

La Consulta ferma i nuovi ticket

DA ROMA

Stop alla nuova "tassa sulla salute" prevista dal 2014 e introdotta dalla manovra economica del 2011: la Consulta ha infatti accolto la questione di legittimità sollevata dalla Regione Friuli Venezia Giulia. La Corte ha dichiarato illegittimo un articolo della legge 111/2011 e così i ticket previsti dall'allora ministro dell'economia Giulio Tremonti, che avrebbero riguardato varie prestazioni del servizio sanitario attualmente non soggette ad alcun pagamento (ricoveri ospedalieri ordinari o in day hospital), non possono essere attivati perché lo Stato non può de-

cidere da solo.

Secco il commento del **ministro della Salute Renato Balduzzi**, che fin dai primi mesi del suo inse-

Lo Stato non ha competenza esclusiva in sanità e quindi non può decidere da solo Balduzzi: sentenza nitida, chiarisce rapporto Stato-Regioni

diamento aveva espresso le sue perplessità in merito all'introduzione dei ticket aggiuntivi. Si tratta di «una sentenza di grande spessore - precisa - che illustra con nitidezza il quadro dei

rapporti tra Stato e Regioni in materia di spesa sanitaria». Mentre per il presidente del Friuli

Renzo Tondo «il Governo dovrà prestare più attenzione ad aprire conflitti con le Regioni, soprattutto una Regione come la nostra, da sempre responsabile».

Lo Stato quindi, secondo la Consulta, può esercitare la potestà regolamentare solo nelle materie in cui ha competenza esclusiva, e non in un caso caratterizzato da una «concorrenza di competenze». I ministeri di Salute ed Economia, quindi, non potranno emanare una disciplina aggiuntiva per i ticket con un proprio atto regolamentare autonomo.



Sanità Secondo la Consulta lo Stato può decidere unilateralmente solo su materie sulle quali ha competenza esclusiva

La Corte Costituzionale bocchia i ticket di Tremonti

■ Stop ai nuovi ticket previsti dal 2014 e introdotti dalla manovra economica del 2011: la Consulta ha infatti accolto la questione di legittimità sollevata dalla Regione Friuli Venezia Giulia. La Corte ha dichiarato illegittimo un articolo della legge 111/2011 («Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria»). Così i ticket previsti dall'allora ministro dell'Economia Giulio Tremonti che avrebbero riguardato varie prestazioni del Servizio sanitario attualmente non soggette ad alcun pagamento, (ricoveri ospedalieri ordinari o in day hospital) non possono essere attivati perché lo Stato non può decidere da solo.

Secco il commento del ministro della Salute Renato Balduzzi secondo il quale si tratta di «una sentenza di grande spessore che illustra con nitidezza il quadro dei rapporti tra Stato e Regioni in materia di spesa sanitaria». Mentre per il presidente del Friuli Renzo Tondo «il Governo dovrà prestare più attenzione ad aprire conflitti con le Regioni, soprattutto una Regione come la nostra, da sempre responsabile».

Lo Stato quindi, secondo la Consulta, può esercitare la potestà regolamentare solo nelle materie in cui ha competenza esclusiva, e non in un caso caratterizzato da una «concorrenza di competenze». I ministeri di Salute ed Economia quindi non potranno emanare una disciplina aggiuntiva per i ticket con un proprio atto regolamentare autonomo.

La Corte Costituzionale scrive che è «incostituzionale l'articolo 17, comma 1, lettera d) della legge 111/2011, nella parte in cui prevede che le misure di compartecipazione siano introdotte con regolamento da emanare ai sensi della 400/88, su proposta dei ministri della Salute e dell'Economia. Le misure di compartecipazione devono essere aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già disposte dalle regioni e sono finalizzate ad assicurare, nel rispetto del principio di equilibrio finanziario, l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni».

Inoltre, continua la Corte, la norma in questione «lascia la possibilità alle Regioni di adottare provvedimenti di riduzione delle misu-

re di compartecipazione, purché assicurino comunque, con misure alternative, l'equilibrio economico finanziario».

