



## **RASSEGNA STAMPA**

### **17-09-2019**

1. REPUBBLICA Iss: nessun piano su un'eventuale stretta alle sigarette elettroniche
2. REPUBBLICA Sigarette elettroniche fate smettere i vostri figli
3. QUOTIDIANO SANITA' Screening mammografico. Poco utile nelle over 75 con patologie croniche
4. REPUBBLICA Ministro non trascuri i medici di famiglia
5. QUOTIDIANO DEL SUD Sanità, il buco è colpa del nord
6. QUOTIDIANO SANITÀ Spesa sanitaria. Dieci anni di tagli hanno fatto finire l'Italia sotto la media Ue
7. LA VERITA' Sanità bancomat di governo: così in 10 anni è stato compromesso il sistema nazionale
8. QUOTIDIANO SANITÀ Morbillo. Ecdc: "Francia e Italia i paesi con il maggior numero di casi negli ultimi 12 mesi"
9. AVVENIRE Nell'Italia a corto di farmaci serve ascoltare di più i pazienti
10. ADN KRONOS Salute: studio, obesità aumenta di 6 volte rischio diabete
11. AGI Un 'etilometro' nasale fiuterà i batteri e ci eviterà gli antibiotici quando non servono
12. STAMPA "Stop all'invecchiamento" I test che riportano indietro l'orologio biologico

[https://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2019/09/16/news/iss\\_nessun\\_piano\\_su\\_eventuale\\_stretta\\_alle\\_sigarette\\_elettroniche-236142536/](https://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2019/09/16/news/iss_nessun_piano_su_eventuale_stretta_alle_sigarette_elettroniche-236142536/)

## Iss: nessun piano su un'eventuale stretta alle sigarette elettroniche



*L'Istituto Superiore di Sanità interviene dopo notizie di stampa. Intanto lo stato di New York invita le autorità sanitarie a vietare quelle aromatizzate, eccetto quelle al tabacco e al mentolo*

**ROMA** - Se negli Stati Uniti le sigarette elettroniche aromatizzate sono vicine ad essere vietate, in Italia non c'è questo rischio. Almeno per ora. Parola dell'[Istituto superiore di Sanità](#). Sulle sigarette elettroniche "non esiste alcun Piano Iss in cui è prevista 'una stretta in arrivo sulle e-cig'", precisa l'Istituto in seguito a notizie di stampa. "L'Istituto, in quanto organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale - si legge nella nota dell'Iss - supporta la definizione di piani e azioni riguardanti la Salute Pubblica a sostegno di Regioni e ministero della Salute. Qualsiasi strategia o sviluppo di un Piano nazionale non può che vedere l'Iss operare a supporto di essi". L'Istituto Superiore di Sanità sottolinea inoltre, in merito alle parole di un'esperta comparse sulla stampa, che "le dichiarazioni della dottoressa **Roberta Pacifici** sui rischi della sigaretta elettronica non si riferiscono ad alcun piano nazionale o regionale ma riguardano la posizione più volte espressa dall'Istituto sull'opportunità di attuare allo stato attuale delle conoscenze un principio di cautela riguardo l'utilizzo di questi dispositivi".

Tutt'altra situazione negli Stati Uniti, ove ieri il governatore democratico dello stato di New York **Andrew Cuomo** ha annunciato che darà disposizione ai dirigenti sanitari di mettere al bando le sigarette elettroniche aromatizzate, citando i rischi per i giovani. Cuomo ha spiegato che il

commissario alla sanità statale farà una raccomandazione la prossima settimana al consiglio preposto al settore. Il Consiglio, a sua volta, potrà emettere norme di emergenza che potrebbero entrare in vigore nel giro di due settimane. Il bando, ha precisato Cuomo, non riguarderebbe le e-cig al tabacco e aromatizzate al mentolo. Il governatore ha già firmato all'inizio dell'anno una legge che aumenta a 21 anni l'età per fumare nello stato di New York.

Ma un po' in tutti gli States le sigarette elettroniche aromatizzate sono sotto la lente d'ingrandimento. Un prodotto che sta conquistando sempre più giovani, ed è già responsabile dell'intossicazione di 41 persone solo a New York, [mentre nel Paese 7 decessi](#) sono stati imputati a sigarette elettroniche. L'ex sindaco di New York **Michael Bloomberg**, con la sua iniziativa lanciata da Philantropies mira a mettere al bando le sigarette elettroniche aromatizzate, a contrastarne il marketing e a sospendere la loro vendita online finché le società del settore non miglioreranno le misure per verificare l'età dei loro clienti. E per farlo ha annunciato lo stanziamento di 160 milioni di dollari. "Le aziende che producono sigarette elettroniche e le compagnie di tabacco che le supportano, stanno predando i giovani degli Stati Uniti", ha denunciato Bloomberg, e "il risultato è un'epidemia incontrollata, che mette i giovani a rischio di dipendenza e di gravi problemi di salute". A fargli eco dallo studio ovale, il presidente Donald Trump: "Voglio che i genitori sappiano che questa amministrazione si sta prendendo a cuore il problema delle sigarette elettroniche. Possiamo fare qualcosa di molto, molto forte per affrontarlo", ha detto nei giorni scorsi durante un'inattesa conferenza stampa sull'emergenza 'vape' tra i giovani.

## Il fenomeno "svapo" conquista i teenagers

Sigarette elettroniche  
fate smettere i vostri figli • a pagina 10

di Sara Pero

LA DIFFUSIONE DELLE SIGARETTE ELETTRONICHE TRA GLI UNDER 18

# Fatevi smettere

Il fenomeno "svapo" spopola fra i teenager. Un'abitudine che riguarda quasi il 20% dei giovani italiani fra i 13 e i 15 anni

E che non va sottovalutata perché sappiamo ancora poco sui danni

**Non lasciando odori  
è difficile per i  
genitori capire  
se il figlio ne fa uso**

**Se diventa  
una consuetudine  
il pericolo può essere  
una vera dipendenza**

**I primi ad essere  
sensibilizzati sul  
tema devono essere  
proprio gli adulti**

di Sara Pero

**S**e fino a qualche tempo fa per stanare il vizio del fumo tra i ragazzi bastava prestare attenzione al forte odore lasciato dalle sigarette tradizionali nelle loro camere, adesso, con le e-cig tutto cambia. E il genitore deve trasformarsi una specie di 007. Capire se il figlio "svapa" non è scontato, molti di questi dispositivi elettronici sono talmente simili a delle penne usb per il computer da non destare alcun sospetto. Ma esistono altri indizi: se il ragazzo passa molto tempo in bagno o in camera da letto, se fa uscite brevi e frequenti, o chiede troppi soldi, forse "svapa". Un'abitudine che riguarda quasi il 20% dei giovani italiani fra i 13 e i 15 anni di età (dati del Global Youth Tobacco Survey, indagine Oms).

«Negli ultimi anni nel nostro Paese è aumentato a dismisura – spiega Roberta Pacifici, direttore del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto superiore di sanità – il consumo individuale dei liquidi contenenti nicotina per le e-cig. Un'abitudine che se presa in tenera età facilita anche lo sviluppo di una forte dipendenza. Dopo avere iniziato a fumare ci vogliono mediamente 20 anni prima che si sviluppi, per svariati motivi, una certa esigenza a dire basta a questa abitudine».

Se la sigaretta elettronica diventa un'abitudine, il rischio può essere una vera e propria dipendenza.

«Riguarda per lo più il gesto e il senso di piacere che procura fumare nel caso di dispositivi senza nicotina, mentre quando si fa uso di e-cig contenenti anche nicotina, la dipendenza assume anche caratteristiche fisiche», spiega Federica Mazzeo, psicologa e psicoterapeuta dell'Ordine degli Psicologi del Lazio, esperta di dipendenze e minori. E aumentano anche le probabilità di diventare dipendenti anche da altre sostanze, come la cannabis. «La marijuana viene consumata – come fa notare Pacifici – da circa la metà dei giovani che utilizzano occasionalmente o abitualmente la nicotina».

Ma si tratta di un problema che può essere trattato efficacemente con l'aiuto dei numerosi centri antifumo in Italia: «Oltre il 20% delle persone che si rivolgono al telefono verde per intraprendere un percorso di disassuefazione dal fumo – continua Pacifici – ha tra i 18 e i 25 anni, il 7% non ha ancora compiuto la maggiore età». Certamente l'adolescenza è un periodo particolare, e non è facile aiutare i ragazzi a smettere di fumare: «Molto spesso – spiega Mazzeo – l'adolescente non si rende conto dei rischi riguardanti la salute, che anche le e-cig comportano, sebbene siano un prodotto più giovane e meno studiato al momento rispetto alle sigarette tradizionali».

Comprendere i motivi per cui il proprio figlio ha iniziato a fumare è il primo passo da compiere per aiutarlo a smettere. Il più delle volte infatti i ragazzi prendono que-

sta abitudine per soddisfare quel senso di appartenenza al gruppo di amici che magari già fuma, o affermare in qualche modo la propria personalità. «O anche per emulare le persone più grandi – spiega Mazzeo – interpretando alcuni comportamenti degli adulti come vincenti, anche quando in realtà non lo sono».

