



## **RASSEGNA STAMPA**

### **31-05-2016**

1. REPUBBLICA.IT Tumore, la scommessa dei vaccini terapeutici
2. AGI Scoperto nuovo bersaglio per indurre cancro al "suicidio"
3. QUOTIDIANO SANITÀ La sanità italiana e le classifiche internazionali. Al primo posto in Europa per Bloomberg, al 22° per Health Consumer Index. Qual è la verità?
4. AVVENIRE Onnipresente olio di palma
5. QUOTIDIANO SANITÀ Fumo. Fermo da otto anni il trend in discesa dei fumatori, per la sigaretta elettronica il consumo risale. Il rapporto dell'Iss
6. HEALTH DESK Fumo: è finito l'effetto Sirchia
7. CORRIERE.IT Ecco che cosa succede al tuo corpo quando fumi (e quando smetti)
8. SOLE 24 ORE SANITA' Int. Emilia De Biasi - «Ora avanti tutta» - «Nuova stagione, anche per le competenze»
9. IL FATTO QUOTIDIANO Carne e antibiotici, allarme in tavola "Manca la ricerca"
10. SOLE 24 ORE SANITA' Affondo Antitrust «Opacità vaccini»
11. SOLE 24 ORE SANITA' Rosso farmaci, brividi da 1,9 mld - I farmaci Ssn ballano coi lupi
12. SOLE 24 ORE SANITA' La farmacia va integrata nel SSN
13. REPUBBLICA In Irlanda per combattere il Parkinson
14. REPUBBLICA Ragazze sull'orlo di un intervento folle

<http://la.repubblica.it/salute>

## Tumore, la scommessa dei vaccini terapeutici. Nuovi studi su prostata e cervello

*Una forma di trattamento che punta a svelare la presenza del cancro segnalandolo al sistema immunitario per scatenargli contro le nostre difese. Le ultime ricerche sono in corso a Oxford ed all'Università Cattolica di Lovanio, ma gli scienziati ci lavorano in tutto il mondo da tempo. Perché la traduzione pratica è complessa e anche se diventerà realtà consolidata, bisognerà fare ricorso a strategie combinate*

di MARIA RITA MONTEBELLI



I tumori hanno imparato a nascondersi agli occhi del sistema immunitario. Un buon vaccino deve tener conto anche di questi ostacoli. UN VACCINO per curare il tumore? È la grande scommessa dei cosiddetti vaccini terapeutici che mirano a svelare la presenza di un tumore, 'additandolo' al sistema immunitario dell'organismo come con un tratto di evidenziatore, nell'intento di scatenargli contro le difese immunitarie. Il principio sembrerebbe scontato, la sua traduzione in pratica però è decisamente più problematica. Ma ci si sta lavorando in tutto il mondo e da tanto tempo.

**La storia.** Ci aveva già pensato nel lontano 1893 William Coley, con un tentativo di trattare i tumori iniettando al paziente dei batteri vivi, nell'intento di stimolare le sue difese immunitarie. Ma per entrare

nell'era dei moderni vaccini anticancro è stato necessario aspettare fino al 1957, quando George Klein scoprì l'esistenza di antigeni specifici dei tumori negli animali da esperimento. Facendo ancora un balzo in avanti, si arriva al 1998, quando per la prima volta sono state ottenute delle regressioni parziali e solo in alcuni casi complete grazie all'impiego di vaccini terapeutici anti-cancro. Infine, nel 2010 è stato per la prima volta approvato un vaccino terapeutico anti-cancro per l'impiego nella pratica clinica; si tratta di un vaccino contro il carcinoma della prostata in fase metastatica, approvato dalla *Food and Drug Administration*(FDA) e disponibile solo negli USA.

**Strategie combinate.** Quel che è apparso chiaro finora è che la pratica dei vaccini terapeutici, sempre che diventi un giorno realtà consolidata, da sola non ce la farà a sconfiggere il tumore, contro il quale vanno messe in campo una serie di strategie combinate. Molti sono i fattori da considerare nella costruzione di un vaccino terapeutico anti-cancro. In primo luogo è necessario individuare quali strutture di quel particolare tumore sono più riconoscibili da parte del sistema immunitario, per isolarle e usarle come 'esche' (sono i cosiddetti antigeni tumorali); a volte è necessario accoppiare questi antigeni a un 'supporto' (adiuvante) che li renda ancor più riconoscibili; poi va studiato il mezzo di trasporto (vettore), ad esempio un virus reso inoffensivo ma in grado di portare il vaccino sul suo bersaglio, la cellula tumorale. Infine bisogna scegliere la via di somministrazione, ad esempio attraverso un'iniezione endovenosa o per iniezione diretta all'interno del tumore.

**I tumori si nascondono.** Non è tutto. I tumori hanno imparato molto bene a nascondersi agli occhi del sistema immunitario, celandosi dietro una sorta di mantello dell'invisibilità o 'convincendo' l'organismo di essere innocui e quindi di rappresentare una presenza 'tollerabile'. Un buon vaccino deve tener conto anche di questi ostacoli e possibilmente superarli, magari con l'aiuto di altre terapie. Per quanto riguarda gli antigeni tumorali, due sono i principali filoni di ricerca che si stanno occupando dell'argomento. Il primo mira a individuare dei 'neoantigeni' cioè dei nuovi antigeni associati al tumore, più efficaci di quelli già noti nello stimolare una risposta da parte del sistema immunitario. È l'approccio che si sta studiando ad esempio per costruire vaccini 'su misura' per il singolo paziente affetto da melanoma o da glioblastoma (un tumore del cervello). L'altro filone di ricerca sta studiando come abbinare tra loro diversi antigeni tumorali, all'interno di uno stesso vaccino, per indurre una risposta immunitaria efficace.

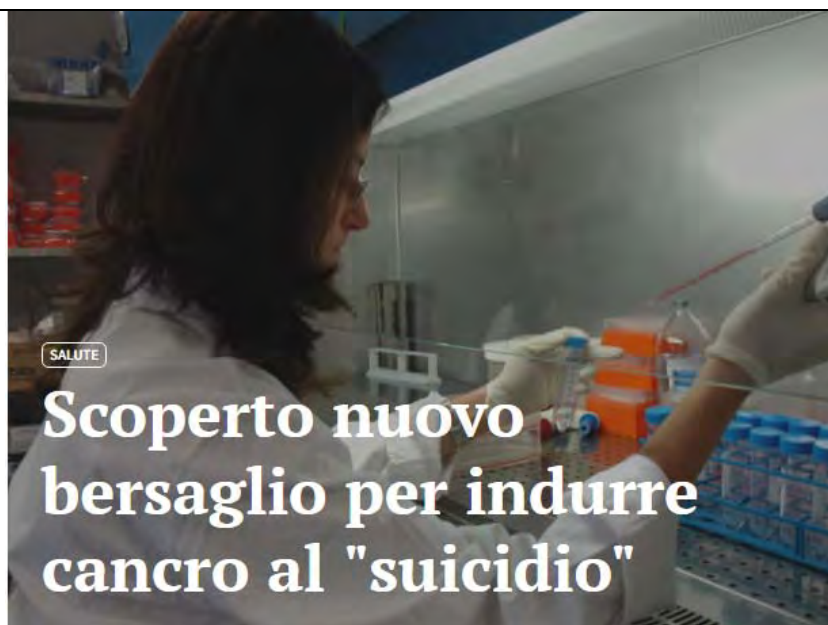
**Come farli uscire allo scoperto.** Alcuni tumori emettono segnali che, come il canto delle sirene, attirano a sé dei globuli bianchi specializzati (linfociti T regolatori o T-reg). Queste cellule vengono 'addomesticate' dal tumore per sopprimere l'attività dei linfociti T killer, che così non attaccano più il tumore. Una possibile strategia per vincere questo problema sta nell'abbinare la somministrazione di un vaccino terapeutico a un farmaco in grado di prevenire l'inattivazione dei linfociti 'killer', ripristinando la loro capacità di uccidere le cellule tumorali, che nel frattempo sono state adeguatamente messe in evidenza dal vaccino. Esiste poi una nuova generazione di immunoterapie anti-cancro detti 'modulatori dei posti di controllo immunitari' (*immune checkpoint modulator*), anche loro in grado di potenziare l'efficacia dei vaccini. Il bersaglio di queste immunoterapie è ad esempio la proteina PD-1, esposta sulla superficie dei linfociti T. Quando PD-1 si lega ad alcune particolari proteine (ligandi) come la PD-L1 e la PD-L2, che si trovano sulla superficie delle cellule tumorali, oltre che di alcune cellule normali, è come se si spegnesse un interruttore del sistema immunitario; la conseguenza di questo interruttore in posizione 'off' è che i linfociti T smettono di attaccare queste cellule.

Per tale motivo, alcuni tumori hanno imparato ad esporre sulla loro superficie tante proteine PD-L1 che permettono loro di sfuggire alla distruzione da parte del sistema immunitario. Ma una soluzione a questo problema è stata finalmente trovata con la messa a punto di anticorpi in grado di bloccare il legame di queste proteine di controllo immunitario (PD-1) ai loro ligandi (PD-L1) esposti in quantità sulle cellule tumorali; questo evita che scatti il segnale 'off' della risposta immunitaria e lascia liberi i linfociti T di distruggere le cellule tumorali. Molti di questi farmaci sono già in commercio da qualche anno e alcuni studi stanno valutando se la loro somministrazione, abbinata a un vaccino terapeutico, sia in grado di potenziare la risposta del sistema immunitario contro il tumore. È la strategia che si sta vagliando ad esempio contro il carcinoma metastatico a cellule renali, il glioblastoma, il tumore della prostata metastatico, resistente alla terapia ormonale, il carcinoma del colon retto, alcuni linfomi, il tumore del polmone e quello della mammella.

