



RASSEGNA STAMPA

17-03-2017

1. CORRIERE DELLA SERA SETTE Un complotto sulla cura del cancro?
2. LASTAMPA.IT Tumore della laringe: chemio, radio o operazione?
3. ANSA Scoperta molecola che mette KO 5 aggressivi tumori infanzia
4. MESSAGGERO Allarme pelle, sole "a dosi" le scottature alzano il rischio
5. ANSA Christine, al ritmo della musica per la prevenzione del cancro alla cervice
6. HEALTH DESK Il diritto di non soffrire, questo sconosciuto
7. MESSAGGERO Smettere di fumare: in gruppo è meglio
8. SOLE 24 ORE Responsabilità dei medici con attuazione a tappe
9. IL FATTO QUOTIDIANO Biotestamento: la Camera va avanti bocciata sospensiva
10. SOLE 24 ORE Biotestamento, alla Camera respinte le pregiudiziali
11. SOLE 24 ORE Caso morbillo, Lorenzin: realizzare piano vaccini
12. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Il morbillo fa di nuovo paura: vaccini in calo, boom di casi
13. QUOTIDIANO SANITA' In Europa sempre meno figli. Dai quasi 8 milioni di neonati nel 1964 ai 5 milioni del 2015
14. AVVENIRE Il caso. L'azzardo online cerca nuovi adepti
15. MESSAGGERO La battaglia infinita Nemico cancro

Detti & Contraddetti di Luigi Ripamonti



Un **complotto** sulla cura del cancro?

Fra le "verità alternative" che circolano c'è n'è una (incredibile) sulla cura dei tumori. Altro che "patto del silenzio"

Di recente ho avuto modo di parlare con un giovane di 24 anni, peraltro brillante, che mi ha "inchiodato" alle mie responsabilità, chiedendomi un serio impegno per fare chiarezza su un evidente complotto delle case farmaceutiche. «È ovvio», mi ha spiegato, con tristezza ma senza rassegnazione, «che la cura del cancro esiste da un pezzo, ma è altrettanto ovvio che se si venisse a sapere crollerebbe un impero di interessi». Non è un'invenzione, mi è accaduto davvero, e allora ho deciso di prendere sul serio la sollecitazione del mio interlocutore perché suppongo che non sia solo nelle sue convinzioni. L'elenco delle rendite di posizione di questa ipotetica congiura del silenzio è, in effetti, (non) presto fatta. Per cominciare, a trarne vantaggio sarebbe proprio chi produce medicine, che può così continuare a venderci ancora per chissà quanto tempo una serie di preparati poco efficaci, che invece scomparirebbero con l'avvento del rimedio "vero". Poi ci sono i medici: che fine farebbero gli oncologi e molti chirurghi? E vogliamo parlare degli ospedali? Interi re-

parti e istituti prestigiosi scomparsi all'istante. Non scorriamoci i farmacisti: con tutti i guadagni che incamerano grazie alle cure sui tumori, sia con i medicinali stessi sia con rimedi per i loro effetti collaterali. E via dicendo, passando da infermieri, fisioterapisti, riabilitatori, per finire con le imprese di pompe funebri. In effetti, sembrano argomenti schiacciati. Peccato che forse non tutto quadra. Partiamo da un esempio concreto: fino a qualche anno fa non esisteva un farmaco contro l'epatite C. Già, però in questo caso un'industria farmaceutica ne ha trovato

uno e l'ha commercializzato. Il risultato? Guadagni di miliardi di dollari nel giro di pochi mesi. Provate a pensare che effetto avrebbe la stessa cosa nel caso dei tumori: non miliardi, ma fantastillardi nelle casse del "traditore" dell'ipotetico "patto del silenzio". Vogliamo credere che ci sia un amministratore delegato di un'industria talmente pazzo da tenere nel cassetto un ritrovato del genere solo per far piacere a un misterioso gruppo di "consociati nel complotto"?

Oppure che sia disposto a rimanere inerte per una generosa attenzione al destino di medici, infermieri, farmacisti e così via? Con il rischio magari di vedere che alla scoperta del "proiettile magico" intanto arrivi qualcun altro? Un po' difficile da credere. Già, però rimane la filiera di tutti i soggetti danneggiati (dagli oncologi fino alle pompe funebri), che si attiverebbero per prevenire la marea distruttiva destinata a travolgerli. Ed è probabile che questo sia effettivamente un ostacolo invalicabile. Del resto è andata così già in passato con la "resistenza" dei direttori dei sanatori nei confronti della cura per la tubercolosi, che, come noto, è stata bloccata per proteggere i loro affari e l'occupazione del personale specializzato nell'assistenza dei colpiti dal "mal sottile". Oppure come nel caso della strenua, e vittoriosa, opposizione dei pianisti da sala all'avvento del sonoro nel cinema. Senza dimenticare lo stop che la lobby delle macchine da scrivere è riuscita a imporre all'avvento dei computer. Scusate, forse non ho capito bene: qualcuno ha detto che non è andata così? Strano: volete dire che la Tbc è stata davvero curata? Che nei cinema si sentono i dialoghi e le musiche? E che questo articolo è stato scritto con un software? Mi devo essere perso qualcosa.

L'idea che una azienda in possesso del farmaco **risolutore** lo nasconda per favorirne altre non è credibile: nessuno rinuncerebbe a profitti miliardari

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

Tumore della laringe: chemio, radio o operazione?

Oggi le terapie garantiscono una risposta soddisfacente in un paziente su due



FABIO DI TODARO

È una malattia che ogni anno tocca da vicino cinquemila italiani. Il tumore della laringe è il più diffuso tra quelli che rientrano nel più ampio novero delle neoplasie della testa e del collo. Nel tempo le terapie hanno garantito una risposta soddisfacente da parte di 1 paziente su 2. Ma le migliori prospettive potrebbero riguardare un numero più ampio di pazienti, a patto di valutare subito dopo la diagnosi la capacità di rispondere alla chemioterapia: in assenza della quale il ricorso alla chirurgia rimane l'unica strada percorribile.

Una dose di chemioterapia per definire la strategia più efficace

Il messaggio giunge da un gruppo di oncologi specializzati nei tumori della testa e del collo del Comprehensive Cancer Center dell'Università del Michigan, che già da tempo hanno cambiato strategia di fronte a questi pazienti.

La loro indicazione, supportata da una ricerca durata vent'anni, suggerisce di testare subito l'approccio chemioterapico, al fine di valutare la risposta del paziente. Basterebbe una sola dose per decidere se andare avanti lungo questa strada, abbinando eventualmente la radioterapia o cambiando registro: portando subito il paziente in sala operatoria. Messa alle spalle una lunga pratica di questo tipo, i ricercatori hanno segnalato tassi di sopravvivenza eccezionali: prossimi all'ottanta per cento, anche per i pazienti che alla diagnosi presentavano una malattia in fase avanzata. I risultati del loro lavoro sono stati pubblicati sulla rivista «[Jama Otolaryngology Head and Neck Surgery](#)».