Ma i primi a dover essere sensibilizzati sul tema del fumo sono proprio i genitori, che il più delle volte pensano di regalare il dispositivo elettronico ai propri figli, credendo che il danno delle e-cig sia minore rispetto a quello delle sigarette tradizionali. «Niente di più sbagliato. L'unica utile strategia è quella – fa notare Pacifici – di chiedere aiuto ai centri antifumo se necessario, e ragionare insieme ai propri figli facendo un discorso alla pari sui rischi effettivi di queste abitudini, sia per la salute che per l'ambiente. Perché non cavalcare, ad esempio, il recente interesse dei giovani nei confronti dell'ecologia, spiegando loro che le batterie delle e-cig inquinano molto? E poi bisogna agire in maniera pratica, ad esempio, vietando il fumo dentro casa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Le regole



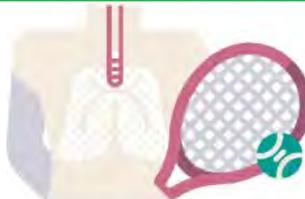
### **Vietare il fumo in casa**

Essere chiari dall'inizio: no al fumo dentro casa e dare il buon esempio



### **Parlarne direttamente**

Affrontare il problema ma senza atteggiamenti accusatori o allarmati



### **Spiegare le ripercussioni**

Gli effetti negativi sulla salute, dalle prestazioni sportive a quelle sessuali



### **Chiedere aiuto**

Se necessario, contattare i centri antifumo per iniziare un percorso contro le e-cig



### **Puntare sull'educazione**

Specialmente nelle scuole, dando spazio a testimonial, come i giovani atleti

## L'allarme

### **Attenzione al fai-da-te non si tratta di un gioco**

Attenzione al fai da te. Normalmente nello "svapo" possono essere presenti acqua, aromi alimentari, glicole propilenico e glicerolo, oltre ovviamente alla nicotina, presente in molti dispositivi. Ma ci sono casi in cui la sigaretta elettronica diventa un mezzo per inalare

composti molto diversi, magari anche nella logica di migliorare il benessere: qualche tempo fa si "svapavano" anche fiori di Bach. Per questo gli esperti ricordano l'importanza di utilizzare solamente prodotti di qualità e di non pensare a soluzioni "personali" in termini di

composti. Lo strumento vede come fondamentali l'atomizzatore, l'inalatore che serve a far produrre il vapore e la batteria. Quando si vuole "fumare" bisogna aver caricato l'atomizzatore che, grazie alla batteria, scalda il liquido che viene prodotto e inalato.

[http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=76920](http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=76920)

## Screening mammografico. Poco utile nelle over 75 con patologie croniche

*Uno studio statunitense ha evidenziato come le over75 abbiano un rischio superiore di 90 volte di morire per altre cause rispetto al decesso per cancro al seno. **Un dato che pone in discussione l'utilità dell'accesso allo screening mammografico da parte di questa fascia di popolazione***



**16 SET - (Reuters Health)** – Un ampio studio USA certifica la non utilità dello screening mammografico nelle donne over75 con problemi di salute cronici. I ricercatori – guidati da **Dejana Braithwaite**, ricercatrice presso il Lombardi Comprehensive Cancer Center alla Georgetown University di Washington – hanno esaminato i dati relativi 222.088 donne che avevano effettuato almeno uno screening mammografico tra il 1999 e il 2010, quando avevano tra i 66 e i 94 anni.

La maggior parte delle donne è stata seguita per almeno nove anni. Durante lo studio, 7.583 donne (circa il 3%) hanno ricevuto una diagnosi di carcinoma mammario invasivo e 1.742 donne (meno dell'1%) quello di neoplasia pre-invasiva note come carcinoma duttale in situ (Dcis). 471 donne sono morte di cancro al seno durante lo studio, 42.229 sono morte per altre cause.

“Ciò significa che le donne hanno una probabilità 90 volte maggiore di morire per cause diverse dal cancro al seno”, scrivono i ricercatori sul Journal of National Cancer Institute. “Avere più malattie croniche aumenta il rischio di morire per cause non legate al cancro al seno, mentre non ha alcun impatto sul rischio di cancro al seno o sulla morte per questo tipo di tumore – sottolinea Dejana Braithwaite,– Questo è un grosso problema: mentre le donne più giovani potrebbero avere un motivo più giustificabile per sottoporsi a screening mammografici per rilevare il cancro al seno, perché il loro rischio di morire per altre cause è relativamente basso, questo non vale per le donne più anziane, in particolare per quelle con una o più malattie croniche”.

Le donne di età compresa tra 75 e 84 anni hanno avuto 123 volte più probabilità di morire per cause diverse dal cancro al seno; questa stima è stata ancora più elevata tra le donne di età pari o superiore a 85 anni. Il rischio a 10 anni di morire di cancro al seno è stato piccolo e non è variato per età; è rimasto pressoché invariato tra i 66 e i 94 anni, rappresentando solo lo 0,2% -0,3% di tutti i decessi registrati nello studio.

Al contrario, il rischio di morire per altre cause è aumentato con l'età e cresciuto con ogni ulteriore problema medico cronico che le donne hanno avuto.

La United States Preventive Task Force ha osservato che non ci sono prove sufficienti per fornire raccomandazioni a favore o contro lo screening nelle donne over75. Molti programmi per il carcinoma mammario in Europa interrompono lo screening quando le donne di trovano tra i 69 e i 74 anni.

Negli Stati Uniti molte donne tra gli 80 e i 90 anni ottengono ancora screening mammografici.

“Il nostro studio ha incluso un gran numero di donne anziane che probabilmente non trarranno beneficio dallo screening mammografico – conclude Braithwaite – È improbabile che le donne di età pari o superiore a 75 anni con malattie croniche possano beneficiare di mammografie continue. Tuttavia, questi risultati sottolineano la necessità di strategie di screening più personalizzate, invece di ampie raccomandazioni”.

## PERISCOPIO

Sanità e salute  
oltre la notizia*Ministro  
non trascuri  
i medici  
di famiglia*

di Daniela Minerva

**I**l nuovo ministro della Salute Roberto Speranza, già nella prima riunione del consiglio dei ministri del Conte bis, ha messo sul piatto la questione dell'assunzione di nuovi medici. Necessari come sappiamo. In questo spazio abbiamo detto già che i medici non ci sono perché non ci sono abbastanza posti (retribuiti) nelle scuole di specialità, unica porta di accesso alla professione. In questo quadro bisogna però che il ministro Speranza tenga conto di una criticità nella criticità: la progressiva estinzione dei medici di famiglia cosa che, in una sanità virtuosa centrata sul cosiddetto "territorio" che porta la salute vicino ai cittadini e fuori il più possibile dagli ospedali, è un vero disastro. Il fatto è che da qui al 2028 perderemo per strada altri 33.392 medici di famiglia, a oggi quasi impossibili da rimpiazzare giacché accederanno ai corsi che li formano solo 11.000 giovani a fronte degli oltre 33.000 dottori che andranno in pensione (dobbiamo questi dati al professor Pier Mannuccio Mannucci, già direttore scientifico del Policlinico di Milano e tra i medici più rispettati in Italia). L'accesso alla professione di medico di famiglia avviene attraverso una formazione (l'equivalente della specialità)

fatta dalle regioni che rilasciano il "diploma di formazione specifica in medicina generale". Ma, se già le borse di studio per le "specialità" sono poche e scarse, queste per i medici di famiglia lo sono ancora di più (l'emolumento mensile è circa la metà di quello degli specializzandi) per cui i ragazzi non la vedono come una buona opportunità, così i migliori vanno altrove. Non solo: sempre Mannucci ci manda i risultati di un'indagine lombarda che dimostra come mentre i giovani dottori pensano che siano la clinica e il rapporto col malato il cuore della medicina generale, chi li forma li tempesta di istruzioni amministrative e di gestione di tempi e budget. Un palese incongruo che demotiva i neodottori e induce un'idea della medicina generale ben diversa da quello che deve essere. Non stupisce che gli italiani spesso vedano dal medico di famiglia come uno che scrive ricette. Né che il sogno (peraltro trascritto in norme approvate) di una medicina che vada vicino ai malati - liberando gli ospedali dall'afflusso di persone che non hanno bisogno dei loro interventi specializzati (e costosi) - non diventi realtà.

