



RASSEGNA STAMPA 20-03-2018

1. REPUBBLICA Al dottore non lo dico
2. REPUBBLICA Il progetto battuto il cancro, cominciano i problemi
3. AGI Salute: in Europa di cancro si muore di meno
4. REPUBBLICA.IT Cancro, come diminuisce la mortalità nel 2018
5. ADN KRONOS "Ho avuto il cancro al seno": la storia di Stefano
6. DIRE Il cancro orale uccide una persona ogni 3 ore, il 20 marzo la giornata della prevenzione
7. QUOTIDIANO SANITÀ' La campagna danese a favore del vaccino contro HPV fa il pieno di consensi.
8. MANIFESTO Sanità, lo studio Cgil: liste d'attesa più lunghe negli ultimi tre anni
9. STAMPA Sanità pubblica sempre più lenta si allunga l'attesa per le visite
10. GIORNALE Sanità, oltre due mesi per una visita
11. QUOTIDIANO SANITÀ' Tempi di attesa. "Si fa prima nel privato e costa anche meno"
12. REPUBBLICA Influenza Uno studio Usa collega l'efficacia universale del vaccino al sistema immunitario
13. REPUBBLICA Caccia al test che lo scopre 20 anni prima

Tumori

Al dottore non lo dico

di TIZIANA MORICONI

I malati oncologici in terapia hanno effetti collaterali legati alle cure. Ma non ne parlano al medico di base. Così nessuno se ne occupa

Irene è sempre stanca. Le hanno detto che è normale, che la sua è la tipica fatigue di chi sta combattendo contro il cancro, ma certi giorni non ha la forza neanche di alzarsi dal divano per mettere sul fuoco una pentola, e si sente in colpa. Anche mangiare, comunque, è diventato un problema per via della stomatite, un altro "regalo" delle terapie.

Elisa, invece, è un vulcano. Con due bambini piccoli non permette a se stessa di rallentare e non si lamenta mai, neanche quando fa fatica a camminare per via di una neuropatia che l'ha colpita ai piedi, effetto collaterale di alcuni farmaci. Emanuele ha nausea perenne, dolore allo stomaco, diarrea, ma ha deciso che non ne parlerà all'oncologo, perché la terapia sta funzionando e vuole soltanto arrivare all'ultima infusione il prima possibile: non si può correre il rischio di rallentare o, peggio, interrompere le cure.

Poi c'è Giorgia, che si ritiene fortunata perché non ha dovuto fare la chemio, ma prende solo una pasticchetta: la terapia ormonale che riduce il rischio che il tumore al seno possa tornare in futuro. Gli unici problemi che le dà, per ora, sono l'insonnia e la secchezza vaginale, ma crede che ci sia poco da fare e comunque non saprebbe a chi parlarne perché si vergogna. Quelli elencati sono solo alcuni

dei più o meno piccoli disturbi di cui soffrono i malati oncologici, effetti indiretti della malattia o delle cure, tanto comuni quanto sottaciuti. Infatti, oltre 4 pazienti su 10 - il 43% per l'esattezza - non li riferisce né all'oncologo né al proprio medico di famiglia. A rivelarlo sono i dati raccolti da Aiom - Associazione italiana di oncologia medica e Fondazione Aiom (che raggruppa al suo interno anche associazioni di pazienti) - nell'ambito del progetto nazionale *I nuovi bisogni del paziente oncologico e la sua qualità di vita*, realizzato con il contributo incondizionato di Bristol-Myers Squibb.

Durante la prima fase del progetto sono state condotte quattro indagini, una delle quali su oltre cento pazienti. I disturbi più frequenti riportati sono quelli a livello psicologico (49%), seguiti da dolore (43%), dissenteria (42%), nervosismo, agitazione e sbalzi di umore (41%), spossatezza (37%), secchezza vaginale (33%), gonfiore dello stomaco (32%), disturbi dell'alimentazione (26%), reflusso e acidità notturna (24%).

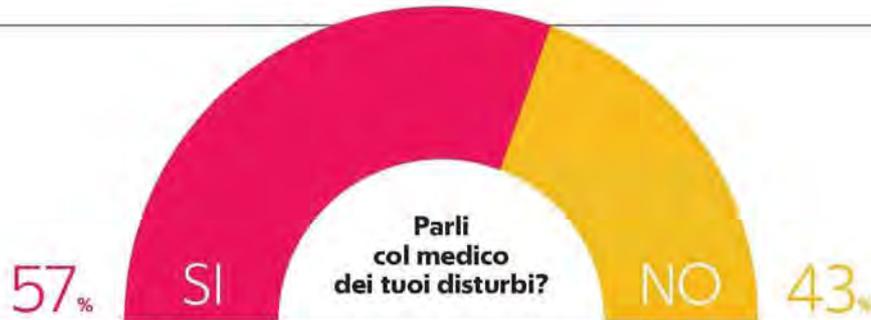
«Il problema non è il singolo disturbo, ma la loro somma - racconta Anna Maria Mancuso, presidente dell'Associazione salute donna onlus - quasi tutte le persone in chemioterapia hanno contemporaneamente tre o più disturbi, che insieme fanno aumentare lo stress. E la situa-

zione peggiora proprio perché si decide di non affrontarli: non si sa con chi parlarne, spesso non si vuole recare disturbo, si pensa che gli oncologi siano troppo occupati e i medici di famiglia non sono ritenuti abbastanza preparati». Un dato, questo, che emerge chiaramente dal sondaggio: oltre la metà dei pazienti (il 54%) ritiene che il medico di famiglia non sia un interlocutore adeguato per affrontare questi fastidi, il 47% pensa che non ne sappia abbastanza di quello specifico tumore di cui è malato, e quasi 8 su 10 lamentano l'assenza di dialogo fra oncologi e medici del territorio. Così si ricorre al passaparola tra pazienti e al fai da te, con il 78% dei pazienti che cerca anche soluzioni online. «Bisognerebbe invece formare i medici di base sugli effetti collaterali dei farmaci, in modo che siano in grado di gestirli e affiancare l'oncologo», conclude Mancuso.

Già, perché una seconda indagine, svolta su 152 medici di medicina generale mostra che il 66% non si sente abbastanza preparato sulle nuove terapie anticancro, il 21% non lo è nella gestione dei piccoli disturbi e appena il 7% ha un canale diretto con gli oncologi. Il cui punto di vista emerge da un terzo sondaggio: su oltre cento specialisti intervistati, quasi 4 su 10 (37%) confermano che i pazienti non riferiscono loro i problemi secondari. Eppure, circa la me-

tà dei camici bianchi pensa che tali problemi possano essere sottovalutati ed è consapevole del fatto che possano influenzare persino l'adesione ai trattamenti, cioè spingere i pazienti a smettere di curarsi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