Il ministro Balduzzi fin dai primi mesi del suo insediamento aveva espresso le sue perplessità in merito all'introduzione dei ticket aggiuntivi e già da tempo i tecnici del suo dicastero sono al lavoro per valutare alternative a quel provvedimento dichiarato insostenibile. Tra le ipotesi una compartecipazione alla spesa come una franchigia che sia equa. «Si tratta di un'idea - ha ribadito pochi giorni fa il ministro - ma ci possono essere anche altre proposte da valutare».

Soddisfazione in merito alla sentenza è stata espressa da Cittadinanzattiva. Per Scaramuzza, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato si deve «avviare un confronto serio col contributo di tutti gli attori per ripensare a un sistema di welfare e garantire un servizio universalistico tarato sui bisogni dei cittadini e non solo su parametri finanziari».

Iter

La misura era inserita nella manovra del 2011
Poi il ricorso del Friuli

Balduzzi

«Questa sentenza illustra con nitidezza i rapporti tra il governo e le regioni»



Tremonti
L'ex ministro dell'Economia aveva inserito la norma nella manovra del 2011



Il vertice. I governatori contestano i dati di Bondi

Regioni in pressing su sanità e trasporti

TICKET: NO DELLA CONSULTA

Lo Stato non può decidere autonomamente con proprio regolamento, serve la concertazione: nel mirino l'aumento dal 2014

Roberto Turno

ROMA

■ Sanità, trasporto pubblico locale, società partecipate: continua il pressing delle Regioni sul Governo per cercare di limare i tagli e i mancati trasferimenti in arrivo con la spending review. Ma dagli incontri one-to-one sulla sanità all'Economia che finiranno oggi, i governatori finora sono usciti a mani vuote. Con la consapevolezza, anzi, che ben difficilmente riusciranno ad ammorbidire i tagli, a cominciare da quelli alla spesa sanitaria, nonostante il "metodo Bondi" sulle spese per l'acquisto di beni e servizi non sanitari da parte di asl e ospedali si stia rivelando scarsamente attendibile. Così i governatori si preparano a un vertice tra domani e venerdì, in vista del *rendez-vous* politico col Governo e della messa a punto degli emendamenti al decreto.

Resta alta la tensione delle Regioni sulla spending review. Anche se qualcosa, almeno sul piano della concertazione, i governatori hanno incassato proprio ieri con l'assist della Consulta (sentenza 187/2012 depositata il 16 luglio, anticipata sul sito www.24oresanita.com) che ha giudicato illegittimo per lo Stato di intervenire autonomamente con proprio regolamento sui nuovi ticket sanitari, in particolare sui **farmaci**. Nel mirino la manovra dell'estate scorsa che dà al Governo la chance di decidere cosa fare in caso di mancata intesa con le Regioni. In sostanza, i 2 miliardi in più di ticket che scatterebbero dal 2014 dovranno essere demandati a quell'intesa che si dovrebbe sostanziare

col «Patto per la salute». La concertazione, insomma, sarà sempre più il faro da seguire.

Partita complessa, quella sui ticket, sulla quale continua a pendere la preferenza del ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, per una sostituzione del sistema attuale di compartecipazione col pagamento a franchigia di tutte le prestazioni in base al reddito e al nuovo Isee. Ipotesi che ieri Balduzzi ha rilanciato, ben sapendo però che le Regioni (e anche l'Economia) frenano, tanto più in questa fase di nuovo tagli alla sanità, preferendo rinviare qualsiasi decisione al prossimo anno. E a un nuovo Governo. Balduzzi però non demorde e, anzi, ha annunciato che «entro l'estate» proporrà i nuovi livelli essenziali di assistenza (Lea) che, accanto a qualche new entry, significheranno altri tagli alle prestazioni, magari nel nome dell'«appropriatezza». Come sarà il caso, ha anticipato il ministro, dell'eccesso di prestazioni di diagnostica strumentale.

