». Piot risponde a un dubbio comune: e se, a nostra insaputa, ad esempio in una metropolitana londinese, ci trovassimo a contatto con un passeggero malato? «Io non sarei preoccupato. Per trasmetterci l'infezione dovrebbe vomitarci addosso, serve un contatto molto ravvicinato».

Sierra Leone, Liberia, Guinea e Nigeria. È qui che Ebola ha le sembianze di un mostro pericoloso. Dall'inizio del suo viaggio tra gli uomini, sette mesi fa, sono stati 1.323 i casi di infezione, 729 i morti. Negli ultimi giorni l'ondata di contagi ha avuto un'accelerazione con circa 60 vittime. L'Organizzazione mondiale della sanità aggiorna quotidianamente il suo bollettino. E ha annunciato un piano d'emergenza da 100 milioni di dollari (75 milioni di euro). La Guinea, dove Ebola è rispuntato fuori all'inizio dell'anno, è il Paese più colpito assieme alla Liberia. I rispettivi capi di Stato stanno assumendo misure di contenimento molto dure. Scuole e servizi pubblici chiusi, commercio vietato nelle zone di frontiera, livelli di sorveglianza altissimi soprattutto negli aeroporti dopo che un uomo già infettato ha preso l'aereo per la Nigeria, dove poi è morto.

Però da Ginevra, sede dell'Oms, non sono state decise re-

strizioni sui viaggi né chiusura di frontiere. L'associazione della compagnie aeree, Iata, precisa che se anche un passeggero fosse infetto per gli altri il rischio sarebbe basso. Aumentati in tutto il mondo i controlli per prevenire l'epidemia globale. Allo scalo Kennedy di New York

### Usa

Allo scalo Kennedy di New York, in quarantena i visitatori con sintomi sospetti da Paesi a rischio i visitatori provenienti da Paesi a rischio con sintomi sospetti sono messi in quarantena.

In Italia nei confronti del nuovo pericolo epidemico c'è un atteggiamento attento ma non allarmistico. Al ministero della Salute il rischio di importazione viene definito remoto «tanto più che non ci sono collegamenti diretti con i Paesi colpiti». Per quanto riguarda gli

### Francia

Il ministro Marisol Touraine tranquillizza i cittadini: abbiamo i mezzi per contrastare il virus immigrati clandestini provenienti dalle coste africane via mare si fa presente che «se anche si imbarcassero in una fase di incubazione, svilupperebbero la malattia durante la navigazione e arriverebbero in Italia con sintomi inequivocabili che li renderebbero subito identificabili allo sbarco».

In Gran Bretagna è polemica dopo le accuse di Lucy Moreton, sindacato servizi immigrazione, sulla impreparazione delle dogane locali a fronteggiare Ebola. Tranquillizza i cittadini francesi il ministro Marisol Touraine: «Abbiamo i mezzi per contrastare il virus».

**M. D. B.**



## **Tumore del colon**

### **TRE OCCHI SONO MEGLIO DI UNO**

Osservare nel dettaglio anche gli anfratti più nascosti dell'intestino, e individuare per tempo polipi e formazioni pretumorali o tumorali molto meglio di quanto non fa la colonscopia tradizionale. Questo promette il nuovo endoscopio collegato a tre minitecamere (anziché a una, come quello classico) in via di sperimentazione all'Istituto Humanitas di Milano. Dove Alessandro Repici, responsabile dell'endoscopia, coordinerà uno studio clinico che, dopo altri condotti in Israele e negli Stati Uniti, dovrebbe convalidare in maniera definitiva lo strumento. «Secondo i dati raccolti finora, questo endoscopio ha un potere diagnostico superiore del 70-80 per cento rispetto a quello classico. E ci consente non solo di diagnosticare in fase precoce, ma anche di asportare i tumori più superficiali, che si formano nei primi tratti delle pareti del colon, dello stomaco e dell'esofago. Con un'accuratezza mai raggiunta prima».

Agnese Codignola

**La tragedia** Morto a 5 anni, colpito dal tumore quando aveva tre mesi. Il padre: nessuno può provare il legame con l'Ilva, ma fermiamo il massacro

## Addio a Lorenzino, il bimbo malato simbolo di Taranto

Prima del funerale, il papà di Lorenzino, Mauro Zaratta, ha chiesto ieri a don Mimino Damasi, parroco della Regina Pacis di Taranto, di non indossare i paramenti viola del lutto ma il bianco del sacro. E di evitare il rintocco funebre delle campane, ma anzi di farle suonare a festa, «perché Lorenzino in questi 5 anni mi ha insegnato comunque ad amare la vita».