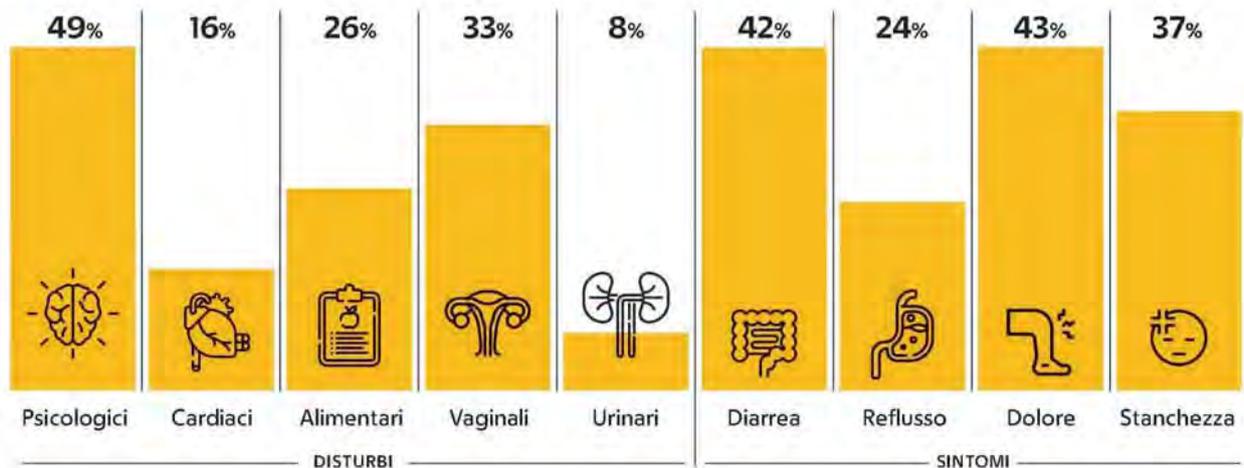


INFOGRAFICA: PAULA SIMONETTI

Qualità di vita dei pazienti



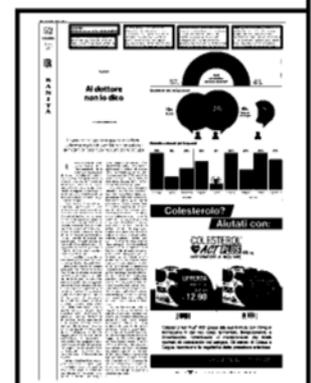
Disturbi e sintomi più frequenti



Fonte: AIOM

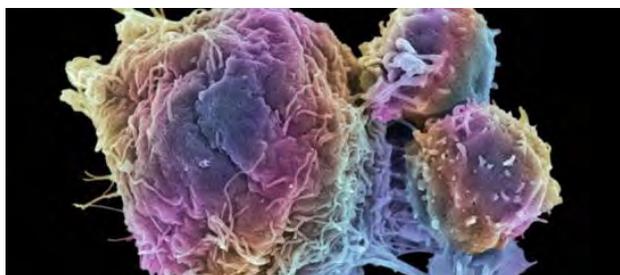
Il progetto Battuto il cancro, cominciano i problemi

Tre milioni e trecentomila. È il numero di persone che oggi vive in Italia con una diagnosi di cancro alle spalle. «Il 24% in più del 2010 ed è in costante aumento – sottolinea Stefania Gori, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) – e i risultati raggiunti nei tumori più frequenti sono evidenti. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi raggiunge il 91% nel tumore della prostata, l'87% nel seno, il 79% nella vescica e il 65% nel colon-retto. Ma per tutte queste persone emergono nuovi problemi, non immaginabili fino a dieci anni fa». Per questo è nato il progetto *I nuovi bisogni del paziente oncologico e la sua qualità di vita*, che fotografa le necessità per poi mettere in atto strategie a livello nazionale che prevedano la collaborazione tra oncologi, medici di famiglia e farmacisti. «Si tratta del primo progetto che può portare a un reale miglioramento della qualità di vita dei malati, con un consistente risparmio per il sistema sanitario nazionale», conclude Fabrizio Nicolis, presidente di Fondazione Aiom.



www.agi.it

Salute: in Europa di cancro si muore di meno



I tassi di mortalità nell'Unione Europea continuano a diminuire per tutti i tumori tranne quelli al pancreas e al polmone nelle donne. Gli andamenti favorevoli riguardano in particolare il tumore del colon-retto: i ricercatori stimano che i tassi di mortalità per questa neoplasia nel 2018 diminuiranno di circa il 7 per cento rispetto ai tassi registrati nel 2012. Diminuisce la mortalità anche per tumore della mammella, utero e ovaio. Queste le conclusioni di uno studio pubblicato sulla rivista *Annals of Oncology* e sostenuto dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc).

I ricercatori hanno analizzato i tassi di mortalità per tumore nell'Unione Europea in generale (28 Stati membri) e singolarmente nei suoi sei paesi più popolosi - Francia, Germania, Italia, Polonia, Spagna e Regno Unito - considerando i tumori nel loro insieme e singolarmente per i principali: stomaco, intestino, pancreas, polmone, seno, utero (compresa la cervice), ovaio, prostata, vescica e leucemie, suddivisi a loro volta per uomini e donne coinvolti. Questo è l'ottavo anno consecutivo in cui i ricercatori pubblicano queste stime di previsione. I dati sui decessi nel periodo 1970-2012 sono stati ottenuti dalla base di dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

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

Cancro, come diminuisce la mortalità nel 2018



(Credits: CCO via Pixabay)

Annals of Oncology pubblica le nuove stime elaborate dagli epidemiologi dell'Università Statale di Milano. Dati positivi per quasi tutti i tumori e, in particolare, per quello del colon-retto. Solo per le donne, però, continuano ad aumentare i decessi per il carcinoma del polmone, a causa del fumo

di TIZIANA MORICONI

Anche nel 2018 la mortalità dovuta al cancro continuerà a calare nei paesi dell'Unione europea, facendo registrare -10,3% (130 ogni 100.000) negli uomini e -5% (84 ogni 100.000) nelle donne rispetto al 2012. I dati appaiono positivi soprattutto per il tumore del colon-retto, con circa il 7% di decessi in meno (sempre rispetto al 2012). Soltanto due le eccezioni: il tumore del pancreas e, nelle donne, quello del polmone. A riportare, per l'ottavo anno consecutivo, le proiezioni sulle statistiche dei decessi causati dalle principali neoplasie sono i ricercatori dell'Università Statale di Milano – tra cui l'epidemiologo **Carlo La Vecchia** – che firmano [uno studio su *Annals of Oncology*](#).

LO STUDIO

I ricercatori hanno analizzato i tassi di mortalità sia complessivamente nei 28 Stati membri sia, in dettaglio, nelle sei nazioni più popolate (Francia, Germania, Italia, Polonia, Spagna e Regno Unito), considerando tutti i tumori nel loro insieme e poi, singolarmente, quelli nelle 10 sedi principali: stomaco, intestino, pancreas, polmone, seno, utero (compresa la cervice), ovaio, prostata, vescica e leucemie. Nel complesso, per l'anno in corso sono attesi circa **1,4 milioni di morti per cancro** nell'Eu, rispetto ai 1,3 milioni del 2012: l'aumento del numero assoluto è dovuto all'invecchiamento della popolazione, ma i tassi standardizzati per età mostrano quasi ovunque un calo della mortalità. Secondo gli autori, considerando il periodo 1988-2018, la

diminuzione dei tassi di mortalità ha portato ad evitare in 31 anni quasi 5 milioni di decessi: 3,3 milioni negli uomini e 1,6 nelle donne.

IMPORTANTI RISULTATI PER IL CANCRO DEL COLON RETTO

Come anticipato, i dati più incoraggianti si attendono per il tumore del colon-retto, in tutte le classi di età: -6,7% negli uomini e -7,5% nelle donne. “Questi risultati rappresentano uno dei principali successi in ambito oncologico dei passati 30 anni”, commenta La Vecchia: “Il tumore del colon-retto è una delle più comuni cause di morte oncologica fra i non fumatori, sia negli uomini che nelle donne. Questa diminuzione dei tassi di mortalità in Europa non è conseguenza di un singolo fattore, ma è dovuta a miglioramenti nella diagnosi (grazie allo screening, con la ricerca di sangue occulto nelle feci e della colonscopia, ndr.), nella cura e nella gestione della malattia”.

Nell'Eu si stima che il tumore del colon-retto causerà nel 2018 177.400 morti (98.000 negli uomini e 79.400 nelle donne): un numero secondo solo a quello delle vittime del tumore del polmone. Il numero assoluto è più alto rispetto al 2012, ma questo perché è aumentata la popolazione anziana: guardando i tassi standardizzati per età, infatti, è chiara la diminuzione per entrambi i sessi.

TUMORE DL POLMONE: NEMICO NUMERO UNO DELLE DONNE.

Come abbiamo anticipato, il tumore del polmone resterà il big killer numero uno, che presenta i più alti tassi di mortalità sia negli uomini che nelle donne: rispettivamente, 32 ogni 100.000 e 15 ogni 100.000. Se, però, nei primi si osserva una diminuzione della mortalità del 13%, nelle seconde si registra **un aumento del 6%**. I ricercatori prevedono che quest'anno moriranno 94.500 donne per questa neoplasia (più che per il tumore al seno, per il quale si stimano 92.700 decessi) e 183.100 uomini. Insieme rappresentano circa il 20% di tutte le morti per tumore.