I tavoli col supercommissario Enrico Bondi sui costi dei beni e servizi non sanitari, intanto, hanno suscitato parecchie incertezze. Sia sul metodo (per gli ospedali si calcola la spesa in base ai dimessi dagli ospedali, per le asl in base alla popolazione), che sui risultati emersi. Spesso il Sud sta nelle classifiche delle spese più basse, a differenza delle realtà più virtuose e senza alcuna considerazione per le specificità dei casi. Solo la Lombardia, al Nord, è generalmente ben classificata. Ma può capitare che per servizi di lavanderia, mensa, riscaldamento, pulizia, la Asl 1 di Napoli (che paga più tardi i fornitori) sia la migliore, quella di Foligno la peggiore. O che tra gli ospedali più risparmiatori ci sia quello di Catanzaro e altri di Roma. Forse i conti di Bondi non tornano del tutto: «La sanità - commentava un governatore riferendosi al grande risanatore di Parmalat - non è come lo yogurt».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Spending Review Parafarmacie: pronte proposte a costo zero

ROMA - "Siamo in attesa di una convocazione ufficiale al tavolo di settore che il **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, ha convocato per il prossimo 25 luglio: nel quadro del nuovo assetto della professione che si sta infatti delineando in questi giorni le parafarmacie chiedono di riprendere il tema della vendita della fascia C nei propri esercizi".

È quanto dichiara il presidente della federazione nazionale farmacia non convenzionata, Giuseppe Scioscia.

"È urgente riprendere il tema delle liberalizzazioni così inopportunamente stoppate a Dicembre", dichiara il numero uno delle Parafarmacie.

"Oggi già vendiamo i farmaci veterinari con ricetta (ripetibile e non) e non capiamo dunque la limitazione che ci viene imposta sui farmaci ad uso umano. Le nostre proposte a costo zero per lo stato sono chiare e semplici: fascia C in prima battuta. Se la trattativa dovesse arenarsi nuovamente allora chiediamo al governo di entrare a nostra volta nel rinnovo della convenzione Asl per la dispensazione di alcune categorie di medicinali, con una proposta che magari potrebbe essere più conveniente di quella di Federfarma".



“Più vaccini contro l’Hpv”

La battaglia per battere il tumore al collo dell’utero, dall’Italia ai Paesi poveri

LA STATISTICA
Ci sono 500 mila casi ogni anno e l’80% è in Africa e Asia

Silvia Franceschi
Epidemiologa

RUOLO: DIRIGE IL GRUPPO «INFEZIONI E CANCRO» DELLO IARC (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER) DI LIONE
IL SITO: HTTP://WWW.IARC.FR/



GIANNA MILANO

La mia passione per una medicina calata nella società nacque negli anni dell’università a Milano: all’istituto di biometria c’erano pionieri dell’epidemiologia, quali Giulio Macacaro, Giuseppe Gallus, e Cesare Cislighi. Erano gli Anni 70 e l’epidemiologia si proponeva come la scienza che, attraverso l’osservazione delle malattie, voleva prevenirle». A raccontare è Silvia Franceschi, che ha pubblicato 1170 articoli sulle riviste a maggior «impact factor», indice che ne stabilisce qualità e affidabilità, calcolato in base alla frequenza media con cui gli articoli sono ripresi da altre riviste. Dal 2000 si occupa allo Iarc di Liona (l’International agency for research on cancer) del legame tra infezioni (virus e batteri) e tumori. Prima aveva diretto il Centro di epidemiologia di Aviano e prima ancora - dopo varie esperienze, da Harvard a Oxford, con un guru della ricerca, Richard Doll - aveva studiato biometria all’Istituto Mario Negri di Milano. «Ho sempre creduto nella statistica e ho capito che l’epidemiologia era un vero mestiere».

Quanto ha influito su di lei l’esperienza con Doll? Fu lui a dimostrare il nesso tra fumo e cancro al polmone, tra esposizione a radiazioni e leucemia.

«Da lui ho imparato molto: solo dall’analisi dei dati statistici

è possibile ricavare informazioni rilevanti. Ma la convinzione che questa fosse la mia strada nacque ancora prima, quando andai alla Drug Epidemiology Unit di Boston con Syd Shapiro a occuparmi del rapporto tra ormoni femminili, ossia la pillola, e il rischio cancro. Doll fu mio supervisore per la tesi di Master in cui si analizzava il Papilloma virus, quello su cui agisce il vaccino per prevenire il tumore al collo dell’utero, messo in commercio nel 2006».

Di cosa si occupa allo Iarc?