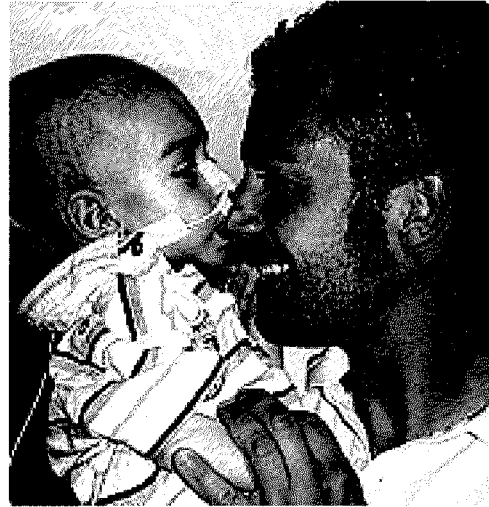
Cinque anni di calvario, per Lorenzino Zaratta, che don Mimino — che l'aveva pure battezzato, nel 2009 — chiamava «il combattente» perché il bambino, dall'età di tre mesi, aveva dovuto lottare con un tumore al cervello «più grande della sua testolina», così raccontava suo padre, che insieme a lui fino all'ultimo ha girato l'Italia per sottoporlo ai duri cicli di chemio, alla logopedia, alla riabilitazione.

Lorenzino Zaratta, già due anni fa, era diventato il simbolo dei bimbi ammalati di Taranto, i bimbi minati dalle polveri e dai fumi della zona industriale, dominata dai camini dell'Ilva, la grande acciaieria. Suo padre, subito dopo la scoperta del male, l'aveva portato via da Taranto, aveva scelto per lui Firenze e l'ospedale Meyer, l'ospedale dei bambini. Ma due anni fa, il 17 agosto del 2012, Mauro era voluto tornare a Taranto e aveva preso la parola durante un corteo di operai, mostrando a tutti un cartello su cui campeggiava la foto di suo figlio intubato e la scritta: «Mio figlio, 3 anni, cancro. A quanti ancora?». «All'epoca del concepimento e della nascita — raccontò in piazza l'uomo, impiegato della Difesa — mia moglie Roberta lavorava al rione Tamburi (che confina con l'Ilva, ndr) anche se nessuno potrà mai dire che ci sia un nesso di causalità tra le emissioni inquinanti e la malattia. Ma io voglio gridare comunque che bisogna fermare questo massacro. I bambini della nostra città devono poter vivere serenamente e in salute». Da quel giorno Lorenzo (che giusto domenica scorsa aveva compiuto 5 anni) diventò l'emblema della sofferenza e a suo padre, su Facebook, scrivevano in tanti, da tutt'Italia, per manifestare affetto. Finché due giorni fa Mauro ha dovuto pubblicare il post più atroce: «Cari amici e amiche, vo-

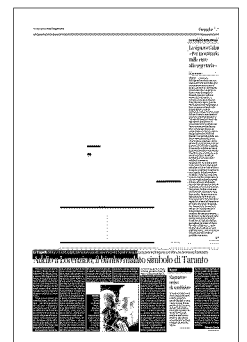
levo avvisarvi che Lorenzino ci ha fatto uno scherzetto... ha voluto diventare un angioletto». Ieri la chiesa della Regina Pacis era gremita «ma non c'erano né Stefano né Vendola, né il sindaco di Taranto né il governatore della Regione, un'assenza che si è notata», accusa Alessandro Marescotti, ambientalista di Peace-Link. C'era invece Annamaria Moschetti, dell'associazione dei pediatri di Taranto: «Le previsioni dell'Arpa Puglia non sono buone — avverte la Moschetti —. Secondo questi dati, anche quando saranno realizzate tutte le prescrizioni del governo per bonificare l'Ilva, nel 2016, sussisterà a Taranto un rischio cancerogeno per 12 mila persone».