TUMORE DEL PANCREAS: SECONDA CATTIVA NOTIZIA PER LE DONNE

Per le donne c'è un'altra cattiva notizia, e riguarda la mortalità per il tumore del pancreas, che aumenterà del 2,8% (44.400 morti previste, 5,6 ogni 100.000), mentre resterà stabile negli uomini (44.500 morti previste, 8 ogni 100.000). Un noto fattore di rischio per il tumore del pancreas è il fumo, ma sembrano avere un ruolo anche l'eccesso di peso, l'obesità e il diabete.

TUMORI DI SENO,OVAIO E UTERO: LA MORTALITÀ CONTINUA A DIMINUIRE

Per la popolazione femminile i dati più incoraggianti si hanno sul fronte del cancro al seno, dell'ovaio e dell'utero (compreso quello della cervice): “Anche qui i motivi sono da ascrivere al miglioramento nella diagnosi precoce, nella terapia e nella gestione della malattia e, per i tumori dell'ovaio, la diffusione dell'uso dei contraccettivi orali”, spiega Eva Negri dell'Università di Milano. Il tumore alla mammella è stato per decenni quello che causava il maggior numero di morti nelle donne in Europa, ma questo triste primato è stato scalzato, come si è visto, dal tumore del polmone: “In Italia questo sorpasso non è ancora avvenuto, perché i tassi di tumore del polmone sono più bassi che in altri paesi della Ue, ma anche da noi sono aumentati dell'8%. Da questi dati si comprende perché chi si occupa di prevenzione dei tumori, come l'Associazione Italiana sulla Ricerca sul Cancro che ha finanziato questa ricerca, consideri la lotta al tabagismo un priorità assoluta”. Tornando ai dati, in Europa nel 2018 la mortalità per carcinoma mammario sarà inferiore del 9,5% rispetto al 2012 (13,7 ogni 100.000 donne), mentre quelle per i tumori ovarici e dell'utero mostrano un andamento simile, con un calo del 6% (circa 4,7 ogni 100.000 donne).

GLI ALTRI TUMORI

Per gli uomini, il cancro alla prostata è al terzo posto per mortalità, ma si prevede un -8,5% rispetto al 2012 (circa 10 ogni 100.000 uomini). Anche i dati per il tumore dello stomaco sono sorprendenti: -19% negli uomini e -17% nelle donne. Ancora, per il tumore della vescica, si avrà -4% nei primi e -1% nelle seconde. Infine, per le leucemie (che causano il 3% delle morti oncologiche), la riduzione della mortalità si attesterà intorno al 14%.

COSA DICONO I DATI

“Sostanzialmente questi nuovi dati sono in linea con quanto ci si aspettava, commenta **Giordano Beretta**, responsabile dell'Oncologia Medica di Humanitas Gavazzeni di Bergamo e presidente eletto dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom): “La riduzione di mortalità osservata per il tumore del colon-retto è importante: tra i motivi elencati nello studio si parla anche del probabile ruolo dell'aspirina a basse dosi, che sembra avere un ruolo protettivo. I dati su questo stanno diventando sempre più solidi e stanno partendo nuovi studi, ma resta da chiarire il bilancio rischi-benefici, dal momento che, come tutti i farmaci, anche questo comporta degli effetti collaterali. Assolutamente da sottolineare il calo anche del numero assoluto di morti per tumore dello stomaco in entrambi i sessi. Per quanto riguarda il tumore del polmone, gli andamenti riflettono bene l'abitudine al tabagismo, in calo tra gli uomini, in aumento tra le donne, e purtroppo anche tra gli adolescenti”. Lo stesso vale per il tumore della vescica, dove il fumo rappresenta un importante fattore di rischio: “Qui, infatti, la riduzione di mortalità è molto modesta, tanto che potremmo definirla stabile”, conclude Beretta: “Il lieve calo può essere dovuto al fatto che non si usano più certe sostanze nei processi industriali che avevano un effetto cancerogeno”.

<http://www.adnkronos.com>

"Ho avuto il cancro al seno": la storia di Stefano



Stefano Saldarelli in posa per la campagna di sensibilizzazione (foto di Francesco Bolognini)

"Sono un uomo di 48 anni, sono stato operato di cancro al seno e adesso sto facendo chemioterapia". Inizia così la storia di Stefano Saldarelli, grafico di Prato, che [sul suo blog](#) ha voluto raccontare la propria malattia, posando con le cicatrici per una campagna di sensibilizzazione. "Il cancro al seno non è solo roba da femmine - scrive - ma è un problema che può manifestarsi anche nell'uomo, anche se con minor frequenza rispetto alle donne".

E' l'agosto del 2017 quando Stefano, prima di partire per le vacanze, scopre un rigonfiamento all'altezza del capezzolo. E' sua moglie Antonella che se ne accorge accarezzandolo sul petto, e lo obbliga a fare un'ecografia. Dopo diversi accertamenti, l'esito degli esami non lascia spazio a dubbi: "carcinoma duttale infiltrante alla mammella". Dopo l'intervento segue la chemioterapia. "Francamente ignoravo, fino ad oggi, che potesse capitare anche agli uomini" sottolinea Stefano.

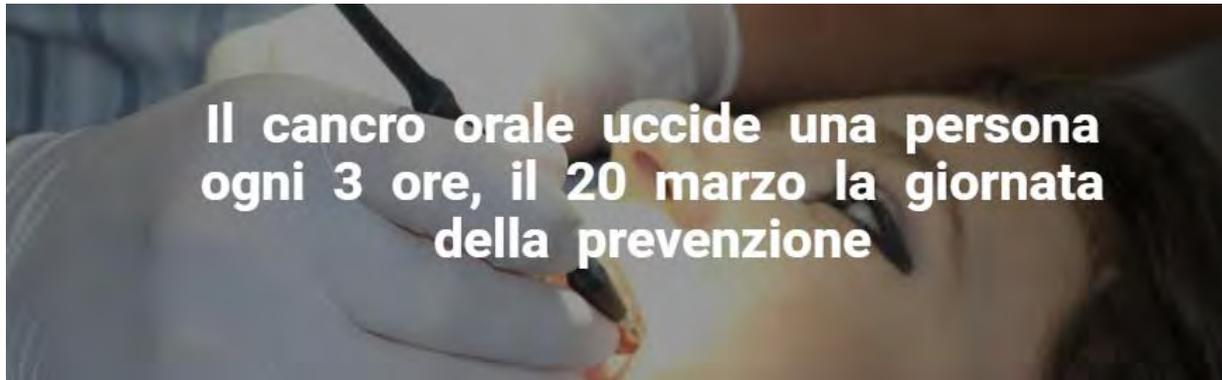
Non è facile, ma Stefano sa che non può rinviare per sempre la decisione di iniziare la chemioterapia. Così, inizia il trattamento. "Non volevo accettare questa cosa. Non ne volevo assolutamente sapere. Dopotutto mi sentivo bene, stavo bene e volevo continuare a star bene - osserva -. Nella mia mente avevo un'immagine: quella dei malati oncologici sotto trattamento chemioterapico. Persone provate, bianche, senza capelli. Fisici mortificati dalla chimica che ciecamente pervade tutto l'organismo in 'cerca' delle cellule tumorali, con l'obiettivo di fermarle, regredirle o annientarle. In tutto questo processo mentale mi vedevo completamente debilitato, abbruttito, già minato nella mia virilità in quanto affetto da tumore al seno".

Dopo aver intrapreso questo percorso, ora l'obiettivo di Stefano è portare avanti la sua campagna di sensibilizzazione. "Desidero raccontarvi questa esperienza affinché tutte queste parole possano servire a qualcuno per prendere una decisione - scrive - per entrare nella sfera della consapevolezza e soprattutto della prevenzione. E' chiaro che l'uomo può avere il cancro al seno non capita solo a Stefano Saldarelli". "Le carezze sono una cosa meravigliosa, possono salvarti la vita - chiosa -. Anche il gesto dell'autopalpazione è di per sé una carezza che esprime amore per se stessi e quindi anche per le persone care che ci circondano. Se ci vogliamo bene, vogliamo bene anche agli altri".