«Il gruppo che dirigo si chiama "Infezioni e cancro". Batteri come l’Helicobacter pylori e virus di epatite B e C, oltre allo Human papilloma (Hpv), sono responsabili, specie nei Paesi poveri, di 2 milioni di tumori l’anno: a stomaco, fegato e collo dell’utero. Emerge da una nostra analisi su "Lancet Oncology". Di recente mi sono occupata di una trentina di studi sul campo, in Africa e Asia, finanziati dalla Fondazione Bill&Melinda Gates. Studi che riguardano la diffusione dell’Hpv: il vaccino potrebbe prevenire nei Paesi poveri migliaia di casi di tumore al collo dell’utero».

Che risultati si attende? Come potrà essere utilizzato il vaccino per l’Hpv in quelle zone, considerati i costi e le lacune dei sistemi sanitari?

«Grazie a finanziamenti del Gavi Alliance e a sconti dell’industria farmaceutica, come la Merck, si sta forse riuscendo a superare il problema dei costi. In cinque anni il prezzo del vaccino in Europa è passato da 200 euro per dose a 20 e a quattro per il Gavi, anche se per i Paesi poveri è ancora troppo. Ora seguono due Paesi, il Bhutan e il Rwanda, che hanno introdotto nelle scuole le dosi di vaccinazione. Le coorti di ragazzine vaccinate, dai 12 ai 18 anni, hanno permesso di ottenere una copertura del 90%, altrettanto buona che in

Australia e Gran Bretagna, dove è sull’80%. Attraverso questi due Paesi modello, Buthan e Rwanda, ci proponiamo di capire il ruolo delle infezioni virali da Papilloma e tumore al collo dell’utero. Credo si possano risolvere così i tre quarti dei casi: 500 mila l’anno, l’80% nei Paesi poveri, con 250 mila decessi».

In Italia come procede il piano vaccinale per l’Hpv nelle adolescenti?

«Abbastanza bene, con coperture sul 65% a livello nazionale. Con grandi differenze, però: se in Toscana siamo sopra l’80%, in Sicilia e Campania si scende sotto il 50%. In Francia, Germania e Usa siamo sotto al 40. È questione di convincersi dell’efficacia del vaccino e di utilizzarlo nelle scuole. Se si potessero vaccinare i bambini, sarebbe più facile».

E il Pap-test? Visto che è efficace a individuare eventuali tumori o lesioni che possono trasformarsi in tumore del collo dell’utero, deve sempre essere fatto?

«Certo che sì. Ora lo si fa più avanti negli anni, tra i 25 e i 64 anni. E viene offerto gratuitamente in programmi di screening. Anche in questo caso i programmi variano, per efficienza, da Regione a Regione. In Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Veneto si raggiunge il 90% di attivazione, non così in Lombardia, Lazio, Campania».

Come si cura il cancro in Italia? Cosa abbiamo da invidiare ad altri Paesi europei?

«Abbiamo raggiunto un livello di eccellenza nei tumori femminili, a giudicare dai dati sulla sopravvivenza. E si fa molto nella ricerca, nonostante la scarsità dei fondi. Non dimentichiamo che la chirurgia conservativa nel cancro al seno, la quadrantectomia contro la mastectomia radicale, è stata avviata in Italia da Veronesi».

Crede che le associazioni di malati, come l’antesignana «Attivecomeprima» delle donne operate di cancro al seno, abbiano contribuito a liberare la malattia da un vecchio stigma?



«Non solo le associazioni dei malati ma anche i social network hanno contribuito a sciogliere lo stigma. Internet, forse, non risolve il problema del medico tecnicamente bravo, ma aiuta a condividere il problema. E serve a raccogliere informazioni utili ad acquisire il cosiddetto "empowerment", competenze che aumentano il potere dei cittadini: tra i siti affidabili quello dello Iarc, (www.iarc.fr) e dell'Oms (www.who.int). In italiano, invece, www.saluteinternazionale.it e www.partecipasalute.it».

Quali sono le nuove strade per vincere il cancro?

«Lo Iarc monitorizza carcinogeni di ogni genere (chimici, virali e così via): è un lavoro essenziale per acquisire dati e poi intervenire, come è stato per l'amianto».

L'altra sfida futura?

«L'equilibrio nell'offerta di screening e diagnosi precoce. L'Italia fa bene con gli screening pubblici. A volte si rischia, però, di creare più problemi che soluzioni, come con il test per il Psa, proposto per prevenire il tumore alla prostata senza prove che serva».