Il sindaco della città, Ippazio Stefano, pediatra anche lui, dice che ieri era a Roma a parlare col governo proprio d'inquinamento: «Ogni mia parola non servirebbe ad attenuare il dolore dei genitori — dice —. Noi però continueremo a lottare perché ciò che è successo a Lorenzo non capiti ad altre famiglie». Oggi a Taranto è in programma una manifestazione di **Conindustria** contro la crisi. Don Mimino, il parroco, è sconsolato: «Viviamo questo dramma di un lavoro sotto ricatto e non si sta facendo niente di concreto, né le bonifiche né la riconversione. Il rischio vero è che la città si rassegni». Lavoro e dolore. I genitori di Lorenzo hanno deciso per la cremazione: «Così starà sempre con noi», ha detto al prete papà Mauro, prima di lasciare la chiesa. Sulla bara bianca, un orsacchiotto azzurro.

**Fabrizio Caccia**



**Insieme**  
Lorenzo Zaratta con il papà Mauro: al piccolo di Taranto venne diagnosticato a soli tre mesi dalla nascita un tumore al cervello (foto da Facebook/Photomasi)





**S**indrome di Tantalò per i malati di cancro: farmaci che potrebbero sconfiggere o cronicizzare la malattia non sono fruibili per i costi che il Servizio Sanitario ritiene di non poter assumere. Sono farmaci in fascia Cnn (Classe "C non negoziata"), approvati in sede europea, possono essere acquistati, da privato od Asl od Aziende ospedaliere, a contrattazione privata, senza AIFA. Chi può spendere od abita in regioni, ospedali od Asl "virtuosi" ne beneficia. E la discriminazione è servita mentre le Aziende del farmaco hanno libertà di prezzo.

Il "Decreto del fare" (agosto 2013) dava 100 giorni all'AIFA per espletare le procedure di valutazione, definizione delle modalità di rimborso e fruibilità di farmaci già approvati con procedura severa dall'agenzia europea EMA. In pratica, se ne vanno, quando va bene, 6 mesi- 1 anno. L'ingiustizia è palese. Non si vuole affrontare - denuncia IPOMO - il punto: "quanto possiamo permetterci di pagare e per quale beneficio clinico?... Il Patto per la Salute richiama correttamente questo tema, e molti articoli scientifici indicano la strada da percorrere.

"Autorità Politiche e Istituzioni di Governo indichino il valore soglia del rapporto costo efficacia per mese (o anno) di vita guadagnato che l'Italia può sostenere e organismi tecnici, associazioni e società scientifiche definiscano il beneficio clinico incrementale di quel farmaco". Su queste basi si renda disponibile il farmaco che rientra nei parametri... e si esaminino autorizzazioni e negoziazioni di farmaci oncologici innovativi fatte in 10 anni. Tutti rispondono a tale criterio e si è con-

## MALATI DI CANCRO E SINDROME DI TANTALO

di NICOLA SIMONETTI

siderato quanto sperimentazione e clinica, hanno, dopo, acquisito? Aiom e CIPOMO chiedono al Ministro Lorenzin che ci si basi sul "principio di realtà". "Chi ha la responsabilità decida - scrive Gianpiero Fasola Presidente CIPOMO - quali sono i farmaci realmente innovativi ed il rapporto costi benefici che ci si può permettere. Pazienti e medici non si lascino soli in questa incertezza con le poco etiche conseguenze che ne derivano in termini di accessibilità alle cure". I farmaci oncologici innovativi sono stati disponibili per il SSN spesso con ritardo rispetto ai principali Paesi dell'Unione Europea. Possibili risparmi sia usando farmaci "a bersaglio" solo nei pazienti che ne

potranno ricevere benefici, sia con il sistema già attuato (prototipo l'accordo con la GalxoSmithKline) del "se non funziona" rimborsa l'azienda, sia con tutor che aiutino ad usare bene il farmaco. Il problema si pone anche per altri farmaci innovativi che segnano il passo. Dietro la porta, ad esempio, già approvato in sede europea, è il peginterferone beta-1a per il trattamento della sclerosi multipla capace di ridurre recidive, progressione della disabilità e lesioni cerebrali rilevate ad RMN.

Da considerare anche le discriminazioni da "ageism", cioè cure negate agli anziani, specie in Paesi anglosassoni, in oncologia (60% dei tumori nascono in terza età), definito da prof.sa Santini (Oss. Mal. Rare) "equivalente di razzismo e sessismo". Solo 50% dei di 71-80enni riceve cure di avanguardia rispetto agli under 40. Discriminazione che si estende anche ai protocolli sperimentali (Cancer Medical Science).