Ma quanto è diffuso il cancro al seno maschile? Sul suo blog, Stefano snocciola alcuni dati. Quelli più recenti, diffusi da AIOM - Associazione Italiana di Oncologia Medica e da AIRTUM - Associazione Italiana Registro Tumori si riferiscono ai casi di decesso per cancro al seno nella popolazione maschile nel 2014. Ebbene, solo per cancro al seno, nel 2014 sono morti 129 uomini e 12.201 donne.

"Non si tratta di fare una gara sui numeri, non ci sono premi, si parla di vite - sottolinea Stefano -. Non guardiamo solo il numero riportato in tabella ma riflettiamo sul fatto che dietro a ogni singola unità corrisponde la morte di una persona. La mia riflessione non vuole distogliere l'attenzione sul problema del cancro al seno femminile o delle malattie neoplastiche più in generale, ma ritengo si debba parlare di più del cancro al seno e del fatto che è una malattia che può manifestarsi anche nell'uomo, tutto qui".

<http://www.dire.it>



ROMA – Il **cancro orale** è tra le forme tumorali più diffuse al mondo, altamente invasivo e invalidante. **Ogni tre ore un italiano muore a causa di questa grave malattia** e l'elevato tasso di mortalità è dovuto al fatto che troppo spesso è scoperta in ritardo. Eppure, per imparare a difendersi, basterebbero uno **stile di vita sano** e **visite periodiche** di controllo della bocca. Per questo ogni anno, il **20 marzo**, si celebra in tutto il mondo la **Giornata mondiale per la promozione della salute orale** ('World Oral Health Day'), a cui partecipano le principali associazioni di dentisti.

"I tumori della bocca- commenta il presidente di Cao (Commissione albo odontoiatri) Roma e membro della Cao nazionale, **Brunello Pollifrone**, interpellato sul tema dall'agenzia Dire- sono difficilmente diagnosticabili perché spesso possono essere confusi con semplici lesioni. E proprio per questo fare prevenzione è importantissimo".

I 'dentisti sentinella'

Tra tutti i carcinomi orali, ricorda quindi Pollifrone, il più aggressivo è quello che colpisce la lingua, perché "è una zona molto irrorata di sangue e la neoplasia entra subito in circolo. È per questo che ci stiamo battendo sulla prevenzione del cavo orale con i 'dentisti sentinella', un gruppo di professionisti volontari che, organizzato dall'Ordine di Roma e dagli altri nostri Ordini professionali, senza scopo di lucro, si pone come punto di riferimento per prevenire le malattie, soprattutto le precancerose".

Oltre alla giornata di domani, intanto, è già in programma per **sabato 5 maggio 2018 l'Oral Cancer Day**, in cui i dentisti di tutta Italia scenderanno in piazza per informare i cittadini e più di 8mila studi dentistici saranno a disposizione per effettuare visite gratuite.

"Fare prevenzione del cavo orale è importante ogni giorno e noi organizziamo attività tutto l'anno- aggiunge ancora Pollifrone- Il prossimo cinque maggio, in particolare, ci sarà però un grande evento a livello nazionale che vedrà coinvolte la Cao insieme ai sindacati di categoria, tutti impegnati a sensibilizzare i cittadini a fare **prevenzione del carcinoma del cavo orale** nelle principali piazze delle province italiane, da Enna fino ad Aosta, anche attraverso visite gratuite dei 'dentisti sentinella' in camper attrezzati".

Lunedì 19 MARZO 2018

La campagna danese a favore del vaccino contro HPV fa il pieno di consensi. E l'Oms avvia un gruppo di lavoro europeo

Dopo il crollo della copertura dal 90% a valori vicini al 40% il paese scandinavo ha avviato una massiccia campagna, soprattutto sui social, che ha fatto risalire la china. Un esempio da seguire, secondo l'Oms

Negli ultimi anni la copertura vaccinale HPV tra le ragazze danesi di 12 anni era diminuita drasticamente dal 90% a meno del 40%. Le informazioni che circolavano sui media e sui social network, avevano creato un grande allarmismo tra i genitori, mettendo in discussione la sicurezza del vaccino.

"Anche se stavamo pubblicando informazioni sull'importanza dei vaccini HPV, la maggior parte dei genitori sentiva che mancavano altre informazioni", spiega Bolette Søbørg, consulente medico presso la Danish Medical Authority.

Così nel 2017 è partita la campagna Stop HPV, Stop Cervical Cancer per contribuire a rafforzare la fiducia nel vaccino e ricordare alle persone che il rischio di contrarre il cancro alle cervice, supera di gran lunga il rischio di eventi avversi del vaccino.

Durante la campagna sono stati pubblicati articoli su come prevenire il cancro del collo dell'utero su giornali e riviste di lifestyle in tutto il paese ed è stata aperta una pagina Facebook per aiutare a rispondere alle domande dei genitori e condividere le loro storie.

"Gran parte del dibattito sul vaccino HPV si svolge su Facebook, ed è qui che molti genitori ricevono le loro informazioni. La pagina che abbiamo dedicato all'informazione sul vaccino e all'HPV, è un modo per noi di raggiungere i genitori e creare un dialogo aperto", afferma Louise Hougaard Jakobsen, consulente presso la Danish Cancer Society.

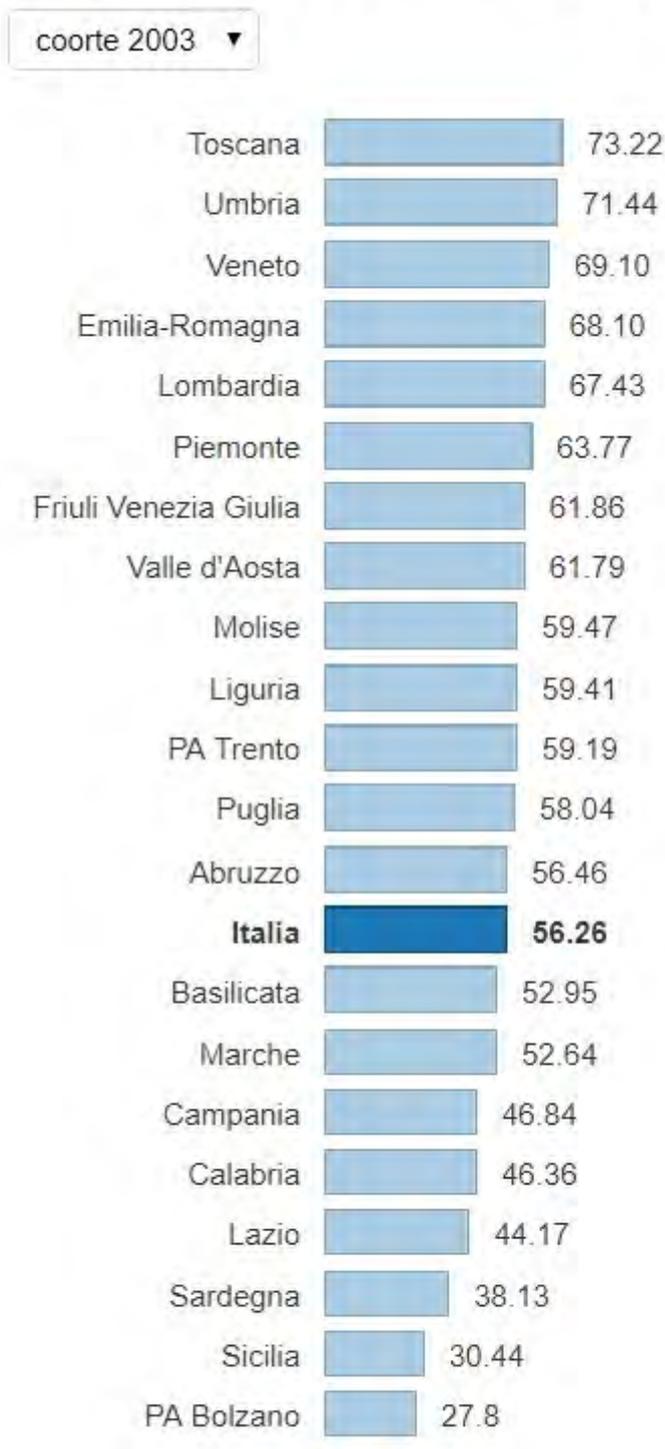
In meno di nove mesi nella campagna è aumentato il numero di vaccini e lo scorso anno il doppio delle ragazze, quasi 31.000, ha avviato il programma di vaccinazione contro l'HPV rispetto a poco più di 15.000 nel 2016.