Una scelta che chiama in causa almeno tre specialisti

Scoprendo che i pazienti che fin da subito rispondevano bene alla chemioterapia avevano maggiori chance di sopravvivenza anche a lungo termine, gli specialisti si sono convinti della necessità di fare subito questa verifica per definire la strategia terapeutica più adeguata.

In oltre dieci anni, sono stati 153 i pazienti con tumori della laringe agli stadi 3 e 4 trattati nei loro ambulatori. La sopravvivenza di chi è stato fin da subito trattato con la chemioterapia è arrivata al 79 per cento: un valore corrispondente a quello che si riscontra nei pazienti in cui la malattia viene diagnosticata in una fase più precoce. Inferiore di tredici punti percentuali è risultata invece la rilevazione dello stesso parametro nei pazienti trattati da subito con chemio e radioterapia, senza valutare la risposta alle sole terapie farmacologiche. Un'evidenza che ha portato Gregory Wolf, primario del reparto di otorinolaringoiatria e chirurgia della testa e del collo del Comprehensive Cancer Center dell'Università del Michigan, ad affermare che «per aumentare i tassi di guarigione, abbiamo la necessità di adattare

le cure alla biologia individuale del tumore e alle caratteristiche del paziente».

Dalla ricerca è emerso che, al termine dei trattamenti, la laringe di chi era stato trattato con la chemioterapia risultava più meno integra rispetto a quella di chi era stato sottoposto sia alla chemio sia alla radioterapia. Un simile approccio, secondo gli autori della ricerca, è attuabile ovunque: a patto che ci sia una collaborazione costante tra chirurghi, oncologi medici e radioterapisti. La valutazione della strategia da adottare deve essere multidisciplinare.

Fumo e alcol i principali fattori di rischio per la laringe

L'incidenza dei tumori della laringe non è altissima, ma potrebbe risultare ancora più bassa se calassero il numero dei fumatori (il rischio di ammalarsi è più alto da 4 a 32 volte), dei consumatori di bevande alcoliche (probabilità triplicata) e di chi ha [rapporti sessuali poco sicuri](#). Complessivamente gli esperti stimano che otto diagnosi su dieci sono da ricondurre agli errati stili di vita.

Il carcinoma alla laringe si manifesta con alterazioni della voce. Quando invece è più esteso provoca difficoltà e dolore alla deglutizione, tosse e, a volte, la comparsa di tumefazioni al collo. La diagnosi viene di solito svolta dallo specialista con una visita accompagnata da una fibrolaringoscopia.

«Si utilizza uno strumento a fibre ottiche sottile che, introdotto nella gola del paziente attraverso il naso, permette di vedere le corde vocali e le altre strutture della laringe - afferma Giuseppe Spriano, direttore della struttura complessa di otorinolaringoiatria e chirurgia cervico-cefalica dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma -. In caso di sospetto clinico, si effettua una biopsia».

Quando chemio e radioterapia non bastano, il bisturi rappresenta la soluzione contro la malattia. «In passato l'unico intervento possibile era l'asportazione completa della laringe, che provocava la perdita della voce e la tracheotomia definitiva per la respirazione - chiosa lo specialista -. Oggi, grazie alla chirurgia endoscopica, è possibile rimuovere tumori poco estesi, utilizzando il laser attraverso la bocca. Nelle neoplasie di media grandezza si svolgono laringectomie parziali. Il ventaglio di opportunità prevede anche l'uso della [chirurgia robotica](#) .

<http://www.ansa.it>

Scoperta molecola che mette KO 5 aggressivi tumori infanzia

Un anticorpo, avvia un attacco mirato difese corpo



ROMA - Nuove speranze nella lotta a gravi tumori dell'infanzia: c'è un anticorpo che ha la potenzialità di sbaragliare ben 5 tipi di tumori pediatrici del cervello e che potrebbe davvero aprire una promettente alternativa terapeutica per quelli che sono i tumori più cattivi nei bambini. E' quanto suggerisce una ricerca pubblicata sulla rivista Science Translational Medicine e condotta da scienziati della Stanford University in California. L'anticorpo si chiama "Hu5F9-G4" ed è già in sperimentazione su pazienti adulti per tumori non cerebrali.

I tumori considerati in questo studio sono molto aggressivi e sono responsabili della più alta morbidità e mortalità tra tutti i tumori infantili. Si tratta di medulloblastoma, tumori neuroectodermici, gliomi intrinseci diffusi del ponte encefalico, glioblastomi, tumori teratoidi rabdoidi atipici. L'anticorpo non fa altro che eliminare una molecola 'tag', chiamata CD47 e presente solo sulla superficie delle cellule malate. Eliminando questa etichetta (che dà un messaggio al corpo del tipo 'non mi mangiare'), cellule 'spazzino' del corpo - i macrofagi - riescono a riconoscere le cellule tumorali e le divorano.

Testato su topolini con le cinque forme tumorali pediatriche, l'anticorpo ha mostrato di fermare la crescita dei tumori e anche la formazione di metastasi tumorali del medulloblastoma che non lasciano mai scampo al piccolo paziente. La sicurezza e la precisione con cui lavora l'anticorpo ne fanno uno strumento davvero promettente per l'oncologia pediatrica, che potrebbe costituire la base di una cura più soft e con meno effetti collaterali.

L'Evento

Allarme pelle, sole "a dosi" le scottature alzano il rischio

**A GIUGNO L'ASSOCIAZIONE
AVVIERÀ UN PROGETTO
SULLA PROTEZIONE
PIÙ CASI DI MELANOMA
TRA GLI UOMINI
CHE TRA LE DONNE**

LA PATOLOGIA

Sono in preoccupante e costante aumento, ma se presi in tempo le probabilità di guarire sono altissime. Sono i tumori della pelle, il tipo di cancro più diffuso in assoluto nel mondo.

La miglior arma che abbiamo oggi contro quelli più aggressivi è la prevenzione, a tutte le età. Ecco perché in vista della stagione calda, a giugno, la Lega italiana lotta ai tumori (Lilt), ha pensato di dare il via a una nuova campagna finalizzata a promuovere attività di prevenzione oncologica.

I BAMBINI

Per raggiungere l'obiettivo è prevista la diffusione di materiali informativi, l'organizzazione corsi di aggiornamento e di eventi dedicati al pubblico. L'iniziativa sarà in linea con il settimo punto del Codice europeo contro il cancro, che recita: «Evita lunghe esposizioni al sole, con particolare attenzione ai bambini. Usa le protezioni solari. Non utilizzare lampade solari». Le scottature, soprattutto se ripetute, alzano il rischio melanoma.

Sono infatti questi i principali consigli che possiamo seguire per ridurre significativamente le probabilità di sviluppare un tumore della pelle. Il target della campagna è molto ampio, così come lo è quello dei soggetti a rischio. Secondo i registri dell'Associazione italiana registri tumori, i tumori della pelle sono al primo posto tra gli uomini (15,2 per cento di tutti i tumori) e al secon-

do tra le donne dopo il tumore della mammella (14,8 per cento di tutti i tumori). Detto in altri termini, in media ogni anno si registrano circa 120 casi di tumore cutaneo non melanomatoso ogni 100.000 uomini e circa 90 casi ogni 100.000 donne.