SALUTE

## Sanità: in Italia +48% uso oppioidi contro dolore in 3 anni

Roma, 31 lug. (AdnKronos Salute) - Svoltata decisa sull'utilizzo dei farmaci contro il dolore in Italia. Negli ultimi tre anni i dati relativi all'impiego di questi medicinali, e in particolare degli analgesici oppiacei, registrano un aumento dei consumi pari al 48%. E' il quadro che emerge dal Rapporto trasmesso dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 38 del 2010 sull'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Il Rapporto mette in evidenza anche l'incremento della spesa per gli analgesici derivati

dall'oppio: nel triennio 2011/2013 si osserva un aumento dell'importo in tutte le regioni, con valori più elevati in Campania (73%), Lazio (68%) e Puglia (69%); Basilicata (39%), Abruzzo (40%) e Sardegna (40%). La percentuale di incremento più bassa si rileva in Toscana con il 30%. "Appare particolarmente positivo - si legge nel documento - l'incremento registrato in alcune regioni del centro-sud nelle quali, nel passato, sono stati osservati consumi molto contenuti". La collaborazione, come nei precedenti anni, con la Commissione Salute delle Regioni - spiega il ministero sul proprio sito web - ha consentito di sottoporre all'attenzione di tutte le regioni italiane un questionario relativo alla rete assistenziale per il paziente pediatrico, con l'obiettivo di raccogliere informazioni sullo stato di implementazione della presa in carico e dell'assistenza al bambino. In tale ambito si registra una maggiore difficoltà nello sviluppo della rete pediatrica, anche se in molte regioni si registra attività assistenziale anche se non strutturata formalmente. Particolarmente significativo è stato il contributo offerto dal Tribunale dei diritti del malato/Cittadinanza attiva il quale ha consentito di approfondire il concetto di tutela giuridica di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, così come esplicitato dall'art 1 della legge 38/2010

## Una scorpacciata di frutta secca contro la sindrome metabolica

*Le noci e altri tipi di frutta secca sembrano essere d'aiuto per ridurre i cinque marcatori più importanti per la sindrome metabolica. Lo studio che mostra come un semplice frutto possa fare la differenza per la salute e il rischio di morte*



Si parla di oltre 14 milioni di italiani affetti da sindrome metabolica. Come dice lo stesso termine – sindrome – non si tratta affatto di una malattia ma un insieme di sintomi quali ipertensione, iperglicemia, colesterolo alto e girovita sopra la norma: **tutti fattori di rischio per la salute e la vita.**

Se tale situazione non viene modificata tempestivamente potrebbe dar luogo a conseguenze anche gravi come malattie cardiache, cardiovascolari e ictus.

Per prevenire tutto ciò, alcuni ricercatori canadesi ritengono che cibarsi quotidianamente di noci, possa essere una possibile soluzione. Ma non solo quelle classiche che conosciamo noi: anche le mandorle, gli anacardi, le noci del Brasile, quelle di cocco, le pecan, le nocciole, le noci di macadamia, i pinoli e i pistacchi. Non rientrano in questa categoria le arachidi che non sono considerate frutta secca, bensì legumi. Secondo i risultati ottenuti dai ricercatori, l'uso costante di tali cibi da parte delle persone **riduce i grassi nel sangue (trigliceridi) e gli zuccheri.** A differenza di coloro che non avevano l'abitudine di sgranocchiare qualche noce.

Secondo il dottor John Sievenpiper, ricercatore presso il Clinical Nutrition and Risk Factor Modification Centre del St. Michael's Hospital (Canada), questa è la prima revisione sistematica di una meta-analisi che è stata in grado di esaminare tutte le prove di recenti studi clinici randomizzati sull'impatto che hanno le noci sulla sindrome metabolica.

Inoltre, l'esperto ritiene che le maggiori riduzioni dei trigliceridi e della glicemia si siano verificate quando **le noci sostituivano i carboidrati raffinati, piuttosto che i grassi saturi.** Nonostante le noci siano particolarmente ricche di calorie e grassi, non ci sono stati aumenti in tal senso sulla sindrome metabolica né aumento di peso. In aggiunta, è bene dire che i grassi contenuti nei vari tipi di frutta secca sono insaturi.

Lo studio, pubblicato sul *British Medical Journal* (BMJ), ha dimostrato che mangiare frutta secca migliora i risultati delle prove di test del glucosio a digiuno per i diabetici di tipo 2.