*Direttore di "Live", il mensile  
per stare bene secondo la scienza*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**ESCLUSIVO/Il rapporto della Corte dei conti sulla finanza pubblica**

# SANITÀ, IL BUCO È COLPA DEL NORD

*E la Ragioneria generale dello Stato rivela le mani sul Mezzogiorno: scippati 5 miliardi dal Fondo di Coesione e destinati a oneri diversi*

di DAMIANI e SALA alle pagine II, III e IV

LA BANDA DEL BUCO

## SANITÀ IN ROSSO, LA COLPA È DEL NORD NEL 2018 BRUCIATI PIÙ DI 127 MILIONI

*Il rapporto della Corte dei Conti*

*accusa Piemonte, Liguria e Toscana*

*Per le regioni del Sud risorse molto più scarse. Risultato: l'aspettativa di vita cala*

### IL DIVARIO

Per le regioni meridionali, la spesa sanitaria si ferma al di sotto della media nazionale

### INVESTIMENTI

La decrescita nell'ambito sanitario tocca soprattutto il Sud

### di VINCENZO DAMIANI

**A** peggiorare i conti, aumentando il "rosso" nei bilanci del comparto sanitario, sono soprattutto le Regioni del Nord: è quanto emerge dal "Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica" approvato lo scorso maggio dalla Corte dei Conti. «Nel 2018 - scrivono i giudici contabili - i risultati di eser-

cizio (senza considerare i contributi aggiuntivi disposti a livello regionale per la garanzia dei Lea) sembrano presentare un seppur limitato peggioramento: le perdite crescono, passando dagli 893 milioni del 2017 a poco più di 1.106 milioni».

### LA FORZA DEI NUMERI

Il peggioramento dei risultati è simile tra Regioni in piano di rientro e quelle non in piano: le prime vedono sa-

lire la perdita da 139,5 a 205 milioni; per le seconde, il deficit globale passa dai 753 milioni del 2017 a poco più di 900 milioni. Però, «il peggioramento dei conti - evidenzia

la Corte dei Conti - è da ricondurre soprattutto alle Regioni a statuto ordinario del Nord, che passano da un avanzo di 38,1



milioni del 2017 a un disavanzo di circa 89 milioni (un andamento essenzialmente dovuto a Piemonte e Liguria che presentano nel complesso un disavanzo di oltre 104 milioni) e alla Toscana (in deficit prima delle coperture per circa 32 milioni).

Dati che rafforzano "L'operazione verità" lanciata dal direttore Roberto Napolitano e portata avanti da aprile dal "Quotidiano del Sud - L'altra voce dell'Italia", operazione sostenuta e citata dal governatore della Puglia, Michele Emiliano, durante il discorso d'inaugurazione della Fiera del Levante, a Bari.

### L'AMMISSIONE DI SALA

Persino il sindaco di Milano, Beppe Sala, sabato scorso, durante il Festival della Comunicazione di Camogli, incalzato sul tema dell'autonomia differenziata ha commentato: «Attenzione, perché la riflessione dovrebbe essere più ampia e partire da un dato di fatto: il regionalismo che è stato concepito negli anni Settanta è stato un fallimento». Ammissione che abbraccia la tesi di Pellegrino Capaldo: le Regioni hanno fallito, meglio abolirle e realizzare nel miglior modo lo Stato unitario.

D'altronde, i numeri parlano chiaro, certificati dalla Corte dei conti: la Toscana, il cui sistema sanitario viene elogiato e preso come esempio virtuoso, nel 2018 ha prodotto un passivo di 32 milioni circa, ancora non coperto; il Piemonte ha avuto un risultato negativo di 51,7 milioni; la Liguria ha coperto il disavanzo di 56,1 milioni con risorse iscritte nel bilancio 2019 per 60 milioni.

Tutto questo mentre al Sud, a parità di popolazione, continuano ad arrivare le briciole del fondo sanitario nazionale e, quindi, le Regioni sono costrette a ridur-

re la spesa sanitaria pro-capite col risultato finale che si sta abbassando sempre più l'aspettativa di vita in Campania, Puglia, Basilicata, Molise, Calabria e Sicilia.

### VITE RUBATE

È sempre la Corte dei conti a scattare questa fotografia nella relazione sulla "Gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali", un report impietoso: non solo cresce il divario tra Nord e Sud, ma i pugliesi - alla pari di campani, calabresi, lucani, siciliani - possono contare su risorse inferiori per curarsi e il primo effetto è che cala l'età media di sopravvivenza.

«Nel 2017 - con qualche lieve variazione rispetto agli anni dal 2012 al 2016 - il 42% del totale delle risorse finanziarie per la sanità è assorbito dalle Regioni del Nord, il 20% dalle Regioni del Centro, il 23% da quelle del Sud, il 15% dalle Autonomie speciali» dicono i giudici contabili. In sostanza, quasi la metà del fondo nazionale finisce nelle casse di poche regioni, quelle del Nord: questo ovviamente comporta un diverso livello di finanziamento dei servizi.

### LE DISEGUAGLIANZE

«Gli indicatori qualitativi e quantitativi sui servizi sanitari regionali - si legge nella relazione della Corte dei Conti - disegnano un sistema con molte diseguaglianze, come dimostrano anche i consistenti flussi di mobilità sanitaria diretti prevalentemente dal Sud verso le Regioni del Nord, mentre la decrescita degli investimenti da parte degli enti sanitari locali, avvenuta nel periodo 2009-2017 (-48%), rallentando l'ammodernamento delle apparecchiature tecnologiche terapeutiche, ha incrementato il tasso di obsolescenza delle infrastrutture, mediamente maggiore al Sud rispetto al Nord, con ricadute sulla qualità delle cure.

Il diritto alla salute è un fondamentale diritto garantito dalla Costituzione, per la cui tutela lo Stato, al fine di assicurare l'eguaglianza su tutto il territorio nazionale nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza (Lea) e tutelare l'unità economica e la coesione sociale del Paese, attua importanti trasferi-

menti di risorse fiscali, a fini perequativi, dai territori economicamente più ricchi a quelli più deboli».

### IL SUD SPENDE MENO

Invece, «nel 2017 la spesa sanitaria che presidia tale diritto, in base ai risultati di esercizio degli enti sanitari, è stata pari a 1.888 euro pro capite, con un'incidenza media nazionale sul Pil del 6,6%».

Tutte le Regioni meridionali spendono meno della media nazionale, in particolare la Campania (1.729 euro), la Calabria (1.743), la Sicilia (1.784) e la Puglia (1.798), mentre la spesa pro capite più alta si registra nelle Province autonome di Bolzano (2.363 euro) e Trento (2.206), in Molise (2.101), Liguria (2.062), Valle d'Aosta (2.028), Emilia Romagna (2.024), Lombardia (1.935), Veneto (1.896).

Insomma, lo Stato spende più per curare i cittadini del Nord e molto meno per quelli del Sud. A questo dato ne va aggiunto un altro: oltre al divario sulla spesa pubblica tra Nord e Mezzogiorno, anche quando sono le famiglie a dover mettere mani ai portafogli per acquistare medicine o sottoporsi ad un esame medico a pagamento la differenza è enorme: «Nel 2017 - si legge nella relazione dei giudici contabili - le risorse pubbliche hanno coperto il 74% della spesa complessiva (152,8 miliardi), mentre la spesa diretta delle famiglie il 26,0% (circa 39 miliardi, di cui 35,9 direttamente pagati dalle famiglie e 3,7 attraverso assicurazioni private).

La spesa sanitaria diretta delle famiglie presenta una notevole variabilità territoriale, essendo direttamente proporzionale al reddito disponibile, che è più alto al centro-nord rispetto al sud, come dimostrano i dati statistici sulla spesa media mensile delle famiglie italiane, che segnalano, nel 2017, che l'out of pocket è stato pari a 141 euro al Nord, 118 al Centro e 98 euro al Sud».

### EFFETTI DEVASTANTI

Insomma, una differenza di quasi 50 euro per ogni residente. L'effetto è devastante: la speranza di vita

media in buona salute alla nascita è pari, per il 2017, a 58,7 anni, ma al Nord è di 60,1 anni, al Centro di 59,7 e nel Mezzogiorno 58,7. Non solo: l'indicatore sulla speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni è pari ad una media nazionale di 9,7 anni, con valori migliori nel Nord (10,5 anni) e nel Centro (10 anni) e peggiori nel Mezzogiorno (8,2).

Per ridare alla sanità del Sud quello che è stato sottratto negli ultimi 15 anni, cercando di recuperare questo gap, bisognerebbe intervenire sui criteri di ripartizione del fondo sanitario e permettere alle Regioni del Mezzogiorno di tornare ad assumere con quel budget in più.

Un più equo meccanismo di attribuzione delle risorse permetterebbe, ad esempio, alla Puglia di ricevere, mediamente, 250 milioni in più all'anno: è la cifra annuale, euro più euro meno, che l'Emilia Romagna, a parità di popolazione, ha incassato in più dal 2005 a oggi. Negli ultimi 13 anni ha ricevuto 3 miliardi in più rispetto alla Puglia, a parità di popolazione, come evidenziato nel rapporto "La finanza territoriale 2018" elaborato da istituti di ricerca economica e sociale di diverse regioni.

Non solo il Sud ha ricevuto, come dimostrato, meno soldi del Nord, ma quasi tutte le regioni del Mezzogiorno - ritrovandosi con i bilanci in rosso - sono state commissariate e non hanno potuto investire in risorse umane e grandi macchinari.