Escludendo i melanomi, 8 tumori della pelle su 10 sono carcinomi a cellule basali, mentre i rimanenti 2 sono carcinomi spinocellulari. Il melanoma, invece, colpisce in Italia 13 persone ogni 100mila con una stima che si aggira attorno a 3.150 nuovi casi ogni anno tra gli uomini e 2.850 tra le donne. Inoltre, l'incidenza è in continua crescita ed è addirittura raddoppiata negli ultimi 10 anni. La nuova campagna della Lilt è una sorta di evoluzione del progetto denominato «Se hai cara la pelle... la Lilt è con te».

Si tratta di un'iniziativa che prevede un percorso diagnostico del paziente incentrato su un'azione di prevenzione primaria dei tumori cutanei e del melanoma ed un'attività diagnostica precoce presso gli spazi prevenzione/ambulatori della Lilt.

I MEDICI

In particolare, questo progetto prevede la diffusione di materiale di sensibilizzazione rivolto ai ragazzi in età scolare, i medici di medicina generale, operatori dell'area sanitaria e dermatologi. Sono previste visite da parte di dermatologi esperti con dermatoscopia, rivolte a donne e uomini sopra i 15 anni, presso una sala visita ambulatoriale attrezzata.

Val.Arc.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.ansa.it>

Christine, al ritmo della musica per la prevenzione del cancro alla cervice

'Perchè nessuna altra donna debba 'camminare nelle mie scarpe''



Tredici pap test che non evidenziavano alcun problema fatti nel corso degli anni, poi un giorno tutto è cambiato. Sono andata a sottopormi a uno screening annuale e qualcosa non andava. Mi hanno chiamata per un altro test, poi per discutere i risultati mi hanno telefonato dallo studio di un medico che non era il mio. Un oncologo. Da lì è iniziato il mio viaggio attraverso il cancro, a 31 anni, nel 2000. La diagnosi è stata tumore della cervice molto invasivo.

Mi sentivo piena di paura, confusa, arrabbiata, perplessa. Poi ero dispiaciuta perché mi è stato detto che non avrei potuto avere figli e io amo molto i bambini. Soprattutto sentivo che dopo questa esperienza non sarei più stata la stessa di prima.

Sono stata sottoposta a un'isterectomia radicale, poi un'altra operazione in laparoscopia, e per tre mesi e mezzo ho fatto delle terapie davvero intensive: molta radioterapia, quattro cicli di chemio e anche la brachiterapia, conosciuta come radioterapia interna. Mi hanno fatto tutto insieme per potermi salvare la vita. La mia passione è la musica: suono il piano, canto e scrivo canzoni. L'ho fatto prima della malattia, non durante perché non mi sentivo 'connessa' abbastanza. Dopo le cure per un anno ho sofferto di depressione, poi la svolta è arrivata vedendo il film Harold and Maude, un film che parla di un'amicizia che poi è sfociata in amore tra un giovane e un'anziana, che gli trasmette la passione per la vita. Ero

completamente affascinata dallo spirito di Maude e anche dalla colonna sonora di Cat Stevens. Ho sentito la canzone "Trouble" ed era come se fosse scritta per me. La storia dell'ultimo anno e mezzo della mia vita. È stato allora che sono tornata al pianoforte. E sono nuovamente 'saltata' al timone della mia vita, ho capito che dovevo reagire, mi sono sentita nuovamente viva e grata di essere in vita, anche se il mio matrimonio non è sopravvissuto alla malattia. Ho iniziato a pensare che potevo unire la mia passione, la musica, all'educazione delle altre donne all'importanza degli screening e della prevenzione. Dal 2002-2006 il focus è stato sullo screening dell'Hpv (il papillomavirus umano) e il Pap test in fase liquida, poi sulla prevenzione. Ho iniziato a fare dei concerti benefici chiamandoli 'Smear Pop', giocando col nome sulla musica pop e lo 'smear test', il Pap test. Nel 2003 ho creato lo 'Yellow Umbrella Tour' e la Yellow Umbrella Organization (www.theyellowumbrella.org), in ricordo di un ombrello giallo che si vedeva nel film Harold and Maude e che mi aveva colpito.

È iniziata anche la mia esperienza di incontri nelle scuole con i ragazzi. Il tumore lo collego come sensazione alla frustrazione, ma anche alla passione, quella successiva che mi ha spinto a provare ad aiutare le altre donne, perché non debbano sperimentare quello che ho sperimentato io, "camminare nelle mie scarpe". Alle donne che combattono o hanno combattuto un cancro, che io chiamo sorelle e guerriere, vorrei anche dire che è importante sentirsi ancora donne. Non si è meno donne perché 'si perdono dei pezzi'.

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

L'INCHIESTA

Il diritto di non soffrire, questo sconosciuto

Dall'indagine del neonato Osservatorio sulla terapia del dolore emergono dati preoccupanti: il 17 per cento dei malati convive con la sofferenza per oltre cinque anni. Ma c'è anche un dato positivo: le strutture specializzate funzionano e i pazienti ne apprezzano la qualità delle cure

I pazienti hanno diritto a non soffrire, ma in pochi lo sanno. Due italiani su tre, infatti, ignorano l'esistenza di una normativa che garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Stiamo parlando della legge 38 del 2010. Un provvedimento innovativo diventato, tra i primi in Europa, concentrato su un obiettivo lodevole: rispettare la dignità del malato, l'autonomia della persona umana, il bisogno di salute. Ma rimasto per lo più sconosciuto. È quanto emerge dalla prima indagine del neonato Osservatorio volontario per il monitoraggio della terapia del dolore e delle cure palliative della Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti e presentata al convegno "La nostra legge 38: un bilancio. Per combattere il dolore e dare voce a chi cerca sollievo" (Roma 15 marzo).

I risultati dell'inchiesta ottenuti dalla distribuzione di 13.374 questionari ai malati e ai loro familiari negli ospedali, negli hospice e al domicilio del paziente fanno riflettere.

Il 63 per cento dei cittadini intervistati non conosce la legge 38 sulla terapia del dolore e le cure palliative e sopporta il dolore convinto che non ci siano alternative. Il 45 per cento degli intervistati vive da più di sei mesi senza aver trovato soluzione alle proprie sofferenze. Sembra impossibile ma il 17 per cento degli intervistati non trova rimedi efficaci per oltre cinque anni. Eppure liberarsi dal dolore è possibile. Chi si è rivolto a strutture specializzate ne ha trovato giovamento. Infatti l'Osservatorio ha individuato un dato positivo nell'indagine: le persone che hanno avuto modo di essere prese in carico dai centri di terapia del dolore e dagli hospice ne hanno apprezzato la qualità umana e professionale.