Attraverso un gruppo avviato dall'OMS iniziato due anni fa, la Danimarca sta condividendo le lezioni apprese su HPV con paesi come Irlanda, Paesi Bassi e Austria.

"Diversi paesi europei hanno registrato un calo delle vaccinazione contro HPV o hanno faticato a raggiungere un'elevata copertura", ha dichiarato Katrine Bach Habersaat, responsabile tecnico per i vaccini dell'OMS per l'Europa.

In Italia la copertura vaccinale contro il papilloma virus supera di poco la media del 56% ([dati al 31 dicembre 2015](#)), con differenze eclatanti tra alcune regioni (PA Bolzano 27,8% e Veneto 69,10%) e una buona affermazione della Toscana e Umbria che registrano rispettivamente il 73 e 71 per cento.

Copertura vaccinale anti Hpv*



% vaccinate con ciclo completo

Target primario della vaccinazione: offerta attiva e gratuita nel 12° anno di vita

*tutti i dati sono aggiornati al 31/12/2015 (solo femmine) - fonte ministero della Salute

L'OMS raccomanda la vaccinazione per tutte le ragazze di età compresa tra 9 e 14 anni. La vaccinazione è considerata la misura di sanità pubblica più efficace in termini di costi contro il cancro del collo dell'utero, oltre allo screening.

Ogni anno si stima che in tutto il mondo 530.000 donne contraggono la malattia e 266.000 non sopravvivono alla malattia. I dati raccolti in questi anni dimostrano che i paesi che hanno introdotto il vaccino hanno visto riduzioni fino al 90% delle infezioni da HPV in adolescenti e giovani donne.

Sanità Lo studio Fp Cgil:
liste di attesa più lunghe

ANTONIO SCIOTTO

PAGINA 6

IN MEDIA 65 GIORNI PER UN ESAME. E SPESSO IL PRIVATO È PIÙ «COMPETITIVO»

Sanità, lo studio Cgil: liste d'attesa più lunghe negli ultimi tre anni

■ I tempi di attesa per una visita specialistica o un esame nella sanità pubblica sono aumentati in media tra 20 e 27 giorni in 3 anni. Il dato, che evidenzia un netto peggioramento nella qualità del nostro sistema sanitario, viene dall'Osservatorio su tempi di attesa e costi delle prestazioni sanitarie, studio commissionato da Funzione pubblica Cgil e realizzato dal Crea Sanità in quattro regioni: Lombardia, Veneto, Lazio e Campania.

L'attesa per una visita nella sanità pubblica è in media di 65 giorni, contro 7 nel privato e 6 in intramoenia. L'indagine, la prima a confrontare tempi e costi nell'arco di 3 anni (2014-2017) e su un campione di oltre 26 milioni di cittadini (44% della popolazione), rivela purtroppo altre gravi carenze del pubblico, sempre più insidiato dalle prestazioni private.

I prezzi sostenuti dai pazienti nella sanità privata in molti casi, ad esempio, «non sono troppo distanti dal costo del ticket». Le tariffe dei privati, inoltre, a volte sono pari o inferiori anche a quelle in intramoenia, cioè delle prestazioni fornite privatamente dai medici di un ospedale pubblico all'interno dell'ospedale stesso.

Dal report, che ha preso in considerazione 11 prestazioni senza esplicita indicazione di urgenza, è emerso chiaramente quanto i cittadini da tempo lamentano, ovvero che le liste d'attesa nella sanità pubblica sono estremamente lunghe. Si va ad esempio da 22,6 giorni per una radiografia a una mano o una cavaglia fino a 96,2 giorni per una colonscopia. Le stesse prestazioni, se effettuate in intramoenia, registrano invece attese, rispettivamente, di 4,4 e 6,7 giorni, e nel privato di 3,3 e 10,2 giorni.

Di fatto, sottolinea Federico Spandonaro, direttore di Crea Sanità, «la tempestività di accesso sembra una condizione garantita dal Servizio sanitario nazionale solo per le presta-

zioni urgenti. Mentre diventa di fatto un "servizio a pagamento" nei casi restanti, che sono prevalenti numericamente». L'analisi, commenta Serena Sorrentino, segretaria generale della Funzione pubblica Cgil, ci consegna «una situazione in cui il Ssn continua ad arretrare, soccombendo alla concorrenza del privato».

Alla pubblicazione dei dati è seguita una polemica tra la ministra della Salute, [Beatrice Lorenzin](#), e la Funzione pubblica Cgil. [Lorenzin](#) ha cercato di scaricare le responsabilità rispetto ai problemi denunciati sulle Regioni: «Sulle liste di attesa - ha detto - la partita è in mano alle Regioni. Le best practice ci sono, sono quelle emiliane, ci sono le linee guida del ministero, di Agenas (l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, ndr), c'è la legge, che va fatta applicare. Questo è un tema, io non mi stancherò mai di dirlo, tutto di programmazione sanitaria e di organizzazione delle singole regioni».

Netta la replica della Fp Cgil: «La responsabilità della crisi del Servizio sanitario nazionale è data dal taglio di risorse operata dal suo governo e dalla incapacità del [ministro della Salute](#) di garantire una programmazione ordinata sul territorio», ha spiegato il sindacato dei lavoratori pubblici.

«Forse da ministro - ha rincarato la Fp Cgil - [Lorenzin](#) è stata più attenta agli interessi delle lobby del privato che ai bisogni dei cittadini e dei lavoratori. Non l'abbiamo mai vista impegnata nella partita dei rinnovi dei contratti, anzi quando è intervenuta lo ha fatto per dividere il comparto».

Per accorciare le liste, il Codacons suggerisce «l'impiego dei medici di famiglia e aperture serali e notturne»: «Questo consentirebbe anche - dice l'associazione - di sfruttare in modo più efficiente i macchinari a disposizione». **an.sci.**



Sanità pubblica sempre più lenta si allunga l'attesa per le visite

La media è di 65 giorni. E il costo del privato è concorrenziale al ticket

il caso
PAOLO RUSSO
ROMA

6
giorni
Attesa per colonscopia in
intramoenia; si sale a 96
nella sanità pubblica

Asl e ospedali sempre più lumaca, con tempi di attesa aumentati in media di sette giorni in tre anni e che arrivano ad essere di quasi tre mesi per una visita oculistica e di 96 giorni per una colonscopia, mentre privatamente si ottiene tutto subito e a prezzi persino concorrenziali rispetto ai super-ticket. Con il rischio di creare così una sanità di serie A a pagamento e una di serie B pubblica, «destinata a impoverirsi sempre più perché se il privato sottrae risorse con un offerta rapida e low cost, Asl e Ospedali incamerano meno sostenendo sempre gli stessi costi per personale e

strutture», fa notare Federico Spandonaro, direttore del Crea dell'Università Tor Vergata di Roma. L'Istituto che per conto della Cgil-Fp ha condotto la nuova indagine su tempi d'attesa e costi delle prestazioni sanitarie. Una rilevazione condotta su oltre 26 milioni di assistiti residenti in Lombardia, Veneto, Lazio e Campania, che rappresentano il 44% della popolazione italiana.

I tempi medi di attesa nel pubblico per una visita oculistica sono oramai di 88 giorni, 55,6 per una ortopedica.