Consulenza di Rbs (Ricerca biomedica e salute) - info@rbs.mi.it

La ricerca

Gli effetti della "riforma permanente" nelle nostre università

Nuovi dipartimenti
governance difficile
e un futuro incertoROBERTO CIAMPICACIGLI *
AURELIO MAGISTÀ

Avete mai provato a prendere un colibrì, minuscolo volatile famoso per i suoi imprevedibili cambi di velocità e di direzione? Esaminare con accuratezza l'università italiana presenta più o meno le stesse difficoltà. Da ormai quattordici anni, con la *Grande Guida*, seguiamo i cambiamenti del mondo accademico e ogni volta diventa più difficile. Governo dopo governo, il virus della riforma ha contagiato tutti e sette i ministri passati sulla poltrona del Miur.

Quest'anno le conseguenze più importanti della rivoluzione permanente investono la *governance* degli atenei con la soppressione delle facoltà. Al loro posto stanno nascendo degli enti nuovi e potenti, che decideranno in merito alla didattica e alla ricerca. La nascita di questi enti, si chiamino dipartimenti, scuole, facoltà riformate (la legge di riforma 240/10, al comma 2 dell'articolo 2, lascia una certa autonomia alle università) è un percorso accidentato dallo stratificarsi di norme e interpretazioni che aggiungerà altra burocrazia a quella già esistente.

Un ulteriore segno di confusione e disagio, quest'anno, lo abbiamo verificato raccogliendo direttamente le informazioni università per università. Spesso, chiedendo a che punto era la soppressione delle facoltà e come si configurava la nuova situazione, la risposta era un'altra domanda, sintomatica di un certo diso-

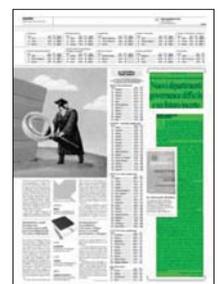
rientamento: «Ma gli altri che cosa stanno facendo?».

Ma non sarà che questo rincorrersi di norme abbia alla fine prodotto cambiamenti tali che nulla è cambiato? E che forse sarebbe banalmente necessario ripensare a tre linee guida semplici: lezioni, ricerca e servizi. Tre parole chiave sulle quali tornare a riflettere e investire risorse. L'università forse ha solo bisogno di una pausa per resettarsi e tornare ai valori fondamentali, recuperando tempi e stimoli che pure fanno parte del bagaglio e del patrimonio detenuto da molti atenei, da molti dipartimenti, da molti docenti.

Invece, i cambiamenti continuano a complicare il funzionamento e la missione universitaria stessa. E rendono più accidentato il lavoro di valutazione della *Grande Guida*, i cui principali risultati sono pubblicati in queste pagine: la transizione del nuovo modello di *governance* rende sempre più complesso il compimento della ricerca di «omogeneità» (misurare unità confrontabili) condizione necessaria per ogni valutazione e per la costruzione di ogni ranking. Sarà necessario — il prossimo anno — rintracciare gli elementi di confronto all'interno dei dipartimenti e questo richiederà uno sforzo ben superiore a quello profuso in questi anni, basato sulle facoltà. Anche se il prezzo più alto rischiano di pagarlo i ragazzi che devono iscriversi al primo anno: arrivare all'università nel bel mezzo di una transizione aumenta molto il rischio di una scelta disorientata.

*Direttore del Censis Servizi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La realtà virtuale in soccorso dei medici

NICLA PANCIERA

■ Rapidità e precisione sono essenziali per medici e infermieri. E infatti su come garantire loro una formazione adeguata, che assicuri ai pazienti interventi tempestivi e accurati, il dibattito è in pieno svolgimento. Oggi la formazione degli operatori sanitari non avviene solo attraverso le simulazioni con manichini, ma beneficia delle meraviglie della realtà virtuale.