«Il monito che arriva dai dati dell'osservatorio volontario della Fondazione Ghirotti è piuttosto chiaro - dice Antonio Saitta, assessore alla salute della regione Piemonte, coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni- Solo un paziente su tre conosce la legge sulle cure palliative, il 45 per cento non conosce l'utilità dei farmaci oppiacei per le situazioni di

dolore cronico o di fasi terminali. Credo che tra gli aspetti centrali ci sia il ruolo del medico di medicina generale, anello fondamentale fra l'ospedale, la medicina del territorio e l'hospice. Va detto però che i medici di famiglia stanno sviluppando una sempre maggiore consapevolezza e cultura professionale sui temi delle cure palliative e della lotta al dolore ed è questo un dato incoraggiante».

L'Evento

Nelle sedi della Lilt i Centri antifumo insegnano, gratuitamente, come riuscire a separarsi passo passo dal tabacco. Da soli, per molti, è impossibile abbandonare le sigarette: il sostegno reciproco permette di raggiungere l'obiettivo

Smettere di fumare: in gruppo è meglio

**L'ATTEGGIAMENTO
BASE DA VINCERE
È QUELLO DELLA
RIPETITIVITÀ
QUOTIDIANA ANCHE
NEI PENSIERI**

**SI PUÒ ANCHE
SCEGLIERE UN CORSO
INDIVIDUALE
SOTTO ESAME
ABITUDINI E BISOGNI
PSICOLOGICI**

LA DIPENDENZA

La guerra della Lega italiana lotta ai tumori (Lilt) contro l'alleato numero uno del cancro è iniziata oltre 30 anni fa. Più precisamente nel 1986, quando è stato dato il via al servizio dei Centri antifumo.

Un'idea che si è rivelata vincente, tanto che ancora oggi sono un importante sostegno a tutti coloro che vogliono farla finita con le sigarette. Dal 1986 ad oggi, infatti, sono oltre 20.000 i corsi realizzati allo scopo di far abbandonare la cattiva abitudine al fumo. Dei partecipanti, quasi tutti forti fumatori, ben il 67% è riuscita a smettere subito dopo aver frequentato il centro antifumo. L'idea portante: da soli non tutti riescono a smettere di fumare.

IL SOSTEGNO

Per questo motivo diventa importante sapere di poter contare sul supporto di esperti che ti aiutano

a superare la dipendenza dalla sigaretta. Presso i Centri antifumo della Lilt (www.legatumori.it), con l'aiuto di uno psicologo, infatti, si può avere un intervento personalizzato con l'inserimento in un percorso che più si adatta alla personalità del fumatore. Vengono proposti due tipi di percorsi.

Uno individuale che consiste in incontri con uno psicologo esperto in problemi legati al tabagismo in modo da approfondire le problematiche che tengono legati alle sigarette. E l'altro è un percorso di gruppo che consiste in incontri in orario serale nell'arco di circa 2 mesi, condotti da uno psicologo, a cui partecipare insieme ad altre persone che vogliono smettere di fumare. Non solo.

IL TEST

Per completare il cammino verso la disassuefazione, è possibile prenotare presso i centri antifumo della Lilt un test di funzionalità respiratoria, che prevede un esame spirometrico e il test di misurazione del monossido di carbonio nell'espirato. L'esame spirometrico è un test impiegato per determinare la capacità polmonare attraverso la misurazione dei volumi dei vari gas inspirati ed espirati dai polmoni.

Mentre la rilevazione del monossido di carbonio consiste la misurazione delle quantità e della con-

centrazione di questo gas nei polmoni. Il monossido di carbonio, prodotto da qualsiasi tipo di combustione, e quindi anche dalle sigarette, è un gas tossico che si lega al sangue e avvelena l'organismo. L'approccio della Lilt nei riguardi del tabagismo si basa su una metodologia che considera il fumo come un comportamento acquisito, che mantiene una continuità nel tempo in quanto risponde a diverse funzioni: abitudine, piacere, risposta a bisogni psicologici, assicurazione e dipendenza fisica. La sigaretta scandisce il tempo del fumatore durante l'arco della giornata. Da qui la peculiarità che rende la sigaretta protagonista del vissuto di chi fuma: la ripetitività.

I COMPORTAMENTI

«E' possibile aiutare il fumatore motivato - spiegano alla Lilt - attraverso un intervento descrivibile come una terapia focale breve, tesa alla modifica di atteggiamenti e comportamenti relativi al fu-



mo. Questa terapia utilizza le tecniche che hanno l'obiettivo di rendere più consapevole il fumatore del suo atteggiamento nei confronti del fumo, favorendo una maggiore tolleranza verso le cause che inducono a fumare e proponendo comportamenti che aiutino a rimandare il momento del fumo sino ad eliminarlo e a sostituirlo con valide alternative».

LE CHIAMATE

Per la lotta al tabagismo, inoltre, la Lilt si avvale del numero verde S.o.s. Tumori (800 - 998877) che risponde ad oltre 6.000 chiamate ogni anno. È attivo, inoltre, un servizio di consulenza legale per assistere le persone a rischio nella lotta contro il fumo passivo. Contro il fumo la Lilt è anche in prima fila appoggiando diverse campagne.

Come quella prevista per 31 maggio: la Giornata Mondiale senza Tabacco, in occasione della quale, la Lega presenta l'annuale «Libro bianco sul fumo», con i più aggiornati dati epidemiologici italiani sugli effetti negativi del tabagismo sulla salute.

Val.Arc.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il 67% delle persone che frequentano i corsi contro il fumo sono riuscite a smettere. Si tratta di corsi serali della durata di due ore. L'obiettivo è anche modificare gli atteggiamenti legati al fumo



La bicicletta e la corsa sono gli sport che possono essere praticati anche in città. Chi svolge esercizio fisico, secondo la Lilt, ha il 7% di probabilità in meno di ammalarsi di tumore

Una maggiore attenzione agli alimenti può permettere di ridurre di un terzo il rischio di essere colpito da un tumore. Va soprattutto ricordato che nell'arco della giornata andrebbero mangiate 5 porzioni divise tra frutta e verdura

Salute. Attesa oggi la pubblicazione della legge sulla Gazzetta Ufficiale

Responsabilità dei medici con attuazione a tappe

LE SCADENZE

Novanta giorni per definire le funzioni della vigilanza su chi erogherà le polizze sanitarie e 120 per l'elenco dei requisiti minimi

Barbara Gobbi

■ Nuovi profili di **responsabilità sanitaria** e, a tutela dei pazienti, una rete a maglie strette di prevenzione degli errori in corsia. Sullo sfondo, l'obbligatorietà delle **polizze assicurative** per tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, e per ogni professionista che entri in rapporto - anche via telemedicina o in intramoenia - con il paziente. Il quale potrà giocare anche la carta dell'azione diretta nei confronti dell'impresa assicurativa o, in ultima istanza nei casi di insolvenza, potrà ricorrere alla ciambella di salvataggio di un Fondo di garanzia.