Va ancora peggio per gli accertamenti diagnostici. Se per un'ecocardiografia ci vogliono 70 giorni, per una colonscopia si superano i tre mesi. Poco meno per una gastroscopia, mentre per un ecodoppler venoso alle gambe si chiede di attendere 74 giorni. Tanto per capire, il Piano nazionale per le liste d'attesa fissava i tempi massimi in 72 ore per le prestazioni da eseguire a breve termine, 10 giorni per quelle differibili, 30 giorni per le visite e 60 per gli accertamenti «programmabili». E la situazione va peggiorando di anno in anno. Tanto per fare un esempio, i tempi di attesa medi per una visita oculistica sono

aumentati di ben 26 giorni in soli tre anni e di 20 giorni per un controllo dall'ortopedico.

Tutta un'altra musica quando si è disposti ad aprire il portafoglio. In regime di intramoenia, ossia privato ma dentro Asl e ospedali pubblici, la colonscopia si fa in poco più di 6 giorni anziché 96, un'ecocardiografia in 5 anziché 70 giorni. Più o meno lo stesso avviene nel privato non convenzionato. Leggi nazionali e regionali dicono che l'attività privata dentro le strutture pubbliche non dovrebbe andare a discapito di tempi di attesa per chi non può pagare per accorciare i tempi. Ma evidentemente le cose vanno in altro modo.

Poi ci sono le solite differenze regionali, con il Lazio che registra mediamente tempi di attesa più lunghi. Anche se nella pur efficiente Lombardia per una eco alla tiroide si attende 110 giorni.

Il bello è che in cambio di un'offerta in tempi lampo i prezzi nel privato non è che siano poi così più alti rispetto al pubblico, dove i super-ticket fanno sentire il loro peso. Una radiografia a braccia o gambe sta sui 42 euro, poco più dei 36 che bisogna pagare alla cassa delle Asl in regime di rimborsabilità. Stesso discorso vale per la spirometria ed altri accertamenti minori. Prezzi competitivi che per i curatori del rapporto «rischiano di far soccombere l'Ssn».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Il confronto



Fonte: Crea (Consorzio per la ricerca economica applicata) - **CENTIMETRI** - LA STAMPA

LO STUDIO E IL PARAGONE CON IL 2014

Sanità, oltre due mesi per una visita

Nel pubblico attese cresciute del doppio, nel privato solo 7 giorni

■ Quando telefoni al numero verde del servizio sanitario e chiedi una colonscopia ti fissano, solleciti, la visita dopo tre mesi. Provi al centralino di una struttura privata e ti danno di attesa giusto il tempo della preparazione, cinque 5 al massimo sei giorni. Una visita oculistica? Due giorni nel privato, 88 nel pubblico. Una radiografia? Due-tre giorni nel privato, 22,6 nel pubblico.

La gente queste sconfitte sanitarie le vive ogni giorno ma ora sono rafforzate dai numeri di una ricerca che, non solo conferma questi disagi per chi ha bisogno di cure, ma denuncia che la situazione negli ultimi tre anni è addirittura peggiorata. Uno studio dell'Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali, commissionato dalla Cgil e condotto dal centro C.R.E.A. Sanità, ha infatti rilevato che servono, in media, 65 i giorni di attesa per farsi visitare in una struttura pubblica, contro i 7 giorni nel privato e 6 in intramoenia.

Le cose, nell'arco di 3 anni (2014-2017) sono peggiorate. Analizzando 11 prestazioni non urgenti e un largo campione di oltre 26 milioni di cittadini (44% della popolazione) in Lombardia, Veneto, Lazio

e Campania, emerge che i tempi di attesa per una visita specialistica o un esame nella sanità pubblica sono aumentati in media tra 20 e 27 giorni. Se dunque nel 2014 si doveva aspettare 61 giorni per farsi visitare da un oculista ora se ne aspettano 88. Dall'ortopedico si va dopo 56 giorni (tre anni fa erano 56). Per la colonscopia, invece l'attesa sale dai 69 giorni di tre anni fa, ai 96 odierni. La stessa prestazione nel privato a pagamento l'attesa era di 10 giorni, 46 nell'accreditato, 7 in intramoenia, cioè la prestazione fornita privatamente dai medici all'interno dell'ospedale in cui lavorano.

In sostanza il privato batte il pubblico anche, paradossalmente, nei costi visto che in molti casi non sono molto distanti dal ticket pagato nelle strutture pubbliche e private accreditate. Un oculista costa 97 euro nel privato, 98 nell'intramoenia. Lo stesso vale per la visita ortopedica che nel privato ha un costo di circa 103 euro contro i 106 euro dell'intramoenia.

Lo studio ammette dunque che il privato riduce drasticamente i tempi di attesa per prestazioni mediche e, aspetto non secondario, il privato convenzionato garantisce un servizio notevolmente più rapido di quello del sistema pubblico. **ECus**



Lunedì 19 MARZO 2018

Tempi di attesa. "Si fa prima nel privato e costa anche meno". La foto della situazione in quattro regioni scattata dalla Fp Cgil e dal Crea Sanità

***"Il Ssn e continua ad arretrare soccombendo alla concorrenza del privato".
Fotografate le prestazioni mediche di oltre 26 milioni di utenti residenti in Lombardia, Veneto, Lazio e Campania, pari al 44% della popolazione totale. I risultati dello studio 'Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali', condotto da Crea, commissionato dalla Funzione Pubblica Cgil e dalla Fondazione Luoghi Comuni [IL RAPPORTO](#)***

Il privato "privato" batte il pubblico due a zero? Sarebbe proprio di sì, soprattutto se parliamo di tempi di attesa e anche di rapporto qualità prezzo delle prestazioni. I tempi di attesa per effettuare visite mediche nella sanità pubblica sono infatti sempre più lunghi e in aumento negli anni, con una media di 65 giorni a fronte di un'offerta privata di circa 7 giorni. Soprattutto i costi tra pubblico e privato sono sempre meno distanti, talvolta persino inferiori a quelli dell'intramoenia. La tempestività di accesso sembra una condizione garantita dal Ssn solo per le prestazioni urgenti, mentre è "a pagamento" nei restanti casi.

E così, a conti fatti, la sanità privata diventa sempre più competitiva, puntando sul rapporto qualità/prezzo e accorciando notevolmente, con prezzi di poco superiori al ticket, i tempi di attesa.

È quanto emerge dallo studio 'Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali', condotto da Crea, commissionato dalla Funzione Pubblica Cgil e dalla Fondazione Luoghi Comuni e presentato oggi a Roma.

Sotto la lente sono finite, le prestazioni mediche (senza esplicita indicazione di urgenza) effettuate, dal 2014 al 2017, su oltre 26 milioni di utenti residenti in 4 regioni, Lombardia, Veneto, Lazio e Campania, il 44% della popolazione totale.

Ma vediamo quali sono i dati del primo rapporto Fp Cgil-Crea che, come sottolinea la Fp Cgil, consegna "una situazione dove il Ssn e continua ad arretrare soccombendo alla concorrenza del privato". Bisogna perciò, rileva il sindacato "continuare la mobilitazione per difendere e, allo stesso tempo, potenziare e qualificare il Ssn con un impegno costante per invertire la tendenza al definanziamento e garantire un adeguato livello di occupazione attraverso un piano triennale di assunzioni".

Tempi di attesa. Dallo studio sono emersi tempi di attesa nella Sanità pubblica estremamente lunghi, a fronte di un'offerta "privata" molto più celere. Nel 2017 i tempi medi di attesa per effettuare una visita medica attraverso il Ssn sono stati di 65 giorni nel pubblico a fronte di 6 nell'intramoenia, 7 nel privato e 32 per il privato convenzionato.

E così sul fronte dell'offerta pubblica si va da 22,6 giorni per una Rx articolare a 96,2 per una Colonscopia. Le stesse prestazioni registrano in intramoenia attese di 4,4 giorni per l'Rx articolare e di 6,7 per una Colonscopia; e rispettivamente di 8,6 e 46,5 giorni nel privato convenzionato; infine di 3,3 e 10,2 giorni nel privato a pagamento.