**Un nuovo vaccino contro il cancro della prostata.** Uno [studio dell'università di Oxford](#) valuterà l'efficacia di un nuovo vaccino anche contro [il cancro della prostata](#). In una prima parte dello studio, il gruppo del professor **Freddie Hamdy** di Oxford e del professor **Jim Catto** di Sheffield, vaccinerà 48 soggetti con tumore della prostata a rischio basso-intermedio per valutare la sicurezza di questo nuovo vaccino e documentare la risposta del sistema immunitario. Se questa prima fase darà i risultati sperati, verranno avviati studi su vasta scala per valutare l'efficacia di questo vaccino. "Il tumore - spiega la dottoressa **Irina Redchenko**, ricercatrice del Jenner Institute e leader del programma *Prostate Cancer Vaccine* - può dare metastasi perché il sistema immunitario non riconosce le cellule tumorali come 'estrane' e dunque non le attacca. Attraverso il vaccino potremmo aiutare il corpo ad attaccare e distruggere le cellule cancerose".

**La proteina 5T4 bandierina di riconoscimento.** Il tipo di vaccino utilizzato in questo studio si basa su un approccio messo a punto a Oxford, che si è dimostrato molto efficace nell'indurre una forte immunità cellulare, utile a prevenire ad esempio patologie quali la malaria, l'HIV e l'Ebola. È costruito con l'impiego di due vettori virali (virus 'indeboliti'): quello del vaccino MVA (*Modified Vaccinia Ankara*, utilizzato come vaccino contro il vaiolo), già valutato su 500 pazienti oncologici; l'altro vettore, detto ChAdOx1.5T4 (una forma inattivata del comune virus del raffreddore), è stato messo a punto dai ricercatori di Oxford e viene sperimentato per la prima volta sull'uomo. Questi vettori sono ingegnerizzati per il trasporto di elementi in grado di attivare in maniera specifica il sistema immunitario e 'scatenarlo' contro il tumore. Il vaccino inglese ha lo scopo di aiutare il sistema immunitario a riconoscere una particolare proteina (antigene), la 5T4, presente sulla superficie delle cellule tumorali. Una volta iniettato, fa sì che il sistema immunitario individui ed attacchi le cellule tumorali che espongono sulla loro superficie, come una bandierina di riconoscimento, la proteina 5T4. In questo studio, i pazienti già in lista per la prostatectomia verranno 'vaccinati' prima dell'intervento chirurgico, mentre quelli sottoposti a 'sorveglianza attiva' (sottoposti cioè a controlli regolari nel tempo per verificare che il tumore non stia progredendo) verranno vaccinati e quindi sottoposti a una risonanza magnetica nucleare supplementare per verificare se il vaccino abbia avuto un effetto positivo sul loro tumore. Gli autori dello studio sperano che questo vaccino consenta di trattare il cancro della prostata in uno stadio molto precoce così da evitare che la malattia progredisca.

**Un vaccino contro i gliomi (tumori del cervello).** Un gruppo di ricerca olandese dell'Università Cattolica di Lovanio sta invece sperimentando su modelli animali (topi) un vaccino contro i gliomi di alto grado, forme avanzate di tumori del cervello. La dottoressa **Patrizia Agostinis** e colleghi utilizzano le cellule tumorali 'moribonde' come 'esca' per reclutare una risposta immunitaria. Quando una cellula tumorale muore, lancia una sorta di 'SOS' attraverso delle molecole che segnalano un pericolo (gli esperti le chiamano *damage-associated molecular pattern molecules* -DAMP) che attivano alcune cellule del sistema immunitario, le cosiddette cellule 'dendritiche'. I ricercatori olandesi hanno costruito un nuovo vaccino che combina le cellule dendritiche e le cellule di glioma uccise da una terapia a *target* (la terapia fotodinamica con ipericina). Negli animali da esperimento, questo vaccino sperimentale si è rivelato in grado di bloccare e prevenire la crescita del tumore e di prolungare la sopravvivenza in maniera significativa. Ancor più efficace si è rivelata l'associazione chemioterapia-vaccino. Secondo gli autori questi risultati dimostrano che il vaccino 'a cellule dendritiche' rappresenta una forma promettente di immunoterapia, sulla quale lavorare, anche in associazione ad altre forme di trattamento. Lo [studio è pubblicato su \*Science Translational Medicine\*](#).

[www.agi.it](http://www.agi.it)

Londra - Con l'attivazione della proteina nota come **Bak** e' possibile indurre le cellule tumorali al suicidio. E' questa la nuova strategia individuata da un gruppo di ricercatori del The Walter and Eliza Hall Institute, in Australia, in uno studio pubblicato sulla rivista Nature Communications. La proteina Bak gioca un ruolo fondamentale nell'apoptosi, ovvero nella morte cellulare programmata. Nelle cellule sane Bak e' inerte, ma quando una cellula riceve l'"ordine" di morire, Bak si trasforma in una **proteina killer** che distrugge le cellule. I ricercatori hanno scoperto un nuovo modo per attivarla direttamente e innescare la morte cellulare. Una anticorpo prodotto per studiare Bak, in realta' sembra avere la capacita' di attivare la proteina killer. "Questa scoperta ci offre un nuovo punto di partenza per lo sviluppo di terapie che attivano direttamente Bak e causano la morte delle cellule", hanno concluso i ricercatori.

# quotidiano**sanità**.it

Lunedì 30 MAGGIO 2016

## La sanità italiana e le classifiche internazionali. Al primo posto in Europa per Bloomberg, al 22° per Health Consumer Index. Qual è la verità?

Tutto inizia con quel secondo posto dopo la Francia nella classifica Oms del 2000. Da allora a seconda se si vuol parlare male o bene della nostra sanità si tira fuori una classifica diversa. Per i fan del Ssn il nuovo mito è Bloomberg che ci piazza al primo posto in Europa e al terzo nel Pianeta. Per i detrattori la Bibbia è invece la classifica di Euro Health Consumer che ci ha visto sempre messi male rispetto agli altri partner europei

Secondi? No, siamo terzi! Macché, siamo 22 esimi in Europa! Fermi tutti, siamo al 34° posto nel mondo. Misurare l'efficienza e la qualità dei servizi di un sistema sanitario è da sempre impresa ardua. Ma sul sistema sanitario italiano le famose classifiche non sembrano essere riuscite nel tempo a mostrarci dove si colloca veramente il nostro Ssn nel confronto internazionale.

E in un'epoca di finanze ridotte e domanda di salute in costante crescita, dove è fondamentale gettare lo sguardo oltre le Alpi per analizzare le best practice nel mondo, è un problema e un limite non da poco.

Sono passati sedici anni da quando nel [World Health Report del 2000 l'Oms](#) collocava l'Italia al secondo posto assoluto dopo la Francia. Il nostro paese ne ha fatto un vanto per anni anche se per la cronaca l'Oms non ha più pubblicato una statistica del genere e quegli indicatori a posteriori furono molto criticati.

Ma il punto è che in questi sedici anni la percezione che non fossimo secondi al mondo è cresciuta. Anche perché, nei vari tentativi succedutisi nel tempo di fare una vera e propria classifica dei sistemi sanitari, il nostro Paese non è che il podio lo abbia visto molte volte. E il riferimento è per esempio alla classifica redatta dall'[Euro Health Consumer Index \(EHCI\)](#), che combina i dati statistici sanitari ufficiali al livello di soddisfazione dei cittadini, e che ci ha visto crollare dal 16° posto del 2008 al 22° del 2015.

Insomma per questo istituto di ricerca eravamo a metà classifica e ora siamo in zona retrocessione. Ma soprattutto il rapporto EHCI fotografa la nostra estrema eterogeneità: "L'Italia ha la più grande differenza riferita al pro capite tra le regioni di qualsiasi paese europeo. Il PIL della regione più povera è solo 1/3 di quello della Lombardia (la più ricca). Anche se in teoria l'intero sistema sanitario opera sotto un ministero centrale della salute, il punteggio dell'Italia è un mix tra il verde (livello alto) da Roma in su e il rosso (livello più basso) per le regioni meridionali".

Anche il popolo della rete non sembra premiarci. Altra graduatoria dove l'Italia non vece il podio nemmeno con il lanternino è quella fatta da [Numbeo](#), un enorme database online che permette agli utenti di condividere informazioni sui costi della vita, dall'affitto ai dati sul sistema sanitario nazionali. Informazioni che sono poi confrontate dal centro di ricerca tra Paesi e continenti, creando una mappa globale precisa e costantemente aggiornata. Per la Numbeo, con tutti i dubbi del caso, l'Italia ha il 34°

sistema sanitario al mondo nel 2016.

Il podio invece lo abbiamo ottenuto nel 2014 con la classifica della multinazionale americana dei media [Bloomberg](#) che ha valutato il nostro Ssn il terzo più efficiente del pianeta e primo in Europa. Doveroso ricordare come la classifica Bloomberg sia molto netta e basata su crudi indicatori che legano aspettativa di vita ai costi e al finanziamento del sistema. Un'equazione in cui primeggiamo, vista la nostra alta speranza di vita (anche se nel 2015 è calata per la prima volta) e un basso finanziamento (previsto al 6,5% del Pil nel 2018, considerata soglia minima di finanziamento per un sistema sanitario avanzato).