### LO SQUILIBRIO

Tutto questo mentre Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia Romagna, invece, continuavano a spendere e assumere, anche in barba ai vincoli introdotti durante il governo Berlusconi. La legge Finanziaria 2010, infatti, per la prima volta impose un tetto alla

**MANIFESTO PER L'ITALIA/I PUNTI**

spesa per il personale sanitario: ogni regione, fu deciso, avrebbe potuto investire al massimo la stessa somma del 2004 ridotta dell'1,4%. Ostacolo bypassato da Lombardia, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna: nel 2018, rispetto al 2004, al Nord i costi per assumere nuovi dipendenti negli ospedali sono lievitati di oltre il 23%, mentre al Sud solo dell'8,5%. Uno scarto di quasi 15 punti che, nell'ultimo decennio, ha amplificato ulteriormente il divario, spaccando il Paese e creando due sistemi sanitari. Basti pensare che, nel 2017, cinque regioni del Nord (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana) per assumere personale hanno speso 10 volte di più rispetto a 5 regioni del Sud (Abruzzo, Calabria, Campania, Puglia e Molise): 2,96 miliardi contro 247 milioni.

**A** Dare al Sud più infrastrutture efficienti che vuol dire più risorse pubbliche e capacità professionali di spendere bene e presto quelle risorse. La regola Ciampi di destinare al Sud il 45% della spesa in conto capitale mettendo insieme risorse ordinarie e contributi comunitari aggiuntivi, resta l'obiettivo strategico. Un ruolo-chiave a livello centrale - tecnico e strategico - che metta in riga le Regioni e sottragga il Sud allo scippo permanente del Nord attraverso i canali istituzionali territoriali, enti collegati e imprese pubbliche. Non significa non fare più opere al Nord, sarebbe suicida, le risorse nazionali e comunitarie ci sono per fare le une e le altre; la dieta che deve fare il Nord, con il suo primato di dipendenti pubblici, è ridurre l'assistenzialismo.

**B** Avere più impresa privata che è disposta a investire nei territori meridionali attraverso la conferma e il rafforzamenti del credito di imposta e la promozione in modo selettivo di Zone economiche speciali (Zes).

**C** Investire sul talento giovanile reclutando e motivando le intelligenze disponibili prima che emigrino. Occorre investire in modo significativo e integrato in scuola,

università e ricerca.

**D** Dotarsi di un capitale sociale che tuteli gli investimenti nei territori meridionali sottraendo chi ha un minimo di attività in proprio dalla tenaglia della criminalità organizzata

**E** Non ci vuole una nuova Banca, si deve operare sull'esistente e assolutamente secondo logiche di mercato. Per questo pensiamo al progetto de La Grande Popolare e della nuova Spa con investitori esteri e interconnessioni con Mediocredito centrale e CDP.

**F** Turismo, cultura, borghi e centri storici. Se si attua per davvero la regola Ciampi per la spesa in infrastrutture di sviluppo, si fanno un vero credito di imposta e le zone economiche speciali, si attribuisce a Bruxelles l'assegnazione dei contributi comunitari e si prosegue nel cammino interrotto di rinnovare la guida di sovrintendenze, musei e altro scegliendo il meglio in casa e fuori, allora la scommessa della cultura e del turismo, l'azienda più conosciuta nel mondo come marchio italiano, è vinta e il talento creativo da primato mondiale dei giovani del Sud avrà opportunità di impiego adeguate al talento.

**LA SPESA PER IL PERSONALE 2015-2018**

REGIONE	2015	2016	2017	2018
PIEMONTE	2.795,4	2.776,5	2.765,9	2.807,5
VALLE D'AOSTA	113,2	114,1	112,2	113,6
LOMBARDIA	4.996,5	4.964,9	4.957,9	5.034,2
PROV. AUTON. BOLZANO	585,3	579,4	599,4	622,8
PROV. AUTON. TRENTO	419,3	423,8	434,7	446,5
VENETO	2.732,3	2.734,5	2.721,3	2.760,8
FRULI VENEZIA GIULIA	926,3	925,0	929,4	952,9
LIGURIA	1.085,3	1.076,3	1.074,8	1.085,8
EMILIA ROMAGNA	2.964,5	2.962,5	2.980,8	3.048,9
TOSCANA	2.537,1	2.511,6	2.509,6	2.560,3
UMBRIA	613,1	613,1	613,0	625,1
MARCHE	988,8	990,2	1.007,0	1.025,6
BASILICATA	376,3	375,4	371,4	374,0
SARDEGNA	1.193,0	1.191,8	1.186,0	1.203,1
<b>Tot. Regioni non in PDR</b>	<b>22.326,6</b>	<b>22.239,3</b>	<b>22.263,3</b>	<b>22.661,2</b>
LAZIO	2.706,9	2.662,4	2.622,8	2.631,3
ABRUZZO	764,1	760,9	751,5	761,3
MOLISE	192,7	161,4	175,3	173,6
CAMPANIA	2.691,1	2.608,3	2.590,2	2.621,5
PUGLIA	1.992,8	1.988,9	2.002,9	2.033,1
CALABRIA	1.140,2	1.126,5	1.126,2	1.122,9
SICILIA	2.793,6	2.762,2	2.763,8	2.789,6
<b>Tot. Regioni in PDR</b>	<b>12.281,3</b>	<b>12.090,7</b>	<b>12.032,8</b>	<b>12.133,3</b>
<b>ITALIA</b>	<b>34.607,9</b>	<b>34.329,9</b>	<b>34.296,0</b>	<b>34.794,5</b>

Fonte: Corte dei conti Rapporto 2019 - Dati in milioni di euro.

**GIUSEPPE SALA - SINDACO DI MILANO**

Corriere della Sera, 15 settembre 2019

“ *Attenzione, la riflessione dovrebbe essere più ampia e partire da un dato di fatto: il regionalismo che è stato concepito negli anni '70 è stato un fallimento* ”

**PELLEGRINO CAPALDO**

Il Quotidiano del Sud, 24 luglio 2019

“ *Le Regioni sono nate in una logica di decentramento nella convinzione che fosse un vantaggio per tutti. Ma così non è stato e dobbiamo prenderne atto. Penso che dovremmo abolirle perché le abbiamo introdotte troppo in fretta, prima che il Paese diventasse uno Stato unitario* ”

**SISTEMA SANITARIO NAZIONALE  
QUANDO IL PERSONALE FA LA DIFFERENZA**

Regione	Dipendenti ogni mille abitanti	Regione	Dipendenti ogni mille abitanti
VALLE D'AOSTA	17,5	LOMBARDIA	9,9
BOLZANO	16,5	MOLISE	9,9
FRIULI V. G.	16,2	CALABRIA	9,6
LIGURIA	15,2	PUGLIA	8,9
TRENTO	14,4	SICILIA	8,8
TOSCANA	13,7	LAZIO	7,9
SARDEGNA	13,5	CAMPANIA	7,8
E. ROMAGNA	13,0	<b>Confronto Puglia con altre Regioni sopra i 3 milioni di abitanti a parità di rapporto per 1000 abitanti della corrispondente Regione</b>	
PIEMONTE	12,6	<b>Dipendenti</b>	
UMBRIA	12,6	Puglia vs Toscana	- 19.507
MARCHE	12,5	Puglia vs Emilia Romagna	- 16.662
BASILICATA	12,4	Puglia vs Piemonte	- 15.036
VENETO	12,2	Puglia vs Veneto	- 13.441
ABRUZZO	11,1	Puglia vs Lombardia	- 4.064
<b>ITALIA</b>	<b>10,8</b>		

Fonte: Aress - Agenzia regionale sanitaria della Puglia

Lunedì 16 SETTEMBRE 2019

## Spesa sanitaria. Dieci anni di tagli hanno fatto finire l'Italia sotto la media Ue

***A rivelarlo è un report della Ragioneria dello Stato che ha analizzato l'andamento della spesa pubblica europea nell'ultimo decennio. L'Italia nel 2008 aveva una spesa in rapporto al Pil (7%) superiore alla media (6,7%) mentre nel 2017 è scesa al 6,8% del pil contro la media europea del 7%. [IL RAPPORTO](#)***

Mentre in Italia scendeva in Europa saliva, è questo l'andamento della spesa pubblica per la sanità dell'Italia tra il 2008 e il 2017. A rilevarlo è un report della Ragioneria dello Stato che ha analizzato l'andamento della spesa pubblica europea nell'ultimo decennio.

La spesa sanitaria rappresenta in media la seconda spesa (dopo le pensioni) pubblica per la maggior parte degli stati europei con una media per il 2017 del 7% sul pil.

L'Italia nel 2008 aveva una spesa in rapporto al Pil (7%) superiore alla media (6,7%) mentre nel 2017 è scesa al 6,8% del pil contro la media europea che nel frattempo è arrivata al 7%.