E ancora, nell'arco degli anni, si assiste anche a un trend in aumento dei tempi di attesa. Per visita oculistica nel pubblico si è passati da circa 61 giorni di attesa nel 2014 agli attuali 88 (ben 26 giorni in più in 3 anni), mentre nel privato a pagamento, lo scorso anno, si registravano soli 6 giorni di attesa. Quanto invece alla stessa visita oculistica condotta in intramoenia l'attesa lo scorso anno era di 7 giorni mentre nel privato convenzionato 55.

Per una visita ortopedica nel pubblico invece, nel 2014, i giorni di attesa erano 36, oggi sono 56 (+20 giorni); guardando al solo 2017, nel privato a pagamento le attese sono state di 6 giorni, lo stesso anche in intramoenia, mentre nel privato accreditato si arriva a 27 giorni.

I tempi di attesa sono cresciuti anche per la colonscopia. Nel pubblico si è passati dai 69 giorni nel 2014 ai 96

giorni del 2017 (+27 giorni). Ma sempre lo scorso anno nel privato a pagamento l'attesa era di 10 giorni, in intramoenia di 7 e nell'accreditato di 46 giorni. "Emerge dunque con evidenza come il privato - si legge nel rapporto - riduca drasticamente i tempi di attesa per prestazioni mediche e come anche il privato convenzionato garantisca un servizio notevolmente più rapido a quello del sistema pubblico degli ultimi anni".

Costi . Per quanto riguarda i costi sostenuti dai pazienti, rilevati solo per intramoenia e privato a pagamento, dallo studio Crea e Funzione Pubblica Cgil emerge che "risultano mediamente abbastanza consistenti, ma in molti casi non molto distanti dal costo del ticket pagato nelle strutture pubbliche e private accreditate". Un aspetto interessante da notare è come i costi del privato talvolta siano persino inferiori a quelli dell'intramoenia. Un esempio? La visita oculistica, nella sanità privata, nel 2017 si sono spesi circa 97 euro a fronte dei 98 euro dell'intramoenia. Lo stesso vale per la visita ortopedica che nel privato ha un costo di circa 103 euro contro i 106 euro dell'intramoenia.

Conclusioni . Funzione Pubblica Cgil: "Continua la nostra mobilitazione per difendere, potenziare e qualificare il Ssn". "La sanità privata fa riferimento all'offerta pubblica per calibrare la propria e rendersi competitiva, puntando sul rapporto qualità/prezzo e dunque accorciando notevolmente, con prezzi di poco superiori al ticket, i tempi di attesa", osserva la Fp Cgil a commento dei dati che emergono dal report. Quanto alle prestazioni in regime Ssn, spiega la Fp Cgil, queste hanno "tempi di attesa molto alti e in incremento negli anni, laddove per quelle a pagamento i tempi di accesso sono al contrario molto ridotti"; mentre i costi, al contrario, "risultano molto vicini tra pubblico e privato". Infine, la tempestività di accesso "sembra una condizione garantita dal Sistema sanitario nazionale solo per le prestazioni urgenti, mentre è 'a pagamento' nei casi restanti".

Si registra quindi, osserva ancora la Funzione Pubblica Cgil, "un disallineamento tra le aspettative dei cittadini e i tempi di attesa dell'offerta pubblica, così come tra i costi e il valore di mercato delle prestazioni. Di conseguenza, le poco sostanziali differenze di prezzo e le lunghe liste di attesa hanno incentivato lo sviluppo di un'offerta privata di servizi spesso concorrenziale con quella pubblica, per costo e tempi di risposta". In altre parole, "la Sanità privata ha trovato un suo specifico posizionamento derivante dalle inefficienze del pubblico". Lo studio, quindi, ci consegna, "una situazione dove il Servizio Sanitario Nazionale continua ad arretrare soccombendo alla concorrenza del privato". Per queste ragioni, conclude la Funzione Pubblica Cgil, "continua la nostra mobilitazione per difendere e, allo stesso tempo, potenziare e qualificare il Servizio sanitario nazionale. L'impegno costante per invertire la tendenza al definanziamento e garantire un adeguato livello di occupazione attraverso un piano triennale di assunzioni".

Regioni.

Ma quali sono gli scenari nelle 4 Regioni sotto la lente? In generale, la Campania è la Regione in cui la "copertura" da parte di personale di strutture Pubbliche (o equiparate) del Ssn è minore; segue il Lazio con 11,1, ancora sotto la media nazionale; quindi segue la Lombardia con 11,7 (praticamente pari alla media) e il Veneto con 13,6, che è una delle Regioni a statuto ordinario con Più personale pubblico. La Campania, si conferma anche la Regione con la maggiore quota di privato, seguita dal Lazio (0,91) e dalla Lombardia (0,83); mentre il Veneto con 0,26 letti privati accreditati ogni 1.000 residenti è seconda solo alla Liguria, confermandosi Regione con un netto primato del "pubblico".

Tempi di attesa. Passando al dettaglio regionale sui tempi di attesa per le varie prestazioni nel pubblico. Il Lazio, in particolare, si contraddistingue per tempi particolarmente lunghi specie per alcune prestazioni (ad esempio gastroscopia e colonscopia). Ma non mancano casi di attese particolarmente lunghe anche in Lombardia (ad esempio per la ecografia tiroidea) e in Campania (ad esempio per la visita oculistica). Invece in intramoenia i tempi di attesa, già bassi nella media, presentano differenze tra le Regioni decisamente contenute.

Per quanto riguarda le strutture private accreditate si registrano nuovamente tempi decisamente lunghi e anche differenze molto significative, soprattutto tra i tempi particolarmente lunghi relativi ad alcune prestazioni della Lombardia e della Campania. Alcuni dati su tutti, i 63 giorni della colonscopia in Lombardia o i 52 della gastroscopia sempre in Lombardia, o i 90 giorni della coronarografia in Campania.

Ancora nelle strutture private, per le prestazioni a pagamento pieno la situazione è simile all'intramoenia: tempi di attesa brevi e differenze limitate.

I costi. Per quanto riguarda il confronto della spesa sostenuta dal paziente in intramoenia nelle 4 regioni sottoposte ad analisi si registrano costi mediamente più sostenuti in Lombardia, fino al picco dei 490 euro per la coronarografia, e valori mediamente più bassi in Campania e nel Lazio. Una visita oculistica in Lombardia costa

20/3/2018 Tempi di attesa. "Si fa prima nel privato e costa anche meno". La foto della situazione in quattro regioni scattata dalla Fp Cgil e dal Crea Sa...
117,1 euro, in Veneto 104,1, nel Lazio 84,5, e 80,7 euro in Campania. Una visita ortopedica in Lombardia costa 115,6 euro, in Veneto 112,6, nel Lazio 100, e 95 euro in Campania.

4 Influenza

Uno studio Usa collega l'efficacia universale del

vaccino al sistema immunitario. E, mentre si fanno i bilanci di una stagione record, si scopre che in Italia ha funzionato solo uno di quelli disponibili

Influenza 2017-2018

Ma il vaccino ha funzionato?

Uno studio riapre le polemiche
Mentre si fa il bilancio di stagione

di ANNA RITA CILLIS

La verità sull'efficacia dei vaccini antinfluenzali potrebbe essere nascosta (anche) nel nostro sistema immunitario. E nei virus in circolazione. A ipotizzarlo è un nuovo studio dei ricercatori delle università di Chicago e Harvard, pubblicato poche settimane fa sulla rivista *Clinical Infectious Diseases*. Altri lavori avevano suggerito che a indebolire l'efficacia dei presidi antinfluenzali potesse essere il metodo di produrli, che utilizza le uova per coltivare i virus usati per indurre l'immunità nei vaccinati. Ma per l'équipe dei due atenei statunitensi a decidere quanto un vaccino ci protegge è anche il nostro sistema immunitario che combatte contro infezioni e cellule nemiche.