Uno dei rapporti più completi, che però non produce una vera e propria classifica globale è invece il Rapporto Health at a Glance curato dall'[Ocse](#) che vede l'Italia al 4° posto per aspettativa di vita. Ma solo al 18° per livello di spesa. E in questo senso il trend dei vari indicatori è altrettanto altalenante ed eterogeneo: "Molti indicatori sull'assistenza primaria e ospedaliera sono al di sopra della media, tuttavia l'Italia rimane arretrata rispetto ad altri paesi sull'assistenza agli anziani e la prevenzione e in ritardo anche l'incremento dell'uso dei farmaci generici".

Ma alla fine come si posiziona il nostro Ssn nel confronto con gli altri sistemi in Europa e nel Mondo? Forse un indice completo e veritiero ancora non esiste. Il quadro però che emerge è chiaro: la sanità italiana è eterogenea, frammentata, divisa, con picchi di eccellenza e picchi di mediocrità. Insomma al di là dei numeri il nostro Ssn può essere un paradiso ma pure un incubo.

Luciano Fassari

**Basta leggere le etichette per accorgersene: è un ingrediente che si trova ovunque e che suscita molti dubbi tra i nutrizionisti che lo considerano poco salutare**

# Onnipresente olio di palma

**È** nei biscotti, nelle fette biscottate, nei grissini, nei cracker e in quasi tutte le merendine che gli studenti portano a scuola per l'intervallo o che mangiano a colazione al posto dei più sani ed energetici pane e marmellata o pane e miele. Questo ingrediente invisibile, ma onnipresente per il suo basso costo, si chiama olio di palma e ultimamente non gode di buona fama. Ricavato da una specie particolare di pianta che cresce nei paesi caldi tropicali, chiamata appunto palma da olio, questo prodotto è

ritenuto dalla scienza della nutrizione tutt'altro che sano e benefico per la salute, a partire da quella dei bambini. L'ultimo allarme viene addirittura dall'Autorità europea per la sicurezza degli alimenti, chiamata Efsa. Ma prima di tutto si deve sapere che l'olio di palma, perché sia utilizzabile negli alimenti, deve essere trattato a temperature molto elevate (fino a 200 gradi centigradi). Ebbene, l'Efsa ha scoperto che durante questo procedimento, che si chiama raffinazione, si sviluppano sostanze

molto più velenose di quelle di altri oli e margarine. Queste sostanze contaminanti possono addirittura favorire l'insorgenza di una malattia mortale come il cancro. Ma all'olio di palma viene rivolta anche un'altra accusa. Medici e nutrizionisti lo ritengono tra i responsabili dell'aumento dell'obesità tra i bambini e i ragazzi, perché è un alimento troppo ricco di grassi saturi, quelli che fanno più male alla salute. **Attenzione: i bambini italiani risultano in media i più grassi di tutta Europa.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lunedì 30 MAGGIO 2016

## Fumo. Fermo da otto anni il trend in discesa dei fumatori, per la sigaretta elettronica il consumo risale. Il rapporto dell'Iss

Quasi invariata la percentuale dei consumatori di bionde rispetto al 2015: sono 11,5 milioni, circa il 22% della popolazione, rispetto ai 10,9 milioni (il 20,8%) del 2015. Usano le e-cig circa il 4%, degli italiani e otto fumatori su dieci la usano in combinazione con la sigaretta tradizionale. In lento e costante aumento l'uso dei trinciati tra i fumatori. Questi i dati del rapporto in occasione della Giornata mondiale senza tabacco.

Non cala in Italia il numero di fumatori. E' rimasta quasi invariata, infatti, la percentuale dei consumatori di bionde rispetto al 2015: sono 11,5 milioni, circa il 22% della popolazione, rispetto ai 10,9 milioni (il 20,8%) del 2015. Riprende invece il consumo delle e-cig che torna a toccare punte del 4% di utilizzatori nella popolazione. I dati 2016, infatti, che saranno illustrati domani all'Iss durante il Convegno "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale", rilevano valori percentuali simili a quelli registrati nel 2013: il 3,9% degli italiani utilizza abitualmente o occasionalmente l'e-cig (4,2% nel 2013) contro l'1,1% dello scorso anno: "Sebbene non ci siano ancora riscontri scientifici sufficienti sulla sicurezza e l'efficacia di questo strumento nella disassuefazione alle abitudini al fumo - spiega Walter Ricciardi, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità - la ripresa del consumo di questi articoli sottolinea la necessità di un attento e ulteriore monitoraggio del fenomeno e di rigorosi studi clinici sul loro utilizzo".

Viceversa restano sostanzialmente invariati da otto anni i consumi delle sigarette tradizionali, indipendentemente dall'ingresso sul mercato delle e-cig che sono spesso abbinata all'uso di tabacco tradizionale: "Si conferma anche quest'anno un trend che andiamo osservando oramai da 8 anni - spiega Roberta Pacifici, Direttore dell'Osservatorio fumo, Alcol e Droga dell'ISS - ovvero che la prevalenza di fumatori in Italia rimane pressoché invariata, al di là di piccole oscillazioni percentuali scarsamente significative: in particolare, registriamo una lieve crescita nella prevalenza dei fumatori di entrambi i sessi, con un aumento più marcato negli uomini rispetto alle donne. Ciò che sta cambiando sono le modalità di consumo. Quasi l'ottanta per cento degli utilizzatori di sigarette elettroniche - aggiunge la Pacifici - usa anche sigarette tradizionali - un dato questo, che merita una riflessione alla luce del fatto che la maggior parte di queste contengono nicotina".

E a proposito di cambiamenti nelle abitudini di consumo sempre più si conferma l'aumento progressivo di coloro che consumano sigarette fatte a mano: "In aumento lento ma costante - spiega Silvio Garattini, Direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - il consumo di sigarette rollate: oltre il 9,0% dei fumatori infatti utilizza prevalentemente sigarette fatte con tabacco sfuso, un fenomeno particolarmente diffuso fra i giovani".

Risale l'uso della sigaretta elettronica, i cui consumi si erano dimezzati nel 2014 e nel 2015. "I dati - spiega Roberta Pacifici, Direttore dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Iss - indicano che la maggioranza di chi usa la sigaretta elettronica consuma anche le sigarette tradizionali. Si tratta, in buona sostanza, di utilizzatori duali". Sono i dati del Rapporto Nazionale sul Fumo 2016 elaborati dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'ISS.

## Sintesi del Rapporto

I fumatori in Italia sono 11,5 milioni, il 22,0% della popolazione: 6,9 milioni di uomini (il 27,3%) e 4,6 milioni di donne (17,2%). Gli ex fumatori rappresentano il 13,5% della popolazione (7,1 milioni) i non fumatori sono invece 33,8 milioni (il 64,4% della popolazione). Secondo le indagini DOXA condotte tra il 2002 e il 2016 il dato di quest'anno relativo ai fumatori si riporta sui valori registrati nel 2008.

Si osserva inoltre un lieve incremento della prevalenza di fumatori di entrambi i sessi: gli uomini passano dal 25,1% del 2015 al 27,3% del 2016, le donne dal 16,9% del 2015 al 17,2% del 2016.

L'analisi della prevalenza del fumo di sigarette tra gli uomini e le donne nelle varie classi di età mostra che la percentuale di fumatori è ancora superiore a quella delle fumatrici in tutte le fasce di età. Nella fascia di età compresa tra i 25 e 44 anni si registra la prevalenza maggiore di fumatori di entrambi i sessi (24,1% delle donne e 31,9% degli uomini). Fumano di meno gli ultrasessantacinquenni: il 6,9% delle donne e il 18,2% degli uomini. La distribuzione dei fumatori rispetto alle varie aree geografiche mostra che la prevalenza di fumatori di sesso maschile si registra nelle regioni del Centro Italia (30.4%), mentre la prevalenza di fumatrici nelle regioni del Nord (19.9%).

Il consumo medio di sigarette al giorno si conferma intorno alle 13 sigarette. Il 45,0% dei fumatori fuma tra le 10 e le 19 sigarette/die. In aumento, rispetto allo scorso anno, i fumatori cosiddetti "leggeri" (fino a 9 sigarette/die): sono passati dal 16,7% nel 2015 al 23,6% nel 2016. Il 71,1% dei fumatori ha acceso la prima bionda tra i 15 ed i 17 anni: questa fascia d'età si conferma nel tempo particolarmente critica per l'iniziazione al fumo di tabacco. Il 13,8% dei fumatori ha iniziato a fumare addirittura prima dei 15 anni. Gli uomini iniziano mediamente un anno e mezzo prima delle donne (a 17,4 anni gli uomini, a 18,7 le donne) ed il motivo per cui si accende la prima sigaretta è legato all'influenza dei pari: il 60,7% dei fumatori, infatti, ha iniziato perché influenzato dagli amici o dai compagni di scuola. Rispetto alla tipologia di prodotti del tabacco acquistati si osserva quest'anno una conferma della percentuale di fumatori che scelgono prevalentemente o occasionalmente le sigarette fatte a mano (18,6% contro il 17,0% del 2015). I principali consumatori di sigarette fatte a mano sono i giovani e giovanissimi (15-24 anni), soprattutto maschi e residenti al Centro Italia.

## La sigaretta elettronica

Quest'anno si registra, per la prima volta dopo 3 anni, un sensibile incremento dell'uso della sigaretta elettronica: gli utilizzatori di e-cig sono infatti passati dall' 1,1% del 2015 al 3,9% del 2016 (nel 2014 erano l' 1,6%). Coloro che la usano abitualmente nel 2016 sono il 2,3% (nel 2015 erano lo 0.7%), mentre coloro che la usano occasionalmente sono l'1,6% ( nel 2015 erano lo 0,4%).