**Sanità bancomat di governo: così in 10 anni è stato compromesso il sistema nazionale**

**GIOTTO e PACIONE DI BELLO**  
alle pagine 2 e 3

# Il saccheggio del sistema sanitario In 10 anni prosciugati 37 miliardi

Monti ha inferito i tagli maggiori, poi Renzi per gli 80 euro e il M5s per il reddito hanno pescato sempre da lì. Pd e Leu promettono di investire 10 miliardi l'anno, ma il deficit bloccato al 2% dall'Ue svela che è una palla

*Il Patto per la salute, strumento utile a sbloccare i fondi, non è stato firmato*

*L'Italia è ultima per risorse destinate alla cura delle persone tra i Paesi del G7*

di **MADDALENA GIOTTO**

■ Ammonta a 37 miliardi di euro il bottino sottratto in dieci anni dai governi alla spesa sanitaria. Il nuovo esecutivo giallorosso, nonostante le dichiarazioni fatte, numeri alla mano, non sembra nelle condizioni di invertire la tendenza. I dati sono nel report «Definanziamento 2010-2019 del Ssn», appena pubblicato dalla Fondazione Gimbe. Dal 2010 tutti i governi, contro le emergenze finanziarie del Paese, hanno attinto ai fondi sanitari, capitolo di spesa pubblica più facilmente aggredibile rispetto, ad esempio, alle pensioni. Hanno così contribuito a «sgretolare il Servizio sanitario nazionale», afferma **Nino Cartabellotta**, presidente Gimbe. In base all'ultimo Documento di economia e finanza (Def) e, soprattutto, considerando le risorse assegnate dalla Legge di Bilancio, complice la mancata stipula del Patto per la salute (accordo triennale programmatico e di spesa tra governo e Regioni), secondo gli esperti, sono messe a rischio le risorse aggiuntive 2020-21, confermando l'Italia agli ultimi posti per spesa sanitaria nei Paesi occidentali (Ocse) e tra i G7.

In termini assoluti il finanziamento pubblico in dieci anni è aumentato di 8,8 miliardi. La crescita media dello 0,9% annuo è però inferiore all'inflazione media annua (1,07%). Dei 37 miliardi di euro

saccheggiate al fondo sanitario dal 2010 in poi, 25 sono stati sottratti tra il 2010-15 dalle manovre finanziarie, gli altri 12 non sono proprio stati finanziati. Nonostante le raccomandazioni dell'Ocse, che nel gennaio 2015 aveva richiamato il nostro Paese a contenere la spesa sanitaria senza «intaccare la qualità dell'assistenza», i governi, si legge nel documento, hanno fatto scelte allocative per incrementare i sussidi individuali (bonus 80 euro di Renzi, reddito di cittadinanza M5s) con il solo (fallito) obiettivo di aumentare il consenso elettorale.

Intanto, il fabbisogno sanitario nazionale aumenterà di 2 miliardi per il 2020 e di 1,5 nel 2021, ma il finanziamento è subordinato alla firma, tra governo e Regioni, del Patto per la salute 2019-21, che è fermo. Non aiuta inoltre quanto previsto dal Def 2019 che ha ridotto progressivamente il rapporto spesa sanitaria/Pil dal 6,6% nel 2019-20 al 6,5% nel 2021 e al 6,4% nel 2022. Rispetto agli altri Paesi occidentali (Ocse) colpisce in negativo l'incremento percentuale della spesa sanitaria pubblica che, tra il 2009-18, in Italia ha segnato un 10% contro il 37% della media Ocse. Del resto, i dati aggiornati al luglio 2019 dimostrano che l'Italia è ben al di sotto la media Ocse, sia per la spesa sanitaria pro capite totale (3.428 dollari contro 3.980), sia per quella pubblica (2.545 dollari rispetto a 3.038), precedendo solo i Paesi dell'Europa orientale oltre a Spagna, Portogallo e Grecia. Sono ormai incol-

mabili le differenze in termini assoluti sulla spesa pubblica pro capite totale tra i Paesi del G7. Nel 2009 la Germania ha investito 1.167 dollari in più dell'Italia (3.473 contro 2.306), pari a +50,6%. Nel 2018, con i 5.056 della Germania contro i 2.545 dell'Italia, la differenza è passata a 2.511 dollari (+97,7%).

«Le prime dichiarazioni del neo ministro della Salute **Roberto Speranza** (Leu)», osserva **Cartabellotta**, «non lasciano dubbi sulla volontà di preservare e rilanciare una sanità pubblica e universalistica e di rifinanziare il Ssn». Il ministro ha definito la carta Costituzionale il faro per il suo programma, affermando che «la spesa sanitaria non è un costo ma un investimento per la salute». Tuttavia, il programma di governo giallorosso e il discorso per alle Camere per la fiducia bis del premier **Conte**, al di là della volontà di attuare «un piano straordinario di assunzioni di medici e infermieri», contengono solo un generico impegno a difendere la sanità pubblica, senza prevedere esplicitamente il rilancio del finanziamento per il Ssn.

«In tal senso», puntualizza



**Cartabellotta** riferendosi alla nota di aggiornamento del Def 2019, «se si volesse attuare la cosiddetta Quota 10 proposta dal Partito Democratico (10 miliardi di investimenti aggiuntivi nei prossimi tre anni) occorrerebbe incrementare il rapporto spesa sanitaria/Pil almeno dello 0,2-0,3% per ciascuno degli anni 2020-22», che invece sono previsti in riduzione. Inoltre, come viene fatto circolare dal Mef, l'obiettivo del neo ministro dell'Economia dem **Roberto Gualtieri** è di mantenere il deficit al 2% - alla faccia delle promesse «espansioniste» - (con l'1,3% destinato a bloccare i rincari Iva), i margini per un incremento di spesa sono ridotti al lumicino.

Considerato che «almeno il 50% degli oltre 37 miliardi sottratti alla sanità pubblica», continua il presidente Gimbe, «negli ultimi dieci anni sono stati scippati al personale dipendente e convenzionato, il piano di assunzioni straordinarie di medici e infermieri citato dal programma di governo, se da un lato sicuramente contribuirà a risolvere la carenza di risorse umane, dall'altro non concretizza nessun rilancio delle politiche per il personale sanitario che non deve solo essere adeguatamente rimpiazzato, ma soprattutto (ri)motivato con l'allineamento delle retribuzioni a standard europei».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**VOLTO NUOVO** Leu, in cambio dell'appoggio all'inciucio, ha ottenuto per Roberto Speranza il ministero della Salute (prima del M5s) [Ansa]

Lunedì 16 SETTEMBRE 2019

## Morbillo. Ecdc: "Francia e Italia i paesi con il maggior numero di casi negli ultimi 12 mesi. Occorre recuperare adulti non vaccinati"

***È quanto emerge dal bollettino mensile del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie. Nonostante nel mese di luglio in generale i casi siano in diminuzione nell'ultimo anno (ago 2018 -lug 2019) sono stati registrati 13.113 casi. "In Italia occorre recuperare adolescenti e adulti che negli anni passati non si sono vaccinati". [IL RAPPORTO](#)***

Gli Stati membri dell'Ue hanno segnalato negli ultimi 12 mesi 13.113 casi di morbillo e nessun paese ha segnalato zero casi. Il più alto numero di casi segnalati proviene da: Francia (2.560), Italia (1.845), Polonia (1.580) e Romania (1.453), contabilità per il 20%, 14%, 12% e 11% di tutti i casi, rispettivamente.

Per quanto riguarda i tassi di notifica per milione di abitanti al di sopra della media UE di 25,3 ci sono: Lituania (282,3), Bulgaria (158,3), Slovacchia (97,2), Romania (74,4), Malta (63,1), Repubblica Ceca (59,9), Lussemburgo (44,9), Polonia (41,6), Belgio (39,2), Francia (38,2) e Italia (30,5).

È quanto emerge dal bollettino mensile sul morbillo curato dall'ECDC, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, e che si basa sui dati relativi al morbillo e alla rosolia di The European Surveillance System (TESSy) e si riferisce al periodo 1 agosto 2018 - 31 luglio 2019.

Il numero di casi di morbillo segnalati a TESSy può essere sottovalutato in alcuni paesi, in particolare per la Romania. L'epidemia prolungata nel paese ha causato ritardi nella segnalazione basata sui casi a TESSy e i dati più aggiornati sono disponibili presso l'Istituto nazionale rumeno di sanità pubblica

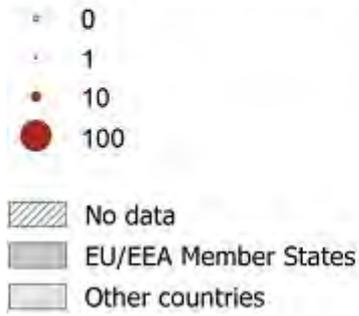
Nel report si evidenziano anche le morti correlate. Sette decessi attribuibili al morbillo sono stati segnalati durante il periodo di 12 mesi in Italia (3), Francia (2), Romania (1) e Spagna (1), ma complessivamente a luglio, il numero di casi ha continuato a diminuire rispetto ai due mesi precedenti.

L'ECDC sottolinea però che se "l'obiettivo di eliminazione deve essere raggiunto, molti paesi devono apportare forti miglioramenti alla copertura data dai loro normali programmi di vaccinazione infantile, anche per colmare le lacune dell'immunità negli adolescenti e negli adulti che hanno perso nel passato soprattutto in Italia opportunità di vaccinazione".