«Le noci sono un altro modo che le persone possono usare per mantenere buoni i livelli di zucchero nel sangue **nel quadro di un modello alimentare sano**», spiega Sievenpiper.

Per arrivare a tali conclusioni il team di ricerca ha reclutato 450 pazienti affetti da diabete di tipo 2 e li ha invitati a partecipare a dodici studi clinici. Nel Nord America – ma anche nel nostro Paese – la gente consuma meno di una porzione di frutta secca al giorno, vale a dire meno di 30 grammi.

Durante lo studio è stato chiesto ai volontari di consumare 54 grammi di noci al giorno.

A tale dosaggio, i pazienti affetti da diabete di tipo 2 hanno avuto un evidente miglioramento dei valori del test del HbA1c (Emoglobina Glicata). L'emoglobina glicata è un valore che serve per misurare la concentrazione di glucosio nel sangue per un lungo periodo.

Uno studio simile era stato condotto già nel 2011 al St. Michael's Hospital. Anch'esso dimostrava come **le noci potessero essere d'aiuto per i pazienti diabetici e per la prevenzione delle complicazioni come problemi alla vista, ictus e amputazione degli arti**. Inoltre, lo studio dimostrava una riduzione dei livelli di colesterolo "cattivo", o LDL, e miglioramento della glicemia.

«Noci miste, non salate, crude, secche o arrostate hanno benefici sia per il controllo della glicemia che dei lipidi nel sangue e possono essere utilizzate come parte di una strategia per migliorare il controllo del diabete, senza un aumento di peso – conclude il dottor David Jenkins del St. Michael's Hospital – Lo studio indica che le noci possono fornire **un'opzione di alimenti specifici** per le persone affette da diabete di tipo 2 che desiderano ridurre l'assunzione di carboidrati».

Secondo la US Food and Drug Administration (FDA) la frutta a guscio offre un'opportunità per la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari.

Le noci vengono anche raccomandate dal Mediterranean, Portfolio and DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) per la prevenzione delle malattie cardiovascolari grazie al loro potere di ridurre il colesterolo.

<http://www.lastampa.it/2014/08/01/scienza/benessere/alimentazione/una-scorpacciata-di-frutta-secca-contro-la-sindrome-metabolica-tiQxCqMhkCguZylg0EytGN/pagina.html>



## **CERVELLO: INDIVIDUATO INTERRUPTORE DELLA SAZIETA'**

(AGI) - Roma, 31 lug. - Individuato il meccanismo chiave attraverso cui il cervello traduce alcuni segnali periferici di sazietà'. E' il risultato di una ricerca svolta dall'Universita' di Firenze e dall'Istituto di biologia cellulare e neurobiologia del Consiglio nazionale delle ricerche (Ibcn-Cnr) di Roma, in collaborazione con il Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia della Sapienza Universita' di Roma. Il lavoro e' stato pubblicato su Proceedings of the National Academy of Sciences. Abbiamo scoperto - ha spiegato Maria Beatrice Passani, ricercatrice del Dipartimento di Neuroscienze, Area del Farmaco e Salute del Bambino (Neurofarba) dell'ateneo fiorentino - che il segnale di sazietà' prodotto dall'intestino durante il consumo di un pasto da parte di un lipide, l'oleoiletanolamide (Oea), attiva aree specifiche del cervello che usano l'istamina come neurotrasmettitore, favorendo così' la cessazione dell'attività' alimentare". "Le prove sperimentali raccolte in questo studio - ha proseguito Roberto Coccurello dell'Ibcn-Cnr, al cui fianco hanno lavorato per lo stesso istituto Giacomo Giacobazzo e Anna Moles - dimostrano per la prima volta che l'effetto anoressizzante di Oea viene drasticamente attenuato sia in animali privi della possibilità' di sintetizzare istamina, sia in animali le cui riserve neuronali di istamina sono state temporaneamente inattivate attraverso la somministrazione diretta nel cervello di un agente inibitore. Grazie alla nostra ricerca siamo riusciti a individuare la natura dei neurotrasmettitori implicati e a comprendere i meccanismi attraverso cui determinate popolazioni di cellule nervose (neuroni) presenti nel cervello a livello della ipotalamo traducono l'informazione mediata da Oea sullo stato nutrizionale dell'organismo e sul corrispondente livello di sazietà'".