Gli utilizzatori di sigaretta elettronica sono soprattutto utilizzatori duali (sigaretta elettronica + sigaretta tradizionale) e rappresentano il 77,6% degli utilizzatori di e-cig: questa percentuale ha subito lievissime variazioni nel corso degli anni (erano il 73,1% nel 2015 e l'80,7% nel 2014). Tra questi, fumatori che non hanno modificato le loro abitudini tabagiche (5.6%) o che hanno aumentato (0.5%), ridotto leggermente (5.6%) o drasticamente (9.5%) il numero di sigarette tradizionali fumate. E ancora, tra gli utilizzatori duali, gli ex fumatori che hanno dichiarato di aver ricominciato a fumare le sigarette tradizionali assieme alla sigaretta elettronica (24.9%) o coloro che non fumavano e sono diventati consumatori duali di sigarette tradizionali e sigarette elettroniche (17.8%). Tra gli utilizzatori esclusivi di sigaretta elettronica (18,4% degli utilizzatori di e-cig) fumatori che hanno smesso di fumare (7.7%) e persone che si sono avvicinate per la prima volta alla sigaretta elettronica ma non erano fumatori (10.7%).

## Numero verde e centri antifumo

L'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Iss effettua dal 2000 il censimento dei Servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (Centri Antifumo). In passato il monitoraggio sulle attività dei Centri Antifumo e l'aggiornamento dell'anagrafica e dell'offerta dei servizi avvenivano mediante contatto telefonico e corrispondenza via mail. A partire dal 2015, la raccolta dati avviene utilizzando un sistema di rilevamento informatizzato mediante il quale ciascun Centro può aggiornare i dati accedendo ad un'area web dedicata.

Il censimento del 2016 rileva una lievissima diminuzione nel numero dei Centri Antifumo attivi sul territorio nazionale (363 ad aprile 2016, 368 nel 2015) con quasi 14.000 utenti in trattamento. In

particolare, 305 Centri antifumo afferiscono al SSN e 58 alla LILT e sono localizzati soprattutto nel Nord Italia (57,3%), Nel 2015, l'84,4% dei centri antifumo ha preso in carico fino a 100 pazienti/anno. Tra i principali canali di accesso ai centri antifumo, l'invio da parte del Telefono Verde contro il Fumo 800554088 dell'ISS, che nel 2015 ha raccolto 3600 telefonate (2.274 utenti donne e 1.326 uomini) provenienti soprattutto dal Sud Italia (42,3%), ma anche dal Nord (35.3) e dal Centro (22.4%). Le telefonate hanno riguardato soprattutto utenti di età compresa tra i 46 ed i 55 anni.

<http://www.healthdesk.it/>

## I DATI

### ***Fumo: è finito l'effetto Sirchia***

**Il numero di fumatori è ormai stabile. Forse per colpa della crisi, aumentano i consumatori di tabacco rollato a mano. Cresce anche il numero di quanti scelgono le ecig, ma in 4 casi su 5 non lasciano le sigarette**

La discesa è finita. A 13 anni dall'approvazione della legge Sirchia che ha vietato il fumo negli spazi pubblici e sui posti di lavoro e che ha incentivato numerosi italiani a mollare le bionde, il numero di fumatori si è ormai stabilizzato. Anzi è in lieve aumento.

Sono 11,5 milioni, più di un italiano su 5. Si osservano, però, cambiamenti nei modelli di consumo: in particolare cresce la quota di fumatori che preferiscono le sigarette elettroniche e quelli che optano per il tabacco rollato a mano piuttosto che per le sigarette.

#### **Vizio stabile**

A fornire la fotografia del fumo in Italia è l'Istituto superiore di sanità in occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco che si celebra il 31 maggio. Oltre al numero di fumatori, il rapporto dell'Iss mostra che il fumo è ancora un fenomeno più maschile che femminile: fumano 6,9 milioni di uomini (il 27,3% della popolazione) e 4,6 milioni di donne (17,2%).

La fascia di età in cui il fumo è più diffuso è quella compresa tra i 25 e i 44 anni (in questa fascia di età fuma il 24,1% delle donne e il 31,9% degli uomini). La percentuale più bassa si osserva invece tra gli ultrasessantacinquenni. Per quanto riguarda la distribuzione geografica, la prevalenza di fumatori di sesso maschile si registra nelle regioni del Centro Italia (30.4%), mentre la prevalenza di fumatrici nelle regioni del Nord (19.9%).

Il consumo medio di sigarette al giorno si conferma intorno alle 13 sigarette. Il 45 per cento dei fumatori fuma tra le 10 e le 19 sigarette al giorno. In aumento, rispetto allo scorso anno, i fumatori cosiddetti "leggeri" (fino a 9 sigarette al giorno): sono passati dal 16,7 per cento nel 2015 al 23,6 per cento nel 2016. Il 71,1 per cento dei fumatori ha acceso la prima bionda tra i 15 ed i 17 anni: questa fascia d'età si conferma nel tempo particolarmente

critica per l'iniziazione al fumo di tabacco. Il 13,8 per cento dei fumatori ha iniziato a fumare addirittura prima dei 15 anni. Gli uomini iniziano mediamente un anno e mezzo prima delle donne (a 17,4 anni gli uomini, a 18,7 le donne) ed il motivo per cui si accende la prima sigaretta è legato all'influenza dei pari: il 60,7 per cento dei fumatori, infatti, ha iniziato perché influenzato dagli amici o dai compagni di scuola.

«Si conferma anche quest'anno un trend che andiamo osservando oramai da 8 anni ovvero che la prevalenza di fumatori in Italia rimane pressoché invariata, al di là di piccole oscillazioni percentuali scarsamente significative», dice Roberta Pacifici, direttore dell'Osservatorio fumo, Alcol e Droga dell'ISS. «In particolare, registriamo una lieve crescita nella prevalenza dei fumatori di entrambi i sessi, con un aumento più marcato negli uomini rispetto alle donne. Ciò che sta cambiando sono le modalità di consumo», aggiunge.

In particolare, il primo cambiamento sostanziale riguarda le sigarette fatte a mano: sono il 18,6 per cento del totale (ma la percentuale è notevolmente più alta tra i giovani).

### **Paradosso ecig**

Il secondo grande mutamento riguarda invece la diffusione delle sigarette elettroniche. Il numero degli utilizzatori è triplicato in un solo anno sfiorando il 4 per cento dei fumatori.

Sorprende tuttavia il fatto che i fumatori di sigaretta elettronica sono in 4 casi su 5 utilizzatori duali, fumano cioè sia la sigaretta elettronica sia quella tradizionale.

I dati sembrano dunque smentire la principale argomentazione dei sostenitori delle ecig, vale a dire che l'uso delle sigarette elettroniche sia un valido aiuto nella disassuefazione dal fumo: infatti non solo quasi l'80 per cento dei fumatori di sigarette elettroniche continua a usare le sigarette tradizionali, ma una percentuale rilevante ha aumentato il numero di sigarette fumate e non manca nemmeno chi, dopo aver smesso, ha ricominciato a fumare le sigarette tradizionali insieme a quelle elettroniche e perfino chi non aveva mai fumato e si è trasformato in consumatore duale.

«Sebbene non ci siano ancora riscontri scientifici sufficienti sulla sicurezza e l'efficacia di questo strumento nella disassuefazione alle abitudini al fumo la ripresa del consumo di questi articoli sottolinea la necessità di un attento e ulteriore monitoraggio del fenomeno e di rigorosi studi clinici sul loro utilizzo», afferma il presidente dell'Istituto superiore di sanità Walter Ricciardi.

<http://www.corriere.it/salute/>

LA GIORNATA SENZA TABACCO

## Ecco che cosa succede al tuo corpo quando fumi (e quando smetti)

*Aumentano battito cardiaco e pressione, ingialliscono denti, unghie e dita. Bastano 8 ore di stop perché l'ossigenazione del sangue torni normale, ma servono 10 anni per far scendere del 50% il rischio di cancro al polmone*

**di Redazione Salute**

### ***Che cosa succede al tuo corpo quando accendi una sigaretta***

Che cosa succede al tuo cuore quando accendi una sigaretta? E alla tua bocca? Ai tuoi occhi? Già dal primo tiro **la nicotina crea dipendenza e assuefazione** e spinge il cervello a consumarne dosi sempre maggiori. La nicotina fa **battere più forte il cuore e aumenta la pressione sanguigna**, aumenta così del 25% il rischio di malattie cardio-circolatorie come aterosclerosi, infarto e ictus. Il catrame rilasciato dalle sigarette è responsabile dell'**ingiallimento dei denti**. I solfuri prodotti dai batteri nella bocca dei fumatori sono i responsabili dell'**alitosi**. Chi fuma è più a rischio di carie, parodontite. Il fumo è anche la causa dell'**ingiallimento di dita e unghie e delle guance flaccide**. Alcuni cambiamenti causati alla pelle sono irreversibili come le **rughe**. Nel fumo di sigaretta ci sono circa 40 sostanze cancerogene che possono causare tumori agli organi dell'apparato respiratorio. Per il fumo i polmoni hanno una minore capacità di ossigenazione del sangue e la perdita della capacità dei polmoni di ripulire l'aria.