Con la **pubblicazione attesa oggi in Gazzetta ufficiale** - anticipata in un tweet dalla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** come «un altro grande passo avanti per il servizio sanitario nazionale» - i 18 articoli delle «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie», diventano legge. Ma perché il provvedimento - approvato il 28 febbraio dalla Camera dei deputati (relatore Federico Gelli, responsabile Sanità del Pd) - dispieghi gli effetti voluti, dovranno trascorrere mesi. A dir poco. Basta guardare le deadline dettate dalla legge, per una serie di passaggi cruciali. Come l'istituzione - entro 90 giorni dall'entrata in vigore - dell'osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità,

che acquisirà per via telematica, dai nuovi centri regionali per la gestione del rischio clinico, tutti i dati su errori e contenzioso di ogni struttura. O come il varo, sempre entro tre mesi, del decreto ministeriale che disciplinerà l'elenco delle società scientifiche abilitate ad elaborare le raccomandazioni e le linee guida cui i medici dovranno attenersi.

Passaggio di non scarso rilievo: il nuovo profilo di responsabilità penale previsto dalla «legge Gelli» esclude infatti la punibilità per imperizia, nel caso in cui si dimostri che il medico si sia attenuto alle raccomandazioni previste dalle linee guida validate e pubblicate on line dall'Istituto superiore di sanità.

L'orizzonte della piena operatività sembra allontanarsi ancora, a guardare il capitolo polizze: entro 90 giorni dalla pubblicazione andranno definite le funzioni della vigilanza, assegnata all'Ivass, sulle imprese di assicurazioni intenzionate a stipulare polizze sanitarie. Mentre è fissata a 120 giorni la deadline per il decreto del ministero dello Sviluppo economico - previo accordo in conferenza Stato-Regioni - che elencherà i requisiti minimi delle polizze, con l'indicazione di classi di rischio cui far corrispondere massimali differenziati. E sempre entro quattro mesi, un decreto a firma Sviluppo economico-Salute individuerà i dati sulle polizze obbligatorie per ospedali, cliniche e professionisti, e modalità e termini per la comunicazione dei dati sugli errori all'osservatorio nazionale per le buone pratiche. Infine, spetterà a un regolamento - da adottare entro 120 giorni - definire il perimetro del Fondo di garanzia per danni da responsabilità sanitaria, alimentato dal contributo delle assicurazioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



TEMPI STRETTI

Biotestamento: la Camera va avanti bocciata sospensiva

DOPO LA BOCCIATURA delle questioni pregiudiziali, l'aula della Camera ha respinto anche le questioni sospensive presentate al testo sul testamento biologico. I no sono stati 278, i sì 19, 6 gli astenuti. La legge sarà di nuovo all'ordine del giorno martedì 21, dopo il decreto legge sul terremoto. "Con la bocciatura delle richieste di rinvio e delle pregiudiziali di costituzionalità in Parlamento c'è una larga maggioranza che vuole una legge sul biotestamento, ora si approvi al più presto una legge che, comunque, rispetto a quelle degli altri Paesi europei resta diversi passi indietro" ha commentato il capogruppo dei deputati di Sinistra Italiana a Montecitorio, Giulio Marcon. "Il servizio sanitario non può assolutamente decretare la morte di una persona per la privazione di sostegni fondamentali, non possiamo accettare acriticamente un principio pericoloso di arbitrio incondizionato che contrasta con i valori riconosciuti come fondamentali dalla nostra stessa Costituzione" ha affermato il segretario nazionale Udc, Lorenzo Cesa. "Se il testo resterà così com'è l'Udc voterà contro - ha aggiunto Cesa - Non rinunciamo ai nostri valori: difendiamo la cultura della vita, non della morte".



LA GIORNATA

Biotestamento, alla Camera respinte le pregiudiziali

IL DDL TORNA IN AULA MARTEDÌ 21

Dopo la bocciatura delle questioni pregiudiziali, l'aula della Camera, con un'unica votazione (278 no, 19 sì e 6 astenuti), ha respinto ieri anche le questioni sospensive al Ddl sul testamento biologico. La legge sarà di nuovo in aula a partire da martedì 21, dopo il decreto sul terremoto. Intanto un gruppo di parlamentari - da Binetti e Buttiglione (Udc) a Calabrò (Ndc) fino a Palmieri, Sisto (Forza Italia) e Roccella (Idea) - hanno ribadito la contrarietà al Ddl in cui «restano irrisolti tutti i nodi su cui erano imperniati sia le pregiudiziali di incostituzionalità che le sospensive e su cui sono stati presentati i nostri emendamenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Boom di malati

Caso morbillo, Lorenzin: realizzare piano vaccini

■ Diffidenze e pregiudizi sui **vaccini** iniziano a produrre i loro frutti amari, a cominciare dal **morbillo**, che in Italia **da gennaio** ha colpito **oltre 700 persone**, prevalentemente nella fascia 15-39 anni, con un preoccupante aumento dei casi di oltre il 230% sullo scorso anno (in tutto il 2016 erano stati 844). Lo comunica il **ministero della Salute**.

La maggior parte delle segnalazioni sono state registrate in sole **quattro Regioni**: Piemonte, Lazio, Lombardia e Toscana. «Il morbillo continua a circolare nel nostro Paese - spiega il ministero - a causa della presenza di sacche di popolazione suscettibile, non vaccinata o che non ha completato il ciclo vaccinale a 2 dosi. Ciò è in gran parte dovuto al numero crescente di genitori che rifiutano la vaccinazione, nonostante le evidenze scientifiche consolidate».

«Sebbene il Piano di eliminazione del morbillo sia partito nel 2005 - sottolinea la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin - e la vaccinazione contro il morbillo sia tra quelle fortemente raccomandate e gratuite, nel 2015 la copertura vaccinale contro il morbillo nei bambini a 24 mesi (coorte 2013) è stata dell'85,3%, ancora lontana dal 95% che è il valore soglia necessario ad arrestare la circolazione del virus».

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Andrea Cangini

DA INIZIO ANNO
MALATI TRIPLICATI

**Il morbillo
fa di nuovo
paura:
vaccini
in calo,
boom di casi**

MALPELO ■ A pagina 15



Il ministro: casi triplicati quest'anno «Troppi genitori rifiutano il vaccino»

Boom in Toscana, Lazio e Lombardia. L'appello per la profilassi



Cifre
pazzesche

TORNA L'INCUBO

Il monito degli esperti
«Si rischia di riattivare
anche polio e difterite»

**Renzi: lo dico da genitore,
sui vaccini non si scherza.
Prendiamo sul serio la
scienza, basta polemiche**

di ALESSANDRO
MALPELO
■ ROMA

«**DA GENNAIO** il morbillo ha triplicato la sua incidenza in Italia». L'allarme è stato lanciato dal Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, che ieri ha parlato di 700 casi segnalati da inizio anno, +230 per cento rispetto all'anno scorso. «L'incremento è conseguenza della scarsa adesione alle vaccinazioni, troppi ancora i genitori che non sottopongono i figli alla profilassi raccomandata». Il

fenomeno emerge in maniera più marcata in Piemonte, Lazio, Lombardia e Toscana. Più della metà dei contagi si sono registrati nella fascia di età 15-39 anni.