**Coperture ancora sotto soglia.** "Il morbillo – rimarca l'Ecdc - continua a diffondersi in tutta Europa perché la copertura vaccinale in molti paesi non è ottimale. La copertura sostenuta di almeno il 95% per due dosi di un vaccino contenente morbillo a tutti i livelli subnazionali è raccomandata, tuttavia, le ultime stime dell'OMS-UNICEF sulla copertura nazionale delle vaccinazioni lo dimostrano solo cinque paesi UE / SEE (Ungheria, Malta, Portogallo, Slovacchia e Svezia) hanno riferito di almeno il 95% di copertura vaccinale sia per la prima che per la seconda dose nel 2018".

## Numero di casi di morbillo per paese, UE / SEE, luglio 2019 (n = 839)

Number of measles cases, July 2019



Produced 27 Aug 2019 using ECDC map maker: <https://emma.ecdc.europa.eu>

## Numero di decessi per morbillo per paese, UE / SEE, 1 agosto 2018 31 luglio 2019 (n = 7)

Number of measles deaths,  
August 2018–July 2019

- 0
- 1
- 5
- 10

■ EU/EEA Member States  
■ Other countries

■ Luxembourg  
■ Malta



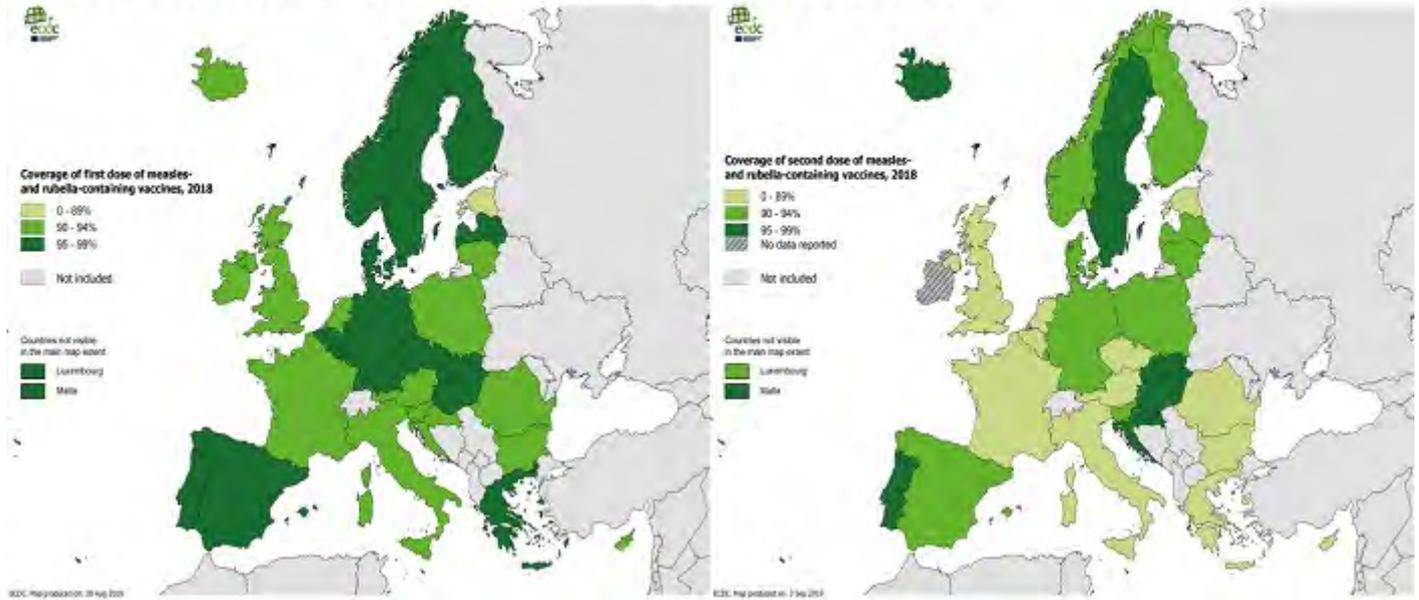
Produced 27 Aug 2019 using ECDC map maker: <https://emma.ecdc.europa.eu>

## Numero di casi di morbillo per mese e tasso di notifica per milione di abitanti per paese, UE/SEE, 1 agosto 2018 31 luglio 2019

Country	2018	2018	2018	2018	2018	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	Total cases	Cases per million	Total lab-positive cases
	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul			
Austria	3	6	0	4	1	25	33	1	27	38	8	5	151	17.1	140
Belgium	11	14	4	6	6	21	88	68	35	99	65	30	447	39.2	338
Bulgaria	0	0	0	0	0	0	51	185	279	281	236	84	1 116	158.3	1 009
Croatia	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4	6	.	12	2.9	12
Cyprus	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	1	0	6	6.9	5
Czech Republic	7	4	7	16	19	58	151	199	90	51	20	14	636	59.9	555
Denmark	2	2	0	0	1	2	5	4	2	1	1	0	20	3.5	20
Estonia	0	0	0	0	0	3	6	2	0	6	7	1	25	18.9	25
Finland	3	0	0	1	7	3	3	0	2	0	0	0	19	3.5	19
France	29	38	76	61	54	122	207	317	339	550	462	305	2 560	38.2	1 568
Germany	29	24	13	10	10	102	71	129	70	50	20	.	528	6.4	418
Greece	18	4	2	0	1	0	3	7	12	6	0	0	53	4.9	30
Hungary	0	0	0	0	1	2	5	4	2	9	0	1	24	2.5	24
Iceland	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0	0	1	8	23.0	8
Ireland	17	2	1	1	0	2	18	23	6	10	2	3	85	17.6	51
Italy	79	57	82	58	76	180	173	229	308	236	215	152	1 845	30.5	1 514
Latvia	1	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	1	6	3.1	6
Lithuania	1	0	0	8	20	12	73	250	221	116	60	32	793	282.3	793
Luxembourg	2	0	0	1	0	0	0	15	7	1	1	0	27	44.9	27
Malta	0	0	0	0	0	0	0	3	13	11	3	0	30	63.1	30
Netherlands	4	0	0	0	2	4	4	10	2	12	14	5	57	3.3	53
Norway	3	0	0	0	0	0	1	7	3	3	1	0	18	3.4	15
Poland	19	9	21	79	114	164	239	287	252	236	120	40	1 580	41.6	1 057
Portugal	3	3	2	24	12	2	2	2	0	2	1	0	53	5.2	50
Romania	92	72	65	81	130	261	75	188	108	148	123	110	1 453	74.4	1 120
Slovakia	87	28	16	38	50	43	37	70	105	43	9	3	529	97.2	438
Slovenia	0	0	1	0	0	0	0	0	6	8	3	1	19	9.2	19
Spain	7	4	4	1	6	11	11	23	67	74	26	14	248	5.3	222
Sweden	2	4	1	0	3	0	1	4	6	4	2	2	29	2.9	26
United Kingdom	54	16	21	26	11	81	78	108	116	116	74	35	736	11.1	735
<b>EU/EEA</b>	<b>474</b>	<b>287</b>	<b>316</b>	<b>416</b>	<b>526</b>	<b>1 098</b>	<b>1 338</b>	<b>2 141</b>	<b>2 080</b>	<b>2 118</b>	<b>1 480</b>	<b>839</b>	<b>13 113</b>	<b>25.3</b>	<b>10 327</b>

Source: TESSy, data extracted on 27 August 2019  
 .: data not reported.

## Copertura vaccinale per la prima dose (a sinistra) di un vaccino contenente morbillo e rosolia e seconda dose (destra) di morbillo contenente vaccino, UE/SEE, 2018



## UNA CRISI PARADOSSALE

Dialogo: la ricetta  
per l'Italia  
a corto di farmaci

WALTER RICCIARDI

Non vi è dubbio che i farmaci abbiano giocato – e giocheranno – un ruolo essenziale nel garantire vite lunghe e di qualità ai cit-

tadini del mondo. Il ventesimo secolo ha segnato l'avvento di farmaci eccezionali.

A pagina 3

**ANALISI** Leader produttivo in Europa, il nostro Paese soffre di frequenti carenze di medicine. Un paradosso da affrontare

# Nell'Italia a corto di farmaci serve ascoltare di più i pazienti

*Solo una rete che metta in dialogo tutti i protagonisti di un sistema orientato alla persona può permettere di superare le frequenti crisi di approvvigionamento*

Lo snodo decisivo sono le autorità che regolano il mercato: negli Stati Uniti la Fda interviene per ovviare alle carenze, in Europa l'Ema agisce sulle agenzie nazionali. In Italia sistema in forte affanno

La «ricetta»: condividere le informazioni, coinvolgere associazioni, università e professionisti, collaborare prima delle crisi

WALTER RICCIARDI

Non vi è dubbio che i farmaci abbiano giocato – e giocheranno – un ruolo essenziale nel garantire vite lunghe e di qualità ai cittadini del mondo. Il ventesimo secolo ha segnato l'avvento di farmaci eccezionali che hanno prima consentito di salvare milioni di persone, come i vaccini e gli antibiotici, e poi l'allungamento e il miglioramento della vita di milioni di pazienti, come gli Ace inibitori (utilizzati nella terapia dell'ipertensione arteriosa, del post-infarto del miocardio e dell'insufficienza cardiaca cronica), le statine (utili per prevenire l'eccesso di colesterolo nel sangue), gli inibitori della pompa protonica e H2 antagonisti per la cura delle gastriti, gli antidepressivi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, gli steroidi inalatori per l'asma, gli anti-infiammatori non steroidei. In questo secolo le scoperte si sono fatte ancora più incalzanti. Questo straordinario processo di avanzamento della ricerca e della tecnologia offre preziose opportunità, ma determina anche un enorme aumento della complessità gestionale.