### ***Che cosa succede quando smetti di fumare***

Bastano **8 ore senza sigaretta perché l'ossigenazione del sangue torni a valori normali**. Dopo 24 ore **diminuisce l'alitosi** e nei polmoni si accumulano meno muco e catarro. Dopo una settimana **migliora senso del gusto e dell'olfatto**. Dopo qualche settimana si assume un bel colorito. Dopo 3-6 mesi la tosse tipica del fumatore sparisce e dopo un anno dimezza il pericolo di malattie cardiache, ma servono **10 anni**

**per far scendere del 50% il rischio di cancro al polmone.** Solo dopo 15 anni il rischio di malattie cardiache torna ai livelli di chi non ha mai fumato. Alcuni cambiamenti causati dalle sigarette, come le rughe alla pelle sono però irreversibili.

### ***Fumare è come se....***

Quando fumiamo è come se facessimo **smorfie tutto il giorno** creando le tipiche rughette intorno alla bocca. Le sigarette peggiorano la memoria ed è **come se il cervello avesse 10 anni in più**. Il pm10 prodotto da tre sigarette fumate per 30 minuti è 10 volte quello prodotto da un motore diesel di 15 anni fa. Il cuore di un fumatore è come se fosse sempre di corsa perché aumenta frequenza cardiaca e della pressione sanguigna.

«Ora avanti tutta»

**D**ialogo sulle competenze tra categorie. Riforma con Dl di Aifa, Iss e Agenas. Parità tra sessi negli Ordini. Così **Emilia De Biasi** (Pd).

INTERVISTA A PAG. 4

L'INTERVISTA: EMILIA DE BIASI

## «Nuova stagione, anche per le competenze»

«**Avanti insieme tra le categorie, senza subaltermità. Aifa, Agenas e Iss: riforma subito, per decreto**»

**E**milia De Biasi, la pasionaria relatrice dell'ex Ddl omnibus che ha tagliato il primo traguardo al Senato, non è tra coloro che cercano rivincite. Con «tenacia», lo dice lei stessa, ha portato a casa il risultato: «Una battaglia non si vince mai in solitudine», si affretta però a precisare. Non senza gettare nella mischia un pacchetto di misure, appunto, da mischia rugbistica: risolvere l'intrigo delle competenze tra medici e infermieri con un lavoro d'insieme tra le categorie, ma - attenzione - ben sapendo che «lavorare insieme non significa annullare i medici. L'esistenza delle professioni non può mai significare l'emarginazione della professione medica, che continua a essere centrale». E «lo dice - aggiunge - chi sa bene quanto valgano le professioni sanitarie». E poi, altra bombetta lanciata in campo, la riforma di Aifa, Iss e Agenas con decreto legge (da discutere con le Camere) perché sono «riforme urgenti e non c'è tempo da perdere». E, tanto per gradire, ecco ancora l'invito alla Camera e al Governo di pensare al riequilibrio della rappresentanza femminile-maschile negli Ordini. Con la legge, giura Emilia De Biasi, «si apre una nuova stagione». Vedremo se sarà estate o inverno, autunno o primavera.

**Presidente De Biasi, ci sono voluti più di 800 giorni, ma ce l'ha fatta a portare a casa il cosiddetto "Ddl omnibus". Roba da pasionaria...**

Queste non sono battaglie che si vincono in solitudine. È stato un lavoro collettivo in Parlamento, con la necessaria presenza del Governo e in particolare del **sottosegretario De Filippo** che desidero ringraziare ancora. È stato naturalmente necessario tessere i rapporti e condividere le scelte con Mef, Università e ricerca. Ovviamente anzitutto col **ministero della Salute**. Alla fine credo che abbia vinto la mia tenacia di fare da collante per un risultato che non esito a definire storico. Se a qualcuno è sfuggito che parliamo di un milione e duecentomila operatori che attendono la legge da 14 anni...

**Quale è stato il momento più difficile in questi quasi tre anni?**

Quando il provvedimento è sparito dai radar in commissione Bilancio e se ne so-

no letteralmente perse le tracce. Ma evidentemente i problemi non erano solo di quattrini. Anche se noi in commissione Sanità eravamo pronti a procedere.

**Problemi politici, qualcuno remava contro?**

Diciamo che per un anno qualcuno ha cominciato a pensare che non se ne sarebbe fatto più niente. Poi, quando dopo infinite insistenze il provvedimento è all'improvviso riemerso dalle acque, c'è stato un impazzimento. Quelli che per tre anni non avevano aperto bocca o fatto un minimo cenno, alè, si sono scatenati, come sempre, all'italiana...

**Qualcuno però è rimasto a bocca asciutta nel mondo delle professioni. O l'ha presa male: penso alla querelle dei fisioterapisti verso gli osteopati.**

Quella vicenda è andata oltre ogni immaginazione. Sia chiaro: la dialettica democratica si rispetta sempre e non si mette in discussione. Peccato però che a un certo punto sia culminata ben oltre gli atteggiamenti fisiologici del dissenso, per tradursi in insulti e minacce molto pesanti. Inaccettabili.

**E adesso?**

Adesso portiamo a casa il risultato e con questa legge potremo aprire una nuova stagione. Quella della convivenza tra i medici e le professioni sanitarie. E poi all'interno delle professioni potremo costruire anche una nuova convivenza. Perché, non scordiamolo, fatta la legge andranno fatti i decreti attuativi. E lì si giocherà tantissimo.

**Aspettando la Camera, che prevedibilmente ci metterà mano. Quali tempi si aspetta da Montecitorio?**

È naturale e in un certo senso scontato che nella seconda lettura possano esserci dei cambiamenti. Lo faremo anche noi con la responsabilità professionale. Ma io spero, e credo, che la Camera farà presto. L'importante è che l'ossatura della legge resti questa. Per essere esplicita, io credo che il riconoscimento delle figure di osteopata e chiropratico siano due elementi di rilevante novità e ritengo che vadano valutate - ma questo è compito più del ministero - le richieste di inserimento di alcune professioni di alcune che sono rimaste escluse. In ogni caso desidero aggiungere, perché sia ben chiaro, che il provvedimento non è solo per le professioni sanitarie, ma anche per i medici, eccome.

**Perché nella grande fenomenologia delle professioni c'è tanta voglia di Or-**

**dine? Proprio quanto l'Antitrust condanna da anni e anni...**

Anche i più feroci detrattori degli Ordini ormai hanno capito che nel campo sanitario gli Ordini sono assolutamente indispensabili. Lo dice l'Europa, lo dicono fior forte di giuristi. E questo perché abbiamo a che fare con la salute: gli Ordini sono un luogo di salvaguardia rispetto all'abusivismo professionale che in campo sanitario è particolarmente pericoloso. Senza trascurare la tutela deontologica. Due aspetti, la tutela dall'abusivismo dei finti professionisti e l'etica professionale, che poi sono altrettante garanzie per gli assistiti.

**Peraltro, non crede che gli Ordini dovrebbero fare più nettamente piazza pulita al loro interno, e con le armi che hanno, dei professionisti indegni?**

Non c'è dubbio alcuno. Ne sono convinta e spero che questo disegno di legge possa dare una mano, pur nella piena autonomia degli Ordini. La nuova legge è un invito a essere rigorosi, anche fino alle estreme conseguenze.

**Il punto chiave del Ddl che più le sta a cuore?**

La medicina di genere. È la prima volta che viene scritta nel diritto del nostro Paese. E si sappia bene che non stiamo parlando della "questione femminile". La medicina di genere non è la "medicina delle donne" o "per le donne", ma tiene conto del fatto che donne e uomini hanno reazioni e corpi differenti. Superiamo i luoghi comuni. Stiamo parlando di un approccio che tenga conto che i corpi femminile e maschile sono due e distinti. Questa sarà una rivoluzione. E potrebbe esserlo anche in un altro senso...

**Cioè?**

Penso a un aspetto di cui la legge non parla, che è a cavallo tra gli Ordini e la medicina di genere: il riequilibrio della rappresentanza tra uomini e donne all'interno degli Ordini. È un invito che faccio



alla Camera e al Governo: la necessità di esplicitare l'art. 51 della Costituzione sulle pari opportunità nella vita pubblica tra uomini e donne, anche all'interno degli Ordini e delle professioni. Si può fare. È un'occasione magnifica.

**Poi immagino la norma sul parto indolore, tra i punti clou.**

Con i Lea, che mi auguro vivamente vengano liberati rapidamente dall'Economia. Sono il cuore del Ssn. Ma a proposito di parto, va specificato che abbiamo aperto anche alle metodiche del parto fisiologico. Non è detto infatti che l'eccessiva medicalizzazione sia sinonimo di sicurezza. È la sicurezza assoluta del parto a contare, senza interferire col parto naturale o indolore.

**Purché non resti solo un manifesto, una cartolina, non si può non essere d'accordo sulle pene contro chi maltratta anziani e disabili nelle strutture sanitarie e d'ospitalità. Detta d'impeto, buttiamoli in galera e gettiamo le chiavi...**

Verrebbe da pensarlo, ma noi siamo per un diritto mite... Ma con la certezza della pena. Ribadisco: la certezza della pena. È una cosa incivile leggere ancora oggi di maltrattamenti nelle case protette sui malati psichici, o nelle case di riposo verso gli anziani e i non autosufficienti. La nuova norma c'è. Vorrei che ci fossero sempre e in pieno anche le Regioni.