E COSÌ l'agente infettivo che si credeva debellato torna a fare paura. Ma cosa rischiano bambini, adulti e adolescenti? La malattia provoca un febrone e copre la pelle di macchie simili alla rosolia e alla scarlattina. I più sfortunati riportano invalidità permanenti, in casi eccezionali rischiano la vita. «Le complicazioni – ricorda

Gianni Rezza, infettivologo presso l'Istituto Superiore di Sanità – sono dovute alle sovrapposizioni batteriche: otite media, laringite, diarrea, polmonite, encefaliti. Re-



gistrano anche purtroppo un numero esiti infausti, tra i 30 e i 100 decessi ogni 100mila soggetti colpiti». Secondo i tecnici il morbillo continua a circolare indisturbato a causa della presenza di sacche di popolazione suscettibile, non vaccinata o che non ha completato il ciclo vaccinale a due dosi. Questo è dovuto in gran parte ai genitori che rifiutano la vaccinazione, nonostante le evidenze scientifiche e in barba ai provvedimenti di alcune amministrazioni locali che puntano a incrementare la protezione.

«IL PIANO di eliminazione del morbillo è partito nel 2005 – ha aggiunto il ministro Lorenzin – e la vaccinazione contro il morbillo è tra quelle fortemente raccomandate e gratuite. Nel 2015 la copertura contro il morbillo nei bambi-

ni a 24 mesi è stata dell'85,3% (con il valore più basso pari al 68% registrato nella provincia autonoma di Bolzano e quello più alto in Lombardia con il 92,3%), ancora lontana dal 95% che è il valore soglia necessario ad arrestare la circolazione del virus nella popolazione». Indispensabile, per il ministero, applicare subito il piano vaccini, intervenire a tutti i livelli, da parte delle istituzioni e degli operatori sanitari, per rendere questa vaccinazione fruibile, aumentando le adesioni. Analogamente le amministrazioni regionali e delle aziende sanitarie, così come pediatri e medici di medicina generale devono fare la loro parte, per il ministero, con un'azione di sensibilizzazione nei loro contatti quotidiani.

L'EPIDEMIA di ritorno sveglia

anche il mondo della politica. In particolare, tra i primi a commentare, c'è l'ex premier Matteo Renzi. «Avete visto i dati del ministero della Salute sul morbillo? Paz-zeschi – scrive su Facebook – lo dico da genitore prima che da politico: sui vaccini non si scherza. Basta polemiche, prendiamo sul serio la scienza. E mettiamo al centro la salute dei nostri figli, non la propaganda».

E di questi giorni un libro bianco a sostegno delle vaccinazioni della Società italiana di farmacologia realizzata con varie sigle (pediatri Fimp e Sip, igienisti, medici di medicina generale Fimmg, ordine dei medici e dei farmacisti di Bologna, istituto superiore di sanità) nel quale si ricordano malattie pressoché debellate: polio, dif-

terite, tetano, e altre per le quali è necessario non abbassare mai la guardia: pertosse, morbillo, rosolia, parotite.



Focus

Influenza, epidemia finita: cinque milioni di contagi e 53 morti

Con oltre 5 milioni di contagi, 219 casi gravi e 53 anziani deceduti, è finita l'epidemia influenzale in Italia, ma il virus continua a circolare. La scorsa settimana sono stati 104mila gli italiani allattati da virus, per un totale di 5milioni e 31mila persone colpite da inizio stagione. «Il numero di casi – spiega Gianni Rezza, capo Dipartimento malattie infettive dell'Iss – ci dice che è stata una stagione ad attività medio alta»



700 CASI

Le infezioni nel 2017, lo scorso anno erano state 220 (+230%)



15-39 ANNI

La fascia d'età in cui si è registrata la maggior parte dei casi

quotidianosanità.it

Studi e Analisi

Quotidiano on line
di informazione sanitaria
Giovedì 16 MARZO 2017



Home | Cronache | Governo e Parlamento | Regioni e Asl | Lavoro e Professioni | Scienza e Farmaci | Studi e Analisi | Archivio

Cerca

segui **quotidianosanità.it**



[Tweet](#) stampa

In Europa sempre meno figli. Dai quasi 8 milioni di neonati nel 1964 ai 5 milioni del 2015. E l'Italia è il Paese dove si nasce di meno

I dati Eurosta a marzo 2017 parlano chiaro: la tendenza europea è a un calo dei tassi di natalità e fertilità, cui fa riscontro l'aumento dell'età media delle mamme al primo parto e l'aumento dell'aspettativa di vita. L'Italia è ultima per tasso di natalità con 8 nati vivi su mille abitanti, contro una media europea di 10 nati per mille.



16 MAR - L'Italia è il fanalino di coda nella Ue per natalità. Il tasso (il numero di nati vivi per 1.000 abitanti) registrato dall'ultima rilevazione Eurostat di marzo 2017 è nel 2015 uguale a 8, contro una media dell'Ue a 28 di 10 e dell'Ue a 19 di 9,7 e rispetto al massimo registrato in Turchia di 16,9. E l'Italia risulta ultima in classifica anche rispetto al numero di nati vivi per 1.000 abitanti (si ferma a 8,01, sempre in fondo alla classifica).

Fare figli non sembra un'attività nazionale. Tanto è vero che anche rispetto all'**età media delle donne alla prima nascita** il nostro Paese è in fondo alla classifica con 31,7 anni, superato solo dalla Svizzera con 31,8 e dalla Spagna con 31,9. In questi due Paesi però il tasso di natalità è rispettivamente di 10,5 e

di 9.

Anche rispetto al **tasso di fertilità (il numero medio di figli per donna in età fertile)** l'Italia è in basso alla classifica. Raggiunge infatti appena 1,35 e fanno peggio solo ancora una volta la Spagna con 1,33 e il Portogallo con 1,31. In questa classifica l'Ue a 28 registra una media di 1,58 e a 19 di 1,56 e la prima in classifica è ancora una volta la Turchia con 2,14 figli in media per donna.

In compenso però l'**aspettativa di vita** è più alta e in queste classifiche – quella dell'aspettativa alla nascita e quella dell'aspettativa a 65 anni – l'Italia "che invecchia" è ai primi posti.

L'**aspettativa di vita alla nascita** infatti è di 83,2 anni, superata di poco solo da Svizzera e Spagna con 83,3, mentre a **65 anni** in Italia ce ne sono altri 21,2 di aspettativa di vita contro, verso l'alto, i 21,3 della Svizzera, 21,5 della Spagna e 22 della Francia (questa con una aspettativa di vita alla nascita di 82,8 anni). Valori ben superiori alle medie dell'Ue a 28 e dell'Ue a 19, dove rispettivamente l'aspettativa di vita alla nascita è di 80,9 e 82 anni e a 65 anni di 20 e 20,7 anni.

Si nasce poco, quindi, e si vive di più, anche quando si raggiungono età più avanzate. Un dato questo che conferma la necessità di revisione di un modello di assistenza, necessariamente da orientare verso le condizioni di vita più anziane e con forme di cronicità e di pluripatologie legate all'età.

In realtà il **tasso di natalità dal 2004 al 2015 è calato pressoché in tutti i Paesi Ue**. In Italia del -1,8 e c'è anche chi ha registrato cali maggiori: -2,1 in Romania e Liechtenstein, -2,3 in Albania. In questi Paesi tuttavia il tasso di natalità 2015 resta più alto di quello italiano che, come abbiamo visto, è il più basso in assoluto.