La sanità è oggi uno dei settori più costosi e difficili da gestire, una realtà purtroppo spesso affrontata in modo inadeguato. E questo determina situazioni paradossali.

Per esempio, l'Italia, pur essendo il principale Paese produttore di farmaci dell'Unione Europea, sopravanzando Germania, Francia e Regno Unito, è anche uno di quelli in cui si sta sperimentando in forma crescente e fastidiosa l'indisponibilità di farmaci. Le carenze si verificano in tutti i contesti sanitari e coinvolgono sia farmaci salvavita che farmaci di uso comune. Nel nostro Paese qualcosa non funziona sul piano delle segnalazioni, perché non solo ci



sono farmaci carenti ma lo si viene a sapere con grande ritardo e ciò genera distorsioni impressionanti, sia perché l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) non riesce a proporre per tempo soluzioni alternative sia perché quando la carenza diventa allarme c'è una folle corsa all'accaparramento del prodotto, col risultato che la carenza diventa emergenza reale e prolungata.

Perché tutto questo possa essere affrontato in modo adeguato il presupposto indispensabile è mettere le esigenze dei cittadini e dei pazienti al primo posto, non a parole ma sviluppando efficaci leggi, politiche nazionali e strategie aziendali, in un clima di trasparenza e fiducia. Questo approccio comincia a essere compreso e praticato a livello internazionale, mentre l'Italia appare in forte ritardo.

**L**e due agenzie regolatorie (che cioè approvano la commercializzazione dei farmaci nelle due aree geografiche più rilevanti del mondo e ne controllano l'andamento) – la Food and Drug Administration (Fda) negli Usa, e l'European Medicine Agency (Ema) per i 28 Paesi dell'Unione Europea – si sono mosse con decisione. Negli Stati Uniti hanno cominciato ad aggredire anche il problema dell'eccessivo costo dei farmaci analizzando le motivazioni del fenomeno. Hanno ad esempio verificato che in molti casi vi sono farmaci critici che hanno un prezzo troppo basso rispetto al costo totale di una produzione affidabile e di alta qualità. Questi farmaci sono in genere medicinali generici di vecchia scoperta che devono essere prodotti e somministrati in forma sterile e iniettabile. Anche le sfide produttive di farmaci generici più complessi possono portare a carenze, talora particolarmente gravi.

**L**a Fda, diversamente dall'Ema – che deve lasciare alle singole agenzie nazionali la responsabilità della gestione dei farmaci nei Paesi membri – ha anche la possibilità di intervenire direttamente per risolvere le crisi di scarsità. Ad esempio, se è necessario mitigare o prevenire la carenza di alcuni farmaci importanti la Fda accelera le ispezioni su un nuovo impianto in modo che possa diventare operativo il prima possibile, oppure può accelerare la revisione di una domanda di farmaco nuovo o generico che, se approvata, può aiutare a evitare tale carenza. Il tutto però senza cedimenti o scorciatoie che possano pregiudicare la sicurezza dei cittadini. Sebbene la Fda non possa richiedere a un produttore di fabbricare un farmaco che scarseggia, può tuttavia sollecitare i fabbricanti di prodotti simili o alternativi a incrementare la produzione, oppure, in caso di carenza di farmaci indispensabili dove la produzione

alternativa non è disponibile negli Stati Uniti, può esplorare l'importazione temporanea di un prodotto da una fonte manifatturiera straniera fino alla risoluzione della carenza.

**A**nche in Europa il miglioramento della disponibilità di medicinali autorizzati nell'Unione è una priorità. Dal 2016 una *task force* istituita dall'Agenzia europea per i medicinali e dai capi delle agenzie per i medicinali (Hma) esamina i problemi di disponibilità, compresi i medicinali autorizzati ma non commercializzati e le interruzioni della catena di approvvigionamento, per migliorare la continuità della fornitura di farmaci umani e veterinari in tutta Europa. Il fatto essenziale è però che nell'Ue la maggior parte delle carenze di medicinali è gestita dalle autorità nazionali, che riescono a gestire meglio il problema solo se collaborano con le aziende farmaceutiche per risolvere problemi di produzione e distribuzione, condividono informazioni con partner internazionali su fonti di approvvigionamento alternative, chiedono il contributo di pazienti e operatori sanitari sull'impatto della carenza di medicinali, adottano misure per consentire l'uso di medicinali o fornitori diversi. La parola chiave è quindi "collaborazione".

**N**on vi può essere soluzione al problema se non si coinvolgono tutti i protagonisti: produttori, responsabili di approvvigionamento e consegna di farmaci, operatori sanitari (inclusi leader di organizzazioni di professionisti sanitari), gruppi di assistenza ai pazienti e di sicurezza dei pazienti stessi, organizzazioni di acquisto, farmacisti, distributori di prodotti, università, società scientifiche. Solo con questo dialogo partecipativo è possibile identificare un terreno comune e soluzioni durature a beneficio di tutti. Questo in Italia attualmente non succede. E mentre si lavora per comprendere le cause profonde della carenza di farmaci è indispensabile non sottovalutare l'importanza dei fattori economici nel globalizzato mondo contemporaneo.

Ad esempio, un'azienda unica produttrice di un farmaco non particolarmente redditizio può scegliere di interrompere la produzione per motivi commerciali. I produttori di farmaci generici, con margini di profitto inferiori rispetto alle loro controparti di marca, possono essere riluttanti a investire capitale per migliorare le proprie strutture e superare un'ispezione, espandere la produzione o migliorare l'affidabilità dell'offerta. Oppure, di fronte a un clima di diffidenza o di franca ostilità da parte di alcuni dirigenti di agenzie regolatorie, possono decidere di preferire l'esportazione alla vendita nei Paesi produttori, come succede in modo crescente in Italia.

**N**ell'affrontare le cause profonde della carenza di farmaci ci troviamo oggi di fronte alle sfide di una fornitura globale di

tecnologie, di metodi di produzione altamente complessi, sofisticati e costosi che si riferiscono a molti farmaci, al rischio di catastrofi naturali e ad altre minacce che possono compromettere la produzione (ad esempio, nel mondo esistono solo due fabbriche di vaccini contro la febbre gialla), di economia industriale avanzata, di domanda in evoluzione, e molti altri fattori. Dato tutto questo, è improbabile che potremo mai arrivare a un momento in cui la carenza di farmaci non sia più un rischio concreto. Anzi, per alcuni Paesi come l'Italia è molto probabile che il fenomeno si aggravi se non viene affrontato in modo più collaborativo e meno ideologico da parte dell'Aifa. L'obiettivo dell'Agenzia dovrebbe essere quello di trovare i modi migliori per ridurre l'impatto della carenza di farmaci e garantire uno sforzo rapido e completo nell'affrontare le carenze che non possono essere prevenute.

L'istituzione di un tavolo di lavoro da parte del Ministero della Salute su questo problema è un primo apprezzabile anche se tardivo passo (si è riunito per la prima volta il 2 luglio, tre anni dopo l'avvio delle *task force* di Fda ed Ema!), ma è soprattutto nell'efficace ed efficiente funzionamento dell'Aifa e nella sua collaborazione trasparente con tutti i protagonisti che sta la chiave per affrontare in modo adeguato il problema.

**L**e priorità? Esaminare i modi per ridurre al minimo le interruzioni dell'approvvigionamento ed evitare carenze, facilitando approvazione e commercializzazione dei medicinali nel quadro normativo esistente; sviluppare strategie per migliorare prevenzione e gestione delle carenze causate da interruzioni nella catena di approvvigionamento; incoraggiare le migliori pratiche nell'industria farmaceutica per prevenire carenze; migliorare la condivisione di informazioni e migliori pratiche; promuovere la collaborazione con le parti interessate e migliorare la comunicazione.

Il fatto che soltanto dopo oltre un anno di vacanza l'Aifa abbia da poco un presidente *pro tempore* e che, nell'epoca dei Big Data, le decisioni vengano prese senza cognizione di causa sulle popolazioni da servire e senza valutazioni integrate dell'impatto sull'intero sistema Paese non induce all'ottimismo. Ma la speranza è l'ultima a morire.