**Presidente, la riforma degli enti vigilati dal ministero - parlo di Aifa, Iss, Agenas - era nella parte stralciata dal Ddl: che se ne farà adesso? La riprenderete in mano?**

L'urgenza della riforma degli enti vigilati non può far parte di un Ddl omnibus, né può camminare lentamente. Sono riforme urgenti e io credo che la cosa migliore sarebbe un decreto del Governo su cui discutere in Parlamento. Il problema è quello della tempistica, perché il problema è serio. Stiamo parlando di riordini indispensabili e da fare in fretta.

**Su competenze e comma 566 farete niente? Riuscirete mai a mettere pace nella guerra permanente tra due mondi così distanti come quelli dei medici e degli infermieri?**

Devono lavorare insieme e soprattutto capire che sono ruoli differenti. Senza subalternità. Ognuno può pensarla come vuole, ma attenzione: prima di tutto deve essere molto chiaro che lavorare insieme non significa annullare i medici. L'esistenza delle professioni non può mai significare l'emarginazione della professione medica, che continua a essere centrale. E lo dice chi sa bene quanto valgono le professioni sanitarie. (R.Tu.)



# Carne e antibiotici, allarme in tavola “Manca la ricerca”

La specialista Galiuto conferma la denuncia di Report:  
“Studi fermi da anni, negli alimenti variabili ignote”

DAVIDE MILOSA

**A**llevarmenti di polli intensivi. Immagini choc ma non nuove. Maiali in gabbie lerce con decine di topi a rosicchiare loro la schiena. Contenitori di medicinali nei cestini dell'immondizia. Succede in Emilia-Romagna. All'ingresso la scritta rassicura: “Zona protetta in biosicurezza”. Dentro di sicuro c'è ben poco. Il caso fa scandalo perché l'area filmata e mandata in onda nel servizio di *Report* di domenica è di proprietà della società Amadori, uno dei colossi italiani nelle vendite di carne. L'allarme, va detto, è periodico. Le immagini poi fanno presa sul pubblico. Un problema vero e soprattutto nuovo però il reportage lo pone. L'uso indiscriminato degli antibiotici: non solo negli animali che poi mangiamo, ma anche per le cure quotidiane. “Uso indiscriminato”, spiega Leda Galiuto responsabile del reparto di Cardiologia riabilitativa del Policlinico Gemelli di Roma. Un utilizzo, spesso inutile, e che col tempo fortifica il germe fino a ritrovarsi davanti al caso clamoroso degli Usa dove è stato individuato un superbatterio completamente immune all'azione antibiotica.

**LA VICENDA** dell'allevamento Amadori apre uno scenario più vasto che arriva fino all'ipotesi (ancora lontana) di una pandemia mondiale. “Uno dei punti fondamentali – prosegue Leda Galiuto – è che a livello di ricerca siamo fermi da almeno dieci anni”. Tradotto: gli antibiotici che vengono prescritti sono molto vecchie e sempre gli stessi. Questo ha dato tempo ai batteri di trovare le contromisu-

re.

“Le mancate novità – prosegue la dottoressa – dipendono anche dalle fette di mercato dove le aziende farmaceutiche decidono d'investire”. Il settore, dunque, non sembra particolarmente appetibile. “L'Italia è ai primi posti in Europa per antibiotico-resistenza – ha spiegato Gian Maria Rossolini, dell'ospedale Careggi di Firenze –. Recentemente si sono evoluti ceppi capaci di resistere alla maggior parte degli antibiotici disponibili”. E del resto in Italia vengono ancora prescritti troppi medicinali: oltre il 50% dei pazienti ricoverati in ospedale viene sottoposto a questo tipo di terapia.

**LA MORTALITÀ** nelle infezioni sostenute da batteri multi-resistenti è elevata, e si aggira intorno al 40-50%. Nei nostri ospedali almeno 2.100 morti all'anno sono evitabili. “Questa cosa la vedo sul campo – spiega Leda Galiuto –, soprattutto nel caso di pazienti anziani che quasi sempre superano le operazioni, ma che poi perdono la vita per una banale polmonite. Non avendo nuovi antibiotici siamo costretti a utilizzare quelli vecchi in combinazione”. In molti casi questi cocktail, se da una parte curano l'infezione, dall'altra intaccano gli organi portando al decesso. In questo quadro rientra l'aspetto nutrizionale e il problema degli allevamenti intensivi che certo non riguardano solo Amadori. “Troppo spesso – chiude Galiuto – ci nutriamo con prodotti trattati con antibiotici, introducendo così nel nostro organismo una variabile sconosciuta”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è



Leda Galiuto è attualmente professoressa di Cardiologia oltre che responsabile del reparto di Cardiologia riabilitativa all'ospedale Gemelli di Roma. Secondo la Galiuto l'aumento di batteri resistenti è dovuto all'uso indiscriminato di antibiotici



**Affondo Antitrust**  
**«Opacità vaccini»**

VAZZA A PAG. 6

PRIMA INDAGINE CONOSCITIVA DELL'ANTITRUST

**Agcm: vaccini, oligopoli e mancati risparmi****Sono 4 i big del mercato**

**L'**oligopolio nel mercato dei vaccini non porta risparmi. Nel mondo sono quattro imprese multinazionali, GlaxoSmithKline, Sanofi Pasteur, Merck Sharp&Dohme e Pfizer, che detengono oltre l'80% in valore delle vendite complessive, in un settore con un fatturato complessivo che supera attualmente i 20 miliardi di euro ed è da anni in forte crescita.

E in Italia dal 2010 al 2015 ogni anno si sono spesi 300 milioni per i vaccini essenziali, quindi esclusi quelli antinfluenzali. Il quadro generale lo ha tracciato l'indagine conoscitiva **"I mercati dei vaccini a uso umano"**, presentata nei giorni scorsi dall'Antitrust.

Questo trend - rileva l'Autorità presieduta da **Giovanni Pitruzzella** - dipende in gran parte dallo sviluppo di prodotti innovativi che hanno prezzi ben più elevati di quelli tradizionali e sono coperti da esclusive di brevetto particolarmente complesse. Un ostacolo per lo sviluppo di versioni generiche dei vaccini, in misura anche superiore agli altri mercati farmaceutici, con fenomeni di "product differentiation" che rendono più difficile la sostituibilità tra prodotti destinati a prevenire la stessa malattia.

«Per i vaccini, al contrario di quanto accade per i farmaci biologici - ha evidenziato **Luca Arnaudo**, che ha curato l'indagine - non è stato previsto alcun meccanismo di promozione della genericazione: c'è un'inesistenza di percorsi agevolati per la produzione di vaccini generici e questo crea un'opacità di fondo delle politiche di prezzi».

Ma c'è una criticità tutta italiana: quasi tutti i vaccini rientrano tra i farmaci di fascia C con prezzo al pubblico liberamente determinato dalle imprese. La normativa vigente vincola poi le offerte di prezzo a sconti obbligati al Servizio sanitario nazionale, «ma, sottolinea il report, il sistema è

poco trasparente e scarsamente efficiente, e i prezzi si allineano comunque a quelli di altri Paesi». E va sottolineato che vi è un'elevata difficoltà nel reperimento di informazioni affidabili relativamente ai prezzi applicati per un medesimo prodotto vaccinale ad acquirenti diversi: «tali difficoltà sono spesso riconducibili alla riservatezza delle informazioni di prezzo che i venditori impongono agli acquirenti, perlopiù per mezzo di accordi bilaterali». Da qui l'invito dell'Antitrust a valutare «la legittimità di eventuali accordi di riservatezza in maniera rigorosa, caso per caso».

**"Prezzi a strati" sotto la lente.** Il nodo è dunque rappresentato dalle politiche commerciali adottate dai principali operatori (in particolare il tiered pricing o "prezzi a strati", a cui si aggiungono di frequente accordi di riservatezza sui prezzi praticati) comportano per i centri di spesa la difficoltà di definire in maniera congrua i propri acquisti. Nella percezione comune, tuttavia, i vaccini continuano a essere considerati farmaci tradizionali, economici e facilmente disponibili. Lo studio dell'Autorità suggerisce perciò interventi mirati - indicandoli in termini puntuali - per superare tali criticità concorrenziali, da adottarsi e condividere a livello internazionale.

**Italia verso l'aggregazione delle centrali d'acquisto.** Per l'Italia l'Antitrust ha preso atto positivamente del processo attualmente in corso di riaggregazione della domanda pubblica intorno a un numero limitato di centrali di acquisto, considerandolo idoneo a bilanciare la concentrazione dell'offerta (countervailing buyer power). E non è tardata ad arrivare la reazione dell'Agenzia del Farmaco: «Accogliamo con favore le risultanze dell'indagine conoscitiva sui vaccini per uso umano condotta dall'Agcm» hanno detto il presidente **Mario Melazzini** e il Dg **Luca Pani**. «È in calendario a breve una riunione per l'istituzione di un tavolo di lavoro permanente con Agcm per consentire uno scambio di informazioni rapido ed efficace».

**Lucilla Vazza**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Rosso farmaci,  
brividi da 1,9 mld**

TURNO A PAG. 6

Consuntivo Aifa 2015: buco profondo 1,88 mld - Ma la governance resta un miraggio

# I farmaci Ssn ballano coi lupi

Spesa ospedaliera in piena tempesta - Decolla la distribuzione diretta

**H**ai voglia a dire "facciamo un tavolo". Altro che tavoli, tavolini, sgabelli o strapuntini. Qui è tempo di ombrelloni ben solidi per ripararsi dalla tempesta e di sedie a sdraio per accomodarsi dopo la tempesta. Perché continua a piovere grandine sulla farmaceutica made in Ssn. E su quella in ospedale, poi, si può parlare ormai senza ombra di smentita, di tempesta che nessuna rete di protezione alle condizioni date potrà mai fermare.