Sbaglia, però, chi pensa ai programmi interattivi che consentono di acquisire dimestichezza con

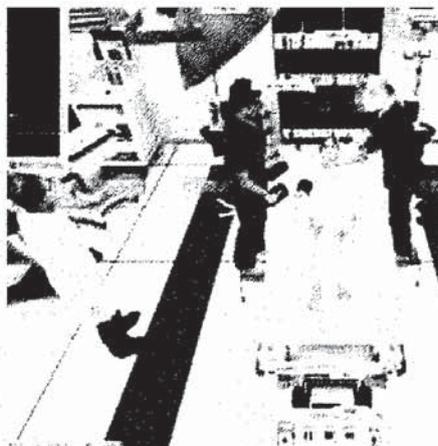
diagnosi e cura delle patologie; si tratta, invece, di «ambienti immersivi», con l'obiettivo di coniugare l'e-learning e il contatto «faccia a faccia» con il paziente. Un esempio di questo tentativo, di cui si è discusso la settimana scorsa a Esol 2012 - lo «European science open forum» svoltosi a Dublino - si chiama «CliniSpace» ed è un programma di realtà virtuale, in cui diversi utenti possono interagire tra loro e con i pazienti, dedicandosi all'attività clinica in un ambiente ospedaliero ricostruito in 3D.

Il vantaggio di questo tipo di training è duplice:

rende possibile l'utilizzazione di strumentazioni costose senza il rischio di danneggiarle e crea negli operatori sanitari una maggiore dimestichezza con le procedure più adeguate ai diversi tipi

di scenario che incontreranno nella realtà quotidiana.

«Confrontando le prestazioni del personale medico e infermieristico in casi di pronto intervento per rianimazione, dopo esercitazioni con i manichini e con il programma di realtà virtuale, si nota un identico miglioramento delle prestazioni», ha spiegato Parvati Dev, fondatrice e presidente della compagnia «Innovation in learning» che ha creato «CliniSpace» sulla base di decenni di studi sull'assistenza sanitaria condotti alla Stanford University (lì ha guidato il laboratorio Medical Media and Information Technologies). E' la prova che la realtà virtuale non è un'alternativa, ma sta diventando un complemento necessario alla formazione sul campo di qualunque camice bianco.



Il programma «CliniSpace»



Cibo Le nostre abitudini secondo l'Istituto superiore di sanità

Il sale, passione italiana «Consumi da dimezzare»

Meno patatine e insaccati. «Rischi per la salute»

ROMA — La ciabattina è meno saporita del solito. Ma il cliente non se ne accorge. «Nessuno si lamenta, eppure noi abbiamo ridotto del 15% la dose. Sono convinto che potremmo scendere almeno fino al 20%», dice Claudio Conti, presidente di Assipan, associazione panificatori artigianali di Confcommercio, un forno storico al centro di Roma.

Conti ha aderito alla campagna del ministero «Guadagnare in salute» e ha spontaneamente diminuito le quantità di sodio in tutti i suoi prodotti, dalle rosette ai bottoncini alle fruste passando per il pan bauletto. Non si sa quante altre aziende italiane del settore, circa 19 mila, lo abbiano seguito. L'accordo di abbassare l'asticella è del 2009, nessuno mai ha verificato sul campo.

Però non è tutta colpa di filoni e ciriole se il consumo italiano di sale è ulteriormente cresciuto. Ormai le varietà di sale riempiono gli scaffali dei negozi specializzati: si va da quello nero o rosso delle Hawaii a quello rosa dell'Himalaya fino al grigio di Guérande.

Uno studio appena pubblicato sul sito dell'Istituto superiore di sanità (Iss), inserito nel progetto Minisal, denuncia però dosi quotidiane eccessive: 10,9 grammi per l'uomo, 8,6 grammi per la donna. Oltre il doppio di quanto stabilito dall'Organizzazione mondiale della sanità. Le percentuali salgono ancora con l'obesità.

Un allarme rosso da disattivare. Il sodio è complice di malattie serie dell'apparato cardiovascolare innescate dall'ipertensione arteriosa, in-

farto e ictus. Alla ricerca hanno partecipato diversi istituti e università ed è rilevante per due motivi. «I dati sono stati raccolti a livello nazionale su un campione di oltre 1.500 persone attraverso la raccolta di urine che sono servite a misurare i livelli di sa-

le, di sodio e potassio», spiega Pasquale Strazzullo, coordinatore scientifico dell'intero progetto assieme a Simona Giampaola, dell'Iss.