Il lavoro americano getta una nuova luce anche sugli eventi di quest'anno: l'influenza è stata più contagiosa che in altre stagioni – non era tanto aggressiva da ben quindici anni secondo gli esperti – scatenando non poche polemiche proprio sull'efficacia dell'immunizzazione farmacologica. La colpa, quindi, potrebbe non essere legata, solo, alla scelta del vaccino acquistato dalle Regioni e somministrato dai medici di famiglia oppure dei metodi con cui è stato prodotto. Sarah Cobey dell'Università di Chicago e autrice principale dello studio ha spiegato che «le mutazioni nelle uova hanno effetti variabi-

li, a volte contano e a volte no». Ma per la studiosa «quello che sembra fare la differenza», secondo quanto emerso dallo studio «è la storia immunitaria» di ciascuno di noi. Nel duello tra noi e i virus potrebbe quindi entrarci il cosiddetto “peccato antigenico originale”. Ovvero quel gioco in cui il sistema immunitario gareggia con armi obsolete e ha difficoltà ad adattarsi.

Un esempio? Dopo aver incontrato un ceppo virale, e poi uno nuovo collegato al primo, il sistema immunitario potrebbe produrre anticorpi contro il primo ma non contro il secondo. Che prenderebbe così il sopravvento facendoci ammalare. Anche se ci siamo vaccinati.

«Le difese immunitarie hanno un ruolo fondamentale, come sempre», commenta Giovanni Rezza, direttore del Dipartimento di malattie infettive dell'Istituto superiore di Sanità. Che però aggiunge: «Si tratta al momento di uno studio che dovrà essere approfondito. Oggi altre ricerche stanno indagando su quanto l'efficacia del vaccino sia invece imputabile proprio alla produzione dei virus attraverso le uova, ed esistono anche altri studi che stanno sperimentando vie alternative per la coltura». In ogni caso, mentre si continua a discutere di efficacia dei vaccini, la stagione influenzale, sorprese a parte, sta per chiudersi. Ma non senza polemiche: soprattutto dopo aver messo a letto quasi otto milioni

di italiani. Alcuni, nonostante si fossero vaccinati.

«C'è stato un errore di valutazione – ammette Rezza – l'Oms nel febbraio scorso nelle sue raccomandazioni indicava due ceppi del virus dell'influenza di tipo B, ma uno di quelli indicati in realtà non ha circolato ed è stato sostituito da un ceppo diverso».

Quindi si è salvato, per lo più, chi si era fatto vaccinare con il «quadrivalente o col tipo di tetravalente che conteneva anche il virus che alla fine ha avuto il sopravvento». Ma non è tutto: a decidere se ci ammaleremo o no, continua Rezza è «anche il tempo di esposizione ai virus e sono le risposte individuali, come l'età». Insomma alla fine entrano in gioco diversi fattori. E, tra l'altro, riprende l'epidemiologo, «non si può prevedere l'espansione di una epidemia, perché i protagonisti che entrano in gioco a volte sono a sorpresa e possono essere diversi da quelli ipotizzati fino a quel momento. Si può però contenere la diffusione dei virus».

Ed è questo uno dei ruoli dei vaccini, anche dell'antinfluenzale. Perché, aggiunge Rezza «non esistono, d'inverno solo i virus influenzali, ma anche i parainfluenzali e tanti altri tanti ancora».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bambini

Dopo i tre mesi è efficace

Una delle categorie più a rischio per le complicanze dell'influenza, con importanti ricadute sia sociali sia sull'uso degli antibiotici, sono i bambini

dai sei mesi in poi, per i quali è infatti raccomandata la vaccinazione. *The Lancet Child & Adolescent Health* pubblica ora i dati del primo studio clinico di fase III che ha valutato, proprio nei bambini dai sei ai 35 mesi, i risultati del vaccino quadrivalente

inattivato Fluarix Tetra contro l'influenza A e B, già impiegato dopo i tre anni. La ricerca ha coinvolto oltre 12 mila bimbi di 13 Paesi in Europa, America Centrale e Asia, nell'arco di quattro anni: ovvero tra il 2011 e il 2014. E ha scoperto che il vaccino si è dimostrato

valido (circa 63 per cento di efficacia) soprattutto nel prevenire i casi da moderati a severi, oltre che quelli di qualsiasi grado di severità (circa il 50%)

—tiziana moriconi

LO STUDIO



I magnifici 10

Uno studio dell'Iss — pubblicato sulla rivista *Vaccine* — ha preso in esame un lasso di tempo che va dal 1900 al 2015 e le dieci principali vaccinazioni introdotte in Italia. Ne è emerso che sono stati evitati quattro milioni di casi e migliaia di morti

Diagnosi precoce

Caccia al test che lo scopre 20 anni prima

Ci sono sostanze che segnalano le anomalie nel cervello

di AGNESE CODIGNOLA

Le notizie più interessanti sull'Alzheimer delle ultime settimane riguardano un obiettivo rincorso da decenni: quello dei biomarcatori precoci della malattia, cioè di sostanze che possano segnalare la presenza delle prime anomalie anche quando non ci sono sintomi, permettendo così di mettere in atto tutte le possibili contromosse. E lo studio più importante giunge da *Nature*, dove un gruppo nippo-australiano ha riportato i risultati ottenuti con un test che si è rivelato in grado di predire la malattia anche 20 anni prima del suo esordio. In sintesi, l'esame consiste in un'identificazione immunologica accoppiata a una tecnica chimica (una spettrometria di massa) di diverse frazioni della beta amiloide e del loro anda-

mento nel tempo, da effettuare nel sangue. Ebbene: nel 90% dei casi l'esame del sangue delle frazioni di beta amiloide, che è anche economico e facilissimo da eseguire, aveva dato il giusto responso, identificando i malati molto tempo prima che iniziassero a vedersi deficit cognitivi, perdita dell'udito o dell'olfatto e agli altri segni premonitori.

Diverso è il test in studio all'Istituto Neurologico Besta di Milano, che sta verificando l'efficacia predittiva dell'amplificazione di pochissime copie di alcune proteine con anomalie specifiche, secondo una tecnica chiamata appunto protein misfolding cyclic amplification (Pmca). Se fosse confermata, la Pmca offrirebbe anche un altro vantaggio, come sottolinea Fabrizio Tagliavini, direttore

scientifico del Besta. «Negli ultimi anni gli studi che indagano i meccanismi molecolari alla base della malattia hanno prodotto indizi significativi del fatto che le proteine patologiche coinvolte, cioè la beta amiloide e la tau, possano dare vita a quadri clinici eterogeni della malattia. Test a elevatissima sensibilità molecolare potrebbero permettere di distinguere tra le diverse forme di Alzheimer, da curare, in futuro, con terapie più mirate». Insomma, anche l'Alzheimer potrebbe essere trattato con medicina di precisione. E naturalmente anche nel caso della Pmca, se i risultati fossero positivi, si potrebbe pensare a un utilizzo su vasta scala, per esempio come strumento di primo screening.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prevenzione

Fatti proteggere dalle lingue

Parlare una o più lingue oltre a quella materna ha un effetto protettivo nei confronti dei deficit cognitivi e delle demenze. E, probabilmente, attenua gli

effetti della malattia, che procede più lentamente. Lo dimostra uno studio pubblicato su *Neuropsychologia* dai ricercatori dell'università Concordia di Montreal, in Canada, che hanno sottoposto a risonanza magnetica una trentina di pazienti con difetti cognitivi lievi (Mci) che

memoria e al linguaggio) più spesso, mentre la densità delle aree sottostanti era migliore per i multilingui solo nel caso di Mci, ma non di demenza, a conferma del fatto che gli stadi iniziali di malattia sono quelli in cui si vede bene un eventuale effetto protettivo.

— a.c.

non avevano mai imparato nessuna lingua e altrettanti che invece ne parlavano due o più, e poi hanno ripetuto i test su 13 malati di Alzheimer di controllo e 13 multilingui. La differenza è risultata molto chiara: coloro che avevano imparato altre lingue avevano una corteccia (nelle zone associate alla