Provare per credere, se mai ce ne fosse ancora bisogno o qualche incauto azzardasse dubitarlo. I dati di consuntivo 2015 dell'Aifa (si veda *Sanità24*) ci raccontano drammaticamente di un buco profondo 1,880 mld. Con l'ospedaliera che da sola realizza un

rosso da 1,549 mld, più o meno il 15% del totale. E quella territoriale che nell'insieme realizza un disavanzo pari a 331 mln, che poi non sono noccioline. E ancora, andando alla rinfusa: la spesa convenzionata netta che scende dell'1,40% rispetto al 2014, con le ricette che a loro volta diminuiscono del 2,17%. Mentre la distribuzione diretta fa un balzo, anzi un salto mortale carpiato in tutti i sensi, con una crescita del 51,4% e sale a quota 1,67 mld. Per non dire delle compartecipazioni (ticket per ricetta o per *reference price*, ormai il vero dominatore di questa partita a carico degli italiani) che quotano 1,52 mld a +1,40%. Per dire: il *reference price* vale poco più di un miliardo.

E poi la partita delle partite: l'ospedale dipinto di rosso. Rosso scuro, rosso pesante per

chi deve farsi carico dei disavanzi, quel 50% a carico delle industrie peraltro ancora impigliati dopo le pronunce dei giudici amministrativi. E sempre più una spesa ospedaliera da far tremare i polsi, quella del 2015, sebbene addirittura figure lievemente meno peggio di quanto non si prevedesse

solo pochi mesi fa. Ma sempre con un deficit da brividi: 1,549 mld, s'è detto. Con una sola Regione (la provincia di Trento, cioè poca cosa) sotto l'asticella del 3,5%. Tutte le altre Regioni invece sono delle sfonda-tetto. Come non poteva essere altrimenti data l'esiguità dei fondi, ciascuna peraltro in ordine sparso a seconda delle politiche locali che confermano le differenze di accesso al farmaco tra una Regione e l'altra. La Toscana al 6,37% del

tetto è leader della spesa ospedaliera, seguita da Sardegna, Abruzzo, Puglia, Umbria, Marche e Calabria. Il disavanzo più pesante è sempre quello della Toscana con 196 mln, poi seguono Lombardia con 194 mln e Campania a 159 mln. Un disastro generale. Chi può dire il contrario?

E tuttavia dei risultati del tavolo Governo-Regioni non v'è certezza. Ciascuno va per la sua strada. Si cercano compromessi, o meglio si azzardano intese. Ma le distanze restano abissali. Finora. Con le Regioni che hanno bisogno di dare certezza ai loro bilanci, e le industrie altrettanto. Ma le prime vogliono tagliare i prezzi, il Governo pensa a Drg con spesa per farmaci annessa (chi la pagherebbe?). Ballare coi lupi è un effetto magico solo al cinema. (r.tu.)

Disavanzo territoriale		
Regione	Scost. ass.	Inc. %
Sardegna	109.132.178	15,06
Puglia	143.111.940	13,33
Campania	174.686.914	13,06
Lazio	148.563.614	12,77
Calabria	49.458.973	12,76
Abruzzo	31.467.410	12,66
Sicilia	62.404.986	12,05
Basilicata	6.590.187	11,98
Marche	15.437.513	11,89
Molise	345.684	11,41
Friuli V.G.	576.346	11,38
Toscana	-16.047.474	11,12
Umbria	-5.177.830	11,04
Lombardia	-82.806.039	10,88
Liguria	-15.207.326	10,85
Piemonte	-51.850.293	10,71
Emilia R.	-87.477.263	10,26
Veneto	-113.281.349	10,06
Pa Trento	-13.540.219	9,91
V. d'Aosta	-3.494.059	9,82
Pa Bolzano	-21.846.406	8,90
<b>Italia</b>	<b>331.047.489</b>	<b>11,65</b>

Disavanzo ospedaliero		
Regione	Scost. ass.	Inc. %
Toscana	196.504.391	6,37
Sardegna	64.605.793	5,70
Abruzzo	50.863.596	5,61
Puglia	150.674.638	5,59
Umbria	32.418.507	5,47
Marche	51.408.464	5,31
Calabria	60.888.050	5,23
Emilia R.	133.046.878	5,16
Liguria	50.518.491	5,15
Campania	159.004.883	5,05
Basilicata	14.900.248	4,92
Pa Bolzano	11.341.336	4,77
Friuli V.G.	27.848.718	4,76
Piemonte	90.602.943	4,62
Lombardia	194.664.794	4,59
Lazio	108.622.375	4,54
Veneto	75.298.950	4,36
V. d'Aosta	1.857.636	4,31
Sicilia	71.167.874	4,30
Molise	4.278.682	4,21
Pa Trento	-1.314.239	3,36
<b>Italia</b>	<b>1.549.203.007</b>	<b>4,93</b>



**ASSEMBLEA FEDERFARMA**

## «Gli innovativi dateli a noi»

Farmacie, Racca rilancia - Fatturato 2015 in salita dell'1,6%

I fatturati sono in crescita (+1,6%) ma per radicare la farmacia nel Ssn serve un quadro normativo più stabile. Anche consentendo la distribuzione in farmacia di tutti i medicinali Ssn, innovativi in primis. Il punto alla prima assemblea pubblica di Federfarma.

MAGNANO A PAG. 11

ASSEMBLEA FEDERFARMA/ Nel 2015 il giro d'affari è cresciuto dell'1,6% arrivando a quota 25,2 mld

# «La farmacia va integrata nel Ssn»

Racca: «Serve stabilità. Priorità innovativi e remunerazione dei servizi aggiuntivi»

**D**efinire modalità di erogazione dei farmaci omogenee sul territorio nazionale, consentire la distribuzione in farmacia di tutti i medicinali a carico del Ssn (compresi quelli innovativi), reinvestire nel servizio farmaceutico i risparmi generati con gli sconti a favore del Ssn e le varie trattenute, che valgono 800 milioni di euro l'anno, definire i requisiti per la remunerazione dei servizi aggiuntivi. Sono queste le priorità indicate dalla presidente di Federfarma **Annarosa Racca** alla prima assemblea pubblica della Federazione che si è svolta a Roma. L'obiettivo generale è fare in modo che decisori politici e stakeholder guardino al mondo della farmacia e del farmaco «non più come a una voce di costo da comprimere, ma come uno strumento di salute e di risparmio su cui investire». Non basta. «Affinché l'impegno delle farmacie si traduca in un processo strutturato e organico di potenziamento del servizio farmaceutico - sottolinea Racca - abbiamo bisogno che la parte pubblica dia stabilità al settore e che sia data attuazione a norme di legge già esistenti».

Il giro d'affari è cresciuto dell'1,6% nel 2015, arrivando a 25,2 mld. Fatturato generato al 60% dai farmaci con ricetta (A+C) ma con la crescita maggiore registrata dal segmento commerciale (+4,1%). L'attenzione del dibattito si è però concentrata sulle principali partite normative aperte: Ddl Concorrenza, rinnovo della Convenzione farmaceutica,

governance del farmaco. Sul Ddl Concorrenza, ancora fermo al Senato, la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** ha rassicurato i farmacisti: «Non credo che i farmaci con ricetta possano essere venduti nei supermercati: devono essere venduti soltanto in farmacia. Non lo dico in difesa di una categoria ma in base a un ragionamento all'interno del sistema sanitario».

Di fatto sui farmaci C, con buona pace di parafarmacie e Gdo, i giochi sarebbero ormai fatti. «In commissione Industria - spiega **Emilia De Biasi**, presidente della Igiene e Sanità del Senato - s'è registrata una convergenza unanime. Il problema è un altro: l'ingresso del grande capitale potrebbe portare alla chiusura delle piccole farmacie, soprattutto nei piccoli paesi e nelle aree rurali. E sarebbe un grandissimo problema». Per Farmindustria, bisogna più che altro «smettere di parlare di salute e farmaci in termini di risparmi». Il presidente **Massimo Scaccabarozzi** ha puntato il dito sulle gare per gli equivalenti. «I farmaci che hanno la stessa indicazione all'improvviso sono tutti uguali? Sappiamo bene che non è così e apprezzo la presa di posizione dei medici. La verità è che i tetti non reggono, va cambiato il paradigma».

Il tavolo della governance è arrivato quindi a un punto di svolta: «La spesa ospedaliera - spiega **Paolo Bonaretti**, consigliere per le politiche industriali del Mise e responsabile del Tavolo sulla Farmaceutica - ha sfondato di 2 mld l'anno

passato e se va bene avremo lo stesso sfioramento anche nel 2016, nel 2017 e nel 2018. È evidente che la spesa è sotto-finanziata. Il problema è come sostenere questo carico, continuando a curare tutti. Si discute molto sulla necessità di calcolare i costi evitati dai farmaci innovativi, ma va ricordato che questi vengono prodotti dopo e non nel momento in cui si spendono i soldi per le cure. Bisogna quindi trovare un sistema di finanziamento diverso. La spesa sanitaria è in aumento ovunque. Il problema è chi la paga. Siamo arrivati a 7 mld di spesa out of pocket. Si deve riflettere sul secondo pilastro. E avere certezza sui dati. Anche per l'ospedaliera bisogna fare come per la spesa convenzionata: abbinare al farmaco il codice fiscale del paziente».