Unici Paesi dove il tasso di natalità è aumentato tra il 2004 e il 2015 sono Russia con +2,9 (è a 13,3 nel 2015), Latvia e Lituania con +2, Slovenia +1 e tra +0,9 e +0,1 Repubblica Ceca, Svizzera, Svezia, Polonia, Germania, Slovacchia, Malta, Estonia e Bulgaria.

L'**analisi che Eurostat fa dei dati a livello generale**, invece, sottolinea che nel 2015 sono nati nella Ue 28 5,1 milioni di bambini, con un tasso di natalità di 10,0. Era pari a 10,6 nel 2000, 12,8 nel 1985 e 16,3 nel 1970.

Durante il periodo 1961-2015, il totale annuo più alto per il numero di nati vivi nell'Ue 28 è stato registrato nel 1964, a 7,8 milioni. Da questa relativa alta fino all'inizio del 21° secolo, il numero di nati vivi nell'Ue-28 è diminuito a un ritmo relativamente costante, raggiungendo un minimo di 5,0 milioni nel 2002. Poi, un leggero rialzo nel 2008 con 5,5 milioni di bambini nati, seguito da ulteriori riduzioni annuali fino al 2013 (5,1 milioni di nati vivi) e quasi nessun cambiamento nel 2014 o il 2015.

Negli ultimi decenni poi gli europei hanno meno figli e questo spiega in parte secondo Eurostat il rallentamento della crescita della popolazione dell'Ue 28.

Nel 2015, il tasso di fertilità totale nell'Ue 28 era 1,58 nati vivi per donna (lo stesso tasso è stato

QS newsletter

ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER
Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di
Quotidiano Sanità.

QS gli speciali



**Responsabilità
professionale e
sicurezza delle cure.
Ecco la legge**

tutti gli speciali

iPiùLetti [7 giorni] [30 giorni]

- 1 **Diabete.** Le diete 'estreme' (vegetariana, vegana paleolitica, chetogenica) fanno bene o è meglio la classica mediterranea? Un position paper Sid
- 2 **L'operatore socio sanitario,** dall'abuso di professione al demansionamento
- 3 **Nuovo orario di lavoro.** Per la Fiaso il sistema ha retto l'impatto: "Ma dalle 11 ore di riposo continuative dovrebbero essere esclusi primari, alta specialità e attività di formazione e ricerca"
- 4 **Epatite C.** Si cambia. Aifa vara 11 nuovi criteri di trattamento: "Cureremo tutti non solo i più gravi". Parte il Piano di eradicazione totale
- 5 **Riforma Ordini.** Le professioni sanitarie chiedono rapido esame e approvazione del ddl Lorenzin

Link al Sito Web

registrato nel 2014). Il tasso di fertilità dell'Ue 28 è aumentato da un minimo di 1,46 nel 2001 e 2002 all'1,62 nel 2010, successivamente seguito da un leggero calo a 1,55 nel 2013.
L'età media delle donne al momento del parto continuato a crescere tra il 2001 e il 2015, da una media di 29,0 a 30,5 anni.

Tra gli Stati membri dell'Unione europea, la Francia ha registrato il più alto tasso di fertilità nel 2015, con 1,96 nati vivi per donna. Al contrario, i tassi di fertilità più bassi nel 2015 sono stati registrati in Portogallo (1,31 nati vivi per donna), Polonia e Cipro (entrambi 1,32 nati vivi per donna), Grecia e Spagna (entrambi 1,33 nati vivi per donna). Nella maggior parte degli Stati membri dell'UE, il tasso di fecondità totale è diminuito notevolmente tra il 1980 e il 2000-2003: entro il 2000, i valori erano caduti sotto 1,30 in Bulgaria, Repubblica Ceca, Grecia, Spagna, Italia, Lettonia, Slovenia e Slovacchia. Dopo aver raggiunto il punto più basso tra il 2000 e il 2003, il tasso di fecondità totale è aumentato nella maggior parte degli Stati membri e nel 2015, tutti erano sopra 1,30.

Quasi la metà (45,9%) dei bambini nati nell'UE-28 nel 2015 erano primogeniti, con in testa oltre il 50% in Lussemburgo, Romania, Portogallo, Spagna, Malta e Bulgaria. Al contrario, le percentuali più basse sono state registrate in Irlanda (37,8%), Regno Unito (39,8%) e Finlandia (41,3%).

Nell'Ue 28, più di un terzo (36,0%) di tutti i nati vivi nel 2015 erano secondo geniti e poco più di un decimo (12,2%) terzo geniti. Il restante 5,9% riguarda i figli dal quarto in poi con in testa la Finlandia (9,7%), seguita da Irlanda (9,3%) e Regno Unito (9,2%).

Unione Europea: fertilità e nascite nel 2015						
Area geografica	Tasso di fertilità	Tasso di natalità	Nati vivi	Età media donne alla nascita	Aspettativa di vita a 65 anni	Aspettativa di vita alla nascita
Turchia	2,14	16,90	1.325.783	28,6	18,0	78,1
Irlanda	1,92	14,00	65.537	31,6	19,8	81,4
Russia	-	13,30	1.940.579	-	-	-
Islanda	1,80	12,50	4.129	30,3	20,9	82,9
Francia	1,96	12,00	799.671	30,4	22,0	82,8
Montenegro	1,74	11,90	7.386	-	16,4	76,5
Regno Unito	1,80	11,90	776.746	30,3	20,1	81,4
Svezia	1,85	11,70	114.870	31,0	20,3	82,3
Albania	1,67	11,50	33.221	-	17,7	78,3
Norvegia	1,72	11,30	58.815	30,7	20,3	82,2
Latvia	1,70	11,10	21.979	29,4	17,0	74,5
Macedonia	1,50	11,10	23.075	28,6	15,4	75,5
Belgio	1,70	10,80	122.274	30,4	20,3	81,4
Cipro	1,32	10,80	9.170	31,3	20,2	82,8
Lituania	1,70	10,80	31.475	29,5	17,4	74,7
Lussemburgo	1,47	10,70	6.115	31,5	20,7	82,3
Estonia	1,58	10,60	13.907	29,9	18,4	77,4
Repubblica Ceca	1,57	10,50	110.764	30,0	18,1	78,9
Svizzera	1,54	10,50	86.559	31,8	21,3	83,3
Slovacchia	1,40	10,30	55.602	28,8	17,4	77,0
Danimarca	1,71	10,20	58.205	31,0	19,5	80,7
Finlandia	1,65	10,10	55.472	30,6	20,1	81,3
Paesi Bassi	1,66	10,10	170.510	31,2	20,1	81,8
Malta	1,45	10,00	4.325	30,3	20,3	82,1
Romania	1,58	10,00	197.491	27,7	16,6	75,0
Slovenia	1,57	10,00	20.641	30,2	19,9	81,2
Austria	1,49	9,80	84.381	30,6	20,3	81,6
Polonia	1,32	9,70	369.308	29,2	18,4	77,8
Ungheria	1,45	9,40	92.135	29,6	16,9	76,0
Serbia	1,46	9,30	65.657	29,0	15,8	75,4
Bulgaria	1,53	9,20	65.950	27,4	16,0	74,5
Germania	1,50	9,00	737.575	30,9	19,9	81,2
Spagna	1,33	9,00	418.432	31,9	21,5	83,3
Croatia	1,40	8,90	37.503	29,9	17,5	77,9
Liechtenstein	1,40	8,70	325	31,6	19,9	82,1
Grecia	1,33	8,50	91.847	31,3	20,3	81,5
Portogallo	1,31	8,30	85.500	30,9	20,2	81,3
Italia	1,35	8,00	485.780	31,7	21,2	83,2
EU (28 countries)	1,58	10,00	5.103.165	30,5	20,0	80,9
EU (27 countries)	1,58	10,00	5.065.662	30,5	20,1	80,9
Euro area (19 countries)	1,56	9,70	3.280.193	30,9	20,7	82,0
Euro area (18 countries)	1,56	9,70	3.248.718	31,0	20,7	82,1

Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su dati Eurostat marzo 2017

16 marzo 2017
© Riproduzione riservata

Allegati:

■ Fertilità e nascite 2015 in Europa

Altri articoli in Studi e Analisi

Rapporto 2016 Guardia di Finanza. Truffe a previdenza e Ssn per 158 mln. Irregolarità nel 66% delle esenzioni ticket e nell'erogazione di prestazioni sociali agevolate

Ticket specialistica e intramoenia. Per gli italiani un salasso di oltre 10 miliardi in quattro anni

Amianto, emergono nuove patologie correlate. Ona: "Elenco

- 6 Meningite e vaccini. Ecco i consigli dell'Iss: come e quando difendersi
- 7 Al Parlamento Ue cinque petizioni sul precariato nella PA italiana
- 8 Riforma pubblico impiego. Governo vara decreto Madia: "Ora pronti al rinnovo dei contratti". Proroga fino al 2019 per i concorsi straordinari nel Ssn. Il testo in anteprima
- 9 Responsabilità professionale. Mattarella firma la legge
- 10 Responsabilità professionale. Via libera dalla Camera. Il 'ddl Gelli' è legge. Cambiano la responsabilità penale e civile dei medici. Più trasparenza per i pazienti e sicurezza strutture. Il testo e la sintesi articolo per articolo

Il caso. L'azzardo online cerca nuovi adepti

Utili in calo, si punta ad incrementare volume e frequenza delle partite

I gestori comprano pubblicità su siti totalmente estranei al mondo del gambling usando i big data

PAOLO VIANA

«**S**iamo alla ricerca di articoli pubblicitari con backlink, re-datti da voi e sul vostro sito...». La lettera commerciale è scritta in buon italiano e va dritta al punto: «Possiamo pagare direttamente nel vostro conto PayPal, una volta redatto l'articolo». Il cliente scrive dall'Asia, ma offre tariffe a link superiori alla media di mercato e rappresenta un brand solvente: insomma, si può ben dire che la società italiana, proprio perché ha declinato l'offerta, sia destinata a restare solo un'eccezione. Internet è già considerato il ramo d'azienda più promettente di Azzardopoli: «Puntiamo forte sul mercato dell'online, che è in continua espansione, e per conquistare nuovi giocatori metteremo in campo promo e offerte molto vantaggiose» ha dichiarato all'Enada di Rimini, la fiera del settore, una società dell'azzardo che ha appena acquisito la concessione a operare nel nostro Paese e annuncia che «all'online sarà affiancato il franchising PVR (Punto Vendita Ricariche), ovvero centri multiservizi in cui sarà possibile pagare bollettini, F24, Mav, oltre a poter usufruire di una piattaforma di e-commerce». Insomma, in crisi di crescita, l'industria dell'azzardo di massa diversifica e dissimula, cerca cioè di presentarsi agli occhi di nuo-

vi consumatori sotto le mentite spoglie della normalità quotidiana. Come nel caso intercettato, acquista su siti "normali" dei redazionali che parlano di altro a un pubblico distratto da altri interessi: la corrispondenza citata - e della quale dobbiamo omettere i riferimenti societari - è tra l'ufficio marketing di una multinazionale di gambling e un sito italiano di agricoltura.

«I signori dell'azzardo hanno sempre cercato di espandere il proprio mercato, ciò che incuriosisce - spiega il sociologo Maurizio Fiasco, presidente di Alea, da anni impegnato nello studio della dipendenza da gambling - è l'utilizzo dei big data per profilare i lettori dei siti dove queste pubblicità vengono acquistate. È una modalità sofisticata di marketing». Il casinò virtuale non acquista banner ma articoli, in modo che il lettore creda di leggere un innocuo testo informativo, che presenta l'azzardo online come un normale passatempo e implicitamente lo attira a scoprirlo, attraverso il link. «Le società di gambling online stanno crescendo e cercano di ampliare il mercato - commenta Fiasco - perché gli utili stanno calando». Nel business dell'azzardo per fidelizzare il cliente si deve abbassare il prezzo unitario della vendita: si riduce la percentuale di margine per accrescere la quantità assoluta. Ciò si traduce nell'aumento della percentuale del payout, la quota che viene ridistribuita in termini di vincite, affinché il volume lordo del denaro raccolto cresca continuamente. Per avere gli stessi profitti si deve estendere il consumo, ampliando volume e frequenza

di puntate: questa seconda esigenza si soddisfa rendendo sempre più rapide le partite e in ciò l'online è favorito. «Grazie alla tecnologia informatica, l'azzardo online - sottolinea Fiasco - abbatte le barriere con cui il nostro sistema nervoso si difende da puntate dalla frequenza eccessiva. Quanto alla struttura del business, lo si può sintetizzare così: costante riduzione dei margini relativi, a fronte della crescita esponenziale dei consumi assoluti. Proporzioni che valgono anche per lo Stato: le entrate erariali relative in nove anni sono passate dal 35 al 10%. Le entrate assolute sono però aumentate».

È la strategia perseguita anche nel caso citato: il link acquistato condurrebbe il lettore del sito di agricoltura a visitare un sito di gambling che vanta già 143.000 giocatori al mese (300.000 con i siti collegati). Il gambling on line è lievitato di 21 punti tra il 2015 e il 2016, toccando un volume lordo di 16 miliardi: ora si ottimizzano le risorse attraverso un «uso pervasivo dei big data», come dice Fiasco, che serve a colpire target precisi. Nel caso citato, il vettore è un sito di agricoltori, letto da cerealicoltori maschi di età compresa tra i 20 e i 50 anni, con una buona capacità di spesa e che trascorrono molte ore al giorno in solitudine, con la sola compagnia del loro telefonino. «Tutti noi lasciamo tantissime tracce in rete - commenta Fiasco - e l'industria dell'azzardo si limita a seguirle...». Alcune tracce però restano nascoste: la corrispondenza commerciale riporta che per concludere l'affare «non è necessaria fattura».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