Solo il 4% degli uomini e il 13% delle donne hanno valori di sodio entro i limiti. Al contrario sono insufficienti le percentuali di potassio, buon indicatore del consumo di frutta e verdura: 4,6 grammi per l'uomo, 4,1 per le donne, rispetto al 7,4 indicato come ottimale dal Food and Nutrition board institute of Medicine.

«Siamo ben lontani dal consumo di 5 porzioni di vegetali al giorno considerate ottimali». Il progetto Minisal-Gircsi (un gruppo di lavoro cui collaborano tutte le società scientifiche coinvolte) è un pezzo del programma nazionale «Guadagnare in salute». Tra gli obiettivi diminuire del 15% in quattro anni le quantità di sodio nel pane, principale fonte salata della nostra dieta. Diverse aziende dell'alimentare hanno preso

l'impegno.

Tra quelle indicate all'unanimità dagli specialisti come le più virtuose c'è Barilla e la sua pasta. «Noi medici potremmo fare di più per accompagnare il paziente sano verso un percorso di prevenzione cardiovascolare che prevede appunto un uso moderato di sodio specie in assenza di

attività sportiva», ammette Giacomo Milillo, segretario nazionale della Federazione medici di famiglia (Fimmg).

Massimo Volpe, dipartimento malattie cardiovascolari del Sant'Andrea di Roma, non si aspettava dati così negativi: «Per controllare l'ipertensione più sciapo si mangia meglio, ma non si può pretendere di imporre al paziente stili di vita troppo rigidi. Il rischio è che non ti seguano». Dalla tavola dovrebbero essere bandite patatine, snack, insaccati, alcuni tipi di formaggi, cibi confezionati. Tre consigli pratici: leggere le etichette dei prodotti (l'obbligo di indicare il sale ancora non c'è), non mettere la saliera in tavola, aggiungere poco sale durante la preparazione dei piatti.

Margherita De Bac

Il 3 agosto

Ombrelloni chiusi per protesta

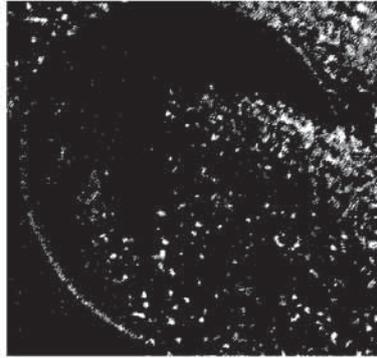
Ombrelloni chiusi e operatori balneari a braccia conserte venerdì 3 agosto: in 30 mila hanno deciso infatti di protestare contro il governo, reo di non chiedere alla Ue una deroga alla direttiva Bolkestein che prevede l'asta per tutte le concessioni balneari dall'1 gennaio 2016.

Le varietà



Sale grigio di Guérande

Rilascia a poco a poco il suo gusto, contiene 80 minerali



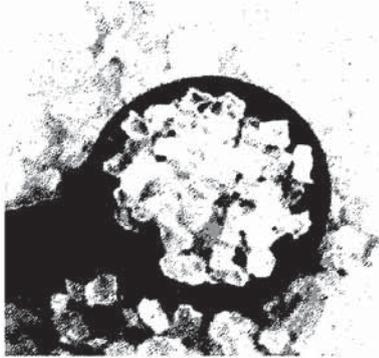
Sale rosso delle Hawaii

Gusto intenso. Contiene ferro cinque volte di più del sale normale



Sale nero di Molokai

È amaro, leggermente solforico e con note di affumicato

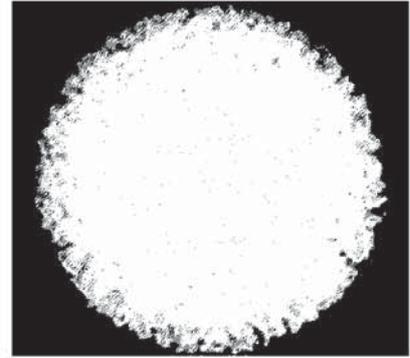


Sale rosa dell'Himalaya

Aromatico, retrogusto di zolfo. Aiuta a regolare la pressione



Dal mare La raccolta in una salina



Flor de sal dell'Algarve

Sfarina al tocco, ha un'elevata percentuale di magnesio e potassio