Fondamentale la partita del rinnovo della Convenzione. In questo ambito «è venuto il momento di riconoscere e valorizzare il ruolo della farmacia del territorio - continua Racca - nella distribuzione di tutti i farmaci a carico del Ssn che non richiedono particolari cautele in fase di somministrazione. In questo modo si darebbe concreta realizzazione a un modello di farmacia perfettamente integrata nel Ssn». Su questo capitolo chiedono più coinvolgimento anche i Mmg, puntando su «un rinnovo delle rispettive convenzioni in parallelo», ribadisce **Giacomo Milillo**, segretario nazionale Fimmg.

**Rosanna Magnano**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA STORIA

## In Irlanda per combattere il Parkinson a passo di danza

**P**ASSIONE E CASUALITÀ. Daniele Volpe è un neurologo ma anche un musicista, e d'estate va a suonare nei pub in giro per l'Irlanda. È lì che una sera, mentre si sta esibendo, vede entrare un signore anziano, che per camminare si appoggia a un bastone. «Stavo suonando, ma la mia attenzione è stata attratta da questa figura, perché da come camminava ho subito riconosciuto che era affetto da Parkinson. Poi, improvvisamente, lascia il bastone vicino a una sedia e comincia a ballare - ricorda il neurologo - il passaggio dai piccoli passi tremolanti, tipici di chi ha questa malattia, ai passi complicati e saltellanti delle danze tradizionali irlandesi è stato davvero repentino. Non sembrava davvero fosse la stessa persona». Da quell'incontro nasce l'idea di provare in maniera scientifica l'efficacia di questo specifico tipo di danza per il trattamento dei pazienti parkinsoniani. «Tornato in Italia, ho svolto uno studio che ha messo a confronto gli effetti di una riabilitazione standard con quelli prodotti dalla danza irlandese, dimostrando che in entrambi i casi non ci sono rischi per i pazienti e che le abilità motorie migliorano. Ma che la danza irlandese riesce a ottenere maggiori risultati nel superare il cosiddetto freezing, cioè l'in-

capacità di iniziare il movimento, l'equilibrio e la disabilità motoria», spiega Volpe, che è responsabile del reparto di Medicina Riabilitativa della casa di cura Villa Margherita di Arcugnano. Quello che funziona nella musica irlandese è il ritmo profondo, che agisce sul sistema nervoso centrale, come uno stimolo neurosensoriale che scatena il movimento. Da quando un gruppo di studio italiano ne ha dimostrato l'efficacia, le sperimentazioni si sono diffuse nel mondo. E ovviamente anche in Irlanda, dove in tutte le contee viene usato come strumento di riabilitazione. «Nel Parkinson è come se il ritmo interiore, quel metronomo innato che scandisce tutti i nostri movimenti, fosse inceppato. Per farlo ripartire abbiamo bisogno di uno stimolo esterno, come per esempio una musica», aggiunge Nicola Modugno, neurologo all'Ircss Neuromed di Pozzilli. Per questo diversi tipi di ballo, così come il teatro o le arti marziali, vengono usate con i malati per aiutarli a ritrovare la facilità del movimento. «Purtroppo spesso i benefici sono limitati a quando si eseguono queste attività, ma con il tempo i pazienti possono imparare strategie per gestire i momenti di blocco, magari pensando a una musica o a ballare».

GRUPPO EDITORIALE L'ESPRESSO



### Allenatevi, allenatevi

Allontanare lo spettro della sindrome metabolica e del diabete di tipo 2 si può: basta allenarsi. E più lo si fa, maggiori sono le probabilità di non ammalarsi. Lo ha dimostrato lo studio ampio e di lunga durata in cui oltre 4300 persone sono state seguite per 20 anni. La ricerca, condotta da Lisa Chow dell'Università del Minnesota, ha valutato i livelli di fitness cardiorespiratorio dei partecipanti per tre volte nel corso delle due decadi. Al test, che si esegue facendo camminare i pazienti su un tapis roulant e misurando la capacità

del cuore di pompare sangue ricco di ossigeno ai muscoli, sono stati aggiunti quelli sulla glicemia. I risultati, pubblicati su *Diabetology*, dimostrano che più alto è il livello di fitness minore è il rischio di ammalarsi, anche tenendo conto dell'indice di massa corporea. «Lo studio fornisce una prova solida del dogma che l'esercizio riduca il rischio di sviluppare prediabete e diabete. E dal momento che questo effetto si mantiene significativo indipendentemente dall'indice di massa corporea delle persone è ancora più importante consigliare ai pazienti di muoversi», ha commentato Chow. Come si fa a raggiungere il massimo livello di fitness? Lo ha definito un altro studio: 30 minuti di attività sostenuta oppure 40 minuti di attività moderata cinque giorni su sette. L'analisi, che fa parte dello studio Cardia, ha valutato che per il singolo la riduzione del rischio è piuttosto bassa, nell'ordine dei decimali di punto, ma, secondo i ricercatori, l'effetto complessivo sulla popolazione è importante.

# Ragazze sull'orlo di un intervento folle

## Chirurgia plastica. Aumentano anche in Italia le giovani che

chiedono un restyling delle parti intime e del seno. Per rispettare i canoni estetici con i bikini o i leggings. Ma un documento Usa lancia l'allarme, e detta le regole ai bisturi facili

**Il 10% delle 50.000 mastoplastiche additive fatte in Italia ogni anno è scelto da donne tra i 18 e i 22 anni**

ELISA MANACORDA

**E** ALLA FINE È TOCCATO anche a lei. Poiché nessuna parte del corpo, soprattutto se è un corpo femminile, può dirsi al riparo, ecco che persino la vagina diventa luogo dove le sapienti mani del chirurgo plastico possono tirare, tagliare, ridurre, restringere. Fino a farla diventare perfetta, come una mandorla o un guscio di vongola. A desiderarla così sono soprattutto le ragazze, quelle che questa estate dovranno sfoggiare bikini aderenti o leggings modellanti, e che non vorranno rigonfiamenti "antiestetici", ancora più visibili da quando si è diffusa la moda della depilazione totale. È il boom della labioplastica, cioè la riduzione di quelle pieghe di pelle che delimitano l'area nella quale sboccano l'uretra e la vagina, ma anche del lipofilling delle grandi labbra: in Italia, secondo l'Associazione Italiana di Chirurgia Plastica ed Estetica (Aicpe), pur restando un fenomeno di nicchia gli interventi di chirurgia plastica "intima" femminile sono in fortissima crescita, tanto che dal 2011 al 2012 si è registrato un aumento del 24%; mentre secondo l'American Society for Aesthetic Plastic Surgery, negli Usa c'è stato un balzo in avanti del 50%. Anche le inglesi sembrano affascinate dal miraggio di una vulva impeccabile, come riporta il *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. «Stiamo assistendo a un cambiamento socioculturale, in cui l'organo femminile è più esposto perché glabro», commenta Elena Fasola, segretario generale dell'Associazione Italiana di Ginecologia Estetica e Funzionale.

E siccome l'estetica femminile vive anche di stereotipi, di pari passo tra le giovanissime c'è anche la crescente richiesta di interventi di aumento del seno. «In Italia si fanno circa 50 mila interventi di mastoplastica additiva ogni anno - conferma Mario Pelle Ceravolo, professore di Chirurgia estetica all'Università di Pavia e presidente di Aicpe - di cui poco meno del 10 per cento è eseguito su giovani donne tra i 18 e i 22 anni». Ma quel che più colpisce sono i risultati di una indagine della Società italiana di medicina estetica, in collaborazione con l'uni-

versità Magna Grecia di Catanzaro, che ha rivelato come siano sempre più le ragazze tra i 13 e i 18 anni che si rivolgono a un centro specializzato per aggiustare la propria immagine e rifare décolleté, fianchi e gambe. Un fenomeno che negli Usa è diventato un vero e proprio allarme.

Ecco allora che l'American College of Obstetricians and Gynecologists, con toni preoccupati, si è sentito in dovere di pubblicare un documento di indirizzo sulla chirurgia del seno e della vulva nelle adolescenti, per fare il punto sulla questione e aiutare gli specialisti a consigliare le loro piccole pazienti. «Durante la pubertà, sotto l'influenza degli ormoni, il corpo delle ragazze va incontro alla rapida trasformazione e crescita del tessuto mammario e genitale. E questo può portare a chiedersi se il proprio corpo sia normale o a esprimere un occasionale disagio con l'aspetto, la simmetria o le misure», scrivono gli esperti americani. Ma quando un'adolescente va dal chirurgo plastico, questo deve essere in grado di comprendere le ragioni profonde che la spingono sotto i ferri. E capire se il disagio nei confronti del proprio corpo si configura come un vero e proprio disturbo (tecnicamente disturbo dell'immagine corporea), da affrontare, oltre che con il bisturi, anche con una terapia di sostegno psicologico.

La "ninfoplastica" è insomma una nuova moda da temere? «Non dobbiamo essere rigidi e considerare gli interventi di chirurgia plastica sulle adolescenti come un male assoluto - commenta Carlo Sbiroli, ginecologo e già presidente del Collegio italiano dei Chirurghi - sebbene sia necessario sempre procedere con cautela, visto che si tratta di operazioni con anestesia. In ogni caso prima di agire è necessario un consulto con uno psicologo, per capire quanto il problema incida sulla qualità di vita della ragazza e non sia invece un capriccio passeggero». Certo è che, conclude Sbiroli, è importante rivolgersi a professionisti competenti. E non, come qualcuno li ha definiti con disprezzo, a "vaginari" senza scrupoli.

OPERAZIONE RISERVATA