*Docente di Igiene e medicina preventiva  
all'Università Cattolica di Roma  
già presidente Istituto superiore di sanità*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



[www.adnkronos.com](http://www.adnkronos.com)

## Salute: studio, obesità aumenta di 6 volte rischio diabete

[E' l'elemento più influente su pericolo malattia, più di predisposizione genetica e stili di vita](#)

Roma, 16 set. (AdnKronos Salute) - L'obesità è legata a un rischio quasi 6 volte maggiore di sviluppare diabete di tipo 2. La predisposizione genetica e uno stile di vita poco sano aumentano a loro volta le chance di malattia, ma in misura molto minore. Sono le conclusioni di una nuova ricerca presentata al 55esimo congresso annuale dell'Associazione europea per lo studio del diabete in corso a Barcellona, da Hermina Jakupović dell'Università di Copenhagen e da esperti del Centro di ricerca metabolica di base Novo Nordisk, sempre in Danimarca. Il team ha studiato un campione di 9.556 uomini e donne. Quasi la metà (il 49,5%) dei partecipanti ha sviluppato diabete di tipo 2 durante un follow-up medio di 14,7 anni. I ricercatori hanno scoperto che l'obesità (definita come un indice di massa corporea di 30 kg/m<sup>2</sup> o superiore) aumenta il rischio di malattia di 5,8 volte rispetto agli individui con peso normale. Con effetti indipendenti dal rischio genetico e dallo stile di vita sfavorevole, due elementi che hanno un effetto relativamente modesto in confronto: il gruppo a più alto rischio genetico ha un rischio doppio di sviluppare diabete, mentre abitudini malsane di vita sono associate a un aumento del 20% del pericolo di diabete. Gli autori concludono: "L'effetto dell'obesità sul rischio di diabete di tipo 2 è dominante rispetto ad altri, cosa che evidenzia l'importanza della gestione del peso nella prevenzione di questa malattia".

<https://www.agi.it>

## Un 'etilometro' nasale fiuterà i batteri e ci eviterà gli antibiotici quando non servono

Il dispositivo creato da James Covington della Warwick University funziona più o meno come l'etilometro. Una volta che il paziente ha soffiato in un tubo, il naso elettronico analizza il campione e ne individua i batteri. "Abbiamo raggiunto una precisione di circa l'80%"



Presto, quando ci ammaleremo, un naso elettronico ci dirà se dovremo assumere antibiotici o meno. Il dispositivo creato da James Covington della Warwick University funziona più o meno come l'etilometro. Una volta che il paziente ha soffiato in un tubo, il naso elettronico analizza il campione e ne individua i batteri.

I vantaggi sono duplici, assicura Covington: in primo luogo questo macchinario aiuta a ridurre le prescrizioni - inutili - di antibiotici. Gli esperti auspicano un 20% in meno. In secondo luogo mette in guardia da malattie del tratto respiratorio alla vigilia di un intervento. Infine, prescrivere meno antibiotici significa allungare la vita di questi farmaci, più efficaci più a lungo se non se ne fa un abuso.

“I risultati preliminari del processo del progetto BreathSpec, guidato da Impex, suggeriscono un'accuratezza dell'80%”, ha dichiarato Covington al British Science Festival. Per 18 mesi,

gli scienziati hanno reclutato 1.112 partecipanti provenienti da sette ospedali tra Liverpool, Leicester, Cardiff, Edimburgo e Blackpool. Tra queste, 520 persone avevano infezione delle vie respiratorie inferiori, 272 delle quali non batteriche e 248 batteriche. Le altre 186 non avevano nulla.

“In sostanza, abbiamo raggiunto una precisione di circa l’80%, il che è abbastanza buono per una situazione di screening generale”, ha dichiarato Covington.

Frenare l’uso e abuso di antibiotici non sarebbe una cosa da poco. L’assunzione illimitata di questi farmaci sta causando una preoccupante antibioticoresistenza, che rende i batteri immuni agli antibiotici, e quindi praticamente invincibili. Un fenomeno allarmante anche in Italia, che anzi presenta numeri da record che la collocano al di sopra della media europea per la presenza di questi “super-batteri”.

Secondo i dati pubblicati su The Lancet Infectious Diseases dall’ECDC, il nostro risulta essere il primo Paese per numero medio di infezioni e di morti attribuibili ad antibiotico resistenza. “Con oltre 200 mila infezioni - riporta il Sole24Ore- stacciamo la Francia, “seconda in classifica” di 80 mila unità e rispetto alla Germania ne contiamo il quadruplo. Quanto a morti attribuibili a questa causa l’Italia nel 2015 ne ha registrate oltre 10 mila, il doppio della Francia e – di nuovo – il quadruplo di Germania e Regno Unito, solo per considerare paesi con un numero simile di abitanti”.

olo in Europa, poi, sarebbero 33 mila le persone morte nel 2015 per infezioni resistenti alle cure. “Per fare un paragone, è lo stesso numero dei morti per influenza, tubercolosi e HIV/AIDS messi insieme. 671.689 sono state le infezioni riscontrate (dato mediano) e 170 i DALY, cioè gli anni persi in salute, su 100 mila persone. Il 39% delle morti è causato da infezioni batteriche resistenti a antibiotici di ultima generazione come carbapenemi e colistina. E se non si farà presto qualcosa, è l’allarme degli scienziati, entro il 2050 l’antibiotico resistenza ucciderà 10 milioni di persone all’anno.

## RICERCHE CON ORMONI E FARMACI

# "Stop all'invecchiamento" I test che riportano indietro l'orologio biologico

DANIELE BANFI

**E**lixir di lunga vita. La ricerca punta a rallentare il più possibile il processo di invecchiamento e, forse, un giorno, a invertirlo. Un esempio è la ricerca su «Aging Cell» della University of California. Gli autori sono riusciti a «manomettere» l'età biologica delle cellule di un gruppo di volontari sottoposti ad un trattamento farmacologico: alla base c'erano ormoni della crescita e farmaci anti-diabetici. Un risultato importante - la dimostrazione che è possibile agire farmacologicamente sull'orologio biologico cellulare - ma che lascia ancora aperti dei dubbi sulla reale efficacia dell'esperimento.

Nel frattempo anche diverse «Pharma» lavorano in questa direzione. E' il caso di resTORbio, azienda che sta testando un farmaco utilizzato come immunosoppressore nei trapianti di organo su un gruppo di anziani: l'obiettivo è valutarne il potenziale anti-invecchiamento.

**Hackerare la biologia.** E' noto che la data di nascita sulla nostra carta di identità può non corrispondere a quella biologica. La chiave per interpretare questo sfasamento sta nell'epigenoma, l'insieme delle modificazioni chimiche e strutturali imposte dall'ambiente al Dna. E' lui - con le sue metamorfosi - la «cartina tornasole» dell'età biologica. Ed è su queste «modificazioni» che gli scienziati californiani si sono concentrati.

Nello studio sono state valutate le caratteristiche epigenetiche - e dunque l'età biolo-

gica - di un gruppo di nove persone prima e dopo un trattamento a base di ormone della crescita e di farmaci anti-diabete. Dalle analisi - lo studio è durato un anno - è emerso che il «cocktail ringiovanente» è stato in grado non solo di fermare il processo di invecchiamento cellulare, ma di riportare indietro le lancette di due anni e mezzo.

I dubbi, tuttavia, permangono. Anche se è stato dimostrato che è possibile agire sull'orologio biologico, ci sono diversi punti da chiarire. Il numero esiguo di partecipanti e l'assenza di un gruppo di controllo sono un elemento. Un altro è un conflitto di interesse degli autori: Gregory Fahy, uno degli scienziati che ha condotto la ricerca, è co-fondatore di Intervene Immune, società attiva nella ricerca di rimedi anti-età.

**Il farmaco anti-rigetto.** Il fatto che, comunque, la ricerca accelera è dimostrata proprio dagli studi di resTORbio, azienda biotech nata su impulso di Novartis. L'attenzione è stata rivolta su un farmaco, la rapamicina, approvato dalla Food & Drug Administration nel '99 quale agente immunosoppressore per ridurre al minimo il rischio di rigetto nei trapianti. Diversi studi pre-clinici hanno dimostrato che la molecola, agendo su un particolare meccanismo cellulare (noto come mTOR) è in grado, nei modelli animali, di estendere l'aspettativa di vita media.

Partendo da queste osservazioni, la ricerca si è concentrata sugli effetti di un analogo della rapamicina, arrivando a testarne l'efficacia, in termini di capacità di incidere

sui processi di invecchiamento nell'uomo. Per farlo gli scienziati del colosso svizzero hanno valutato la capacità di risposta del sistema immunitario in seguito alla vaccinazione antinfluenzale in un gruppo di anziani. Lo studio, realizzato nel 2014, ha dimostrato che, somministrando a basse dosi il composto Rtb101, è possibile migliorare la risposta immunitaria per combattere le infezioni del tratto respiratorio. Si tratta di una misura indiretta del ringiovanimento del sistema immunitario: è un risultato importante, che ha portato allo sviluppo dei nuovi studi sulla rapamicina. I risultati - secondo quanto dichiarato da resTORbio - saranno disponibili nel 2020.

**Lo stile di vita.** Nell'attesa che la ricerca proceda l'unica ricetta utile è lo stile di vita. Regolare attività fisica e sana alimentazione sono fattori imprescindibili. Un fattore chiave è la «restrizione calorica»: così si induce l'autofagia, che permette alle cellule di nutrirsi di proteine e di altro materiale inutilizzato, promuovendo l'eliminazione di scarti potenzialmente dannosi. Non è un caso che il premio «Lombardia è Ricerca» di quest'anno sia stato assegnato a Guido Kroemer: ha scoperto la relazione tra restrizione calorica e longevità. —

© BY NC ND ALI DUNNI DIRITTI RISERVATI

