



RASSEGNA STAMPA

20-09-2019

1. CORRIERE.IT Tumori, metà dei nuovi farmaci approvati in Europa con troppo «ottimismo»
2. ANSA Combinazione farmaci muta tumore in tessuto simile a grasso
3. STAMPA I ragazzini italiani in balia dell'alcol Quasi un milione beve per sballarsi
4. QUOTIDIANO SANITÀ Vaccinazioni. Speranza: "Verificheremo con il Miur le ricadute reali dell'obbligo"
5. ANSA Influenza: la campagna vaccinale inizierà a metà ottobre Aifa
6. QUOTIDIANO SANITÀ Inquinamento: Negli ultimi 30 anni in Europa sono crollate le emissioni, Italia in ritardo
7. CORRIERE DELLA SERA Negli Usa l'obesità uccide più delle armi
8. ITALIA OGGI Esenzioni ampie per le cure
9. REPUBBLICA L'appello dei Nobel all'Europa "Vogliamo un commissario alla scienza"
10. ADNKRONOS Alimentazione: dieta mediterranea 'scioglie' grasso accumulato nel fegato
11. PHARMA KRONOS In crescita prescrizioni di farmaci off label per bambini

https://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/19_settembre_19/tumori-meta-nuovi-farmaci-approvati-europa-troppo-ottimismo-f9099682-da2d-11e9-9a87-4b01b66ffd5b.shtml

Tumori, metà dei nuovi farmaci approvati in Europa con troppo «ottimismo»

Una nuova ricerca torna su un tema discusso: quali sono i criteri da valutare per dare l'ok al commercio dei medicinali? Conta soprattutto la sopravvivenza dei malati, ma alcune sperimentazioni si limitano a obiettivi meno importanti e a rischio di distorsione di Vera Martinella



Circa la metà delle sperimentazioni cliniche su farmaci oncologici alla base dell'approvazione di nuovi farmaci in Europa potrebbe essere ad alto rischio di «errore» o di distorsione dei risultati: gli effetti dichiarati del medicinale potrebbero essere stati «enfaticizzati» per avere l'autorizzazione all'immissione in commercio. È la conclusione a cui giunge uno studio appena pubblicato sul *British Medical Journal* dai ricercatori della London School of Economics and Political Science, coordinati da Huseyin Naci. «Sia ben chiaro però che è una questione di politica sanitaria e di livelli di forza delle prove di efficacia e non una faccenda che mette in pericolo la vita dei malati - sottolinea Francesco Perrone, direttore dell'Unità di Sperimentazioni Cliniche dell'Istituto Nazionale Tumori Pascale di Napoli -. Il problema non sta nel fatto che i pazienti ricevono medicinali non sicuri, perché l'Agenzia europea è molto attenta in questo senso. Piuttosto, di fronte a prove di efficacia che qualche volta sono deboli, il problema è il costo elevatissimo delle nuove terapie e i criteri con i quali si decide se registrarli o meno in Europa e poi se rimborsarli nei singoli Paesi dell'Unione Europea».

I parametri da esaminare in una terapia nuova

Per capire la vicenda serve fare un passo indietro. «Qualsiasi nuovo farmaco (contro il cancro o un'altra patologia) deve passare attraverso tre fasi di sperimentazione perché si dimostri sicuro per i malati (se ne devono conoscere i benefici, ma anche gli effetti collaterali) ed efficace nel combattere la malattia in

questione - spiega Perrone -. Perché poi venga approvato dalle autorità regolatorie preposte (l'European Medicines Agency, Ema, e per noi l'Agenzia Italiana del Farmaco, Aifa) si devono valutare alcuni criteri: e qui sta il problema». Ovvero, quali sono i parametri da esaminare perché una terapia nuova venga giudicata davvero utile e ammessa in commercio in Europa e, successivamente, nei singoli Stati? «Bisognerebbe considerare quanto quel trattamento allunga la vita dei malati - risponde l'esperto -, ma, come hanno indicato altre indagini su questo tema e come conferma quest'ultimo studio, l'aumento di sopravvivenza è ricercato e dimostrato solo da una minoranza delle sperimentazioni. Accade molto più spesso che si utilizzino altri criteri, come la cosiddetta "sopravvivenza libera da malattia" o il "tempo alla progressione" (che in realtà misurano obiettivi intermedi e precoci) o la "risposta obiettiva" (che stima la riduzione della massa tumorale), che sebbene diano indicazioni utili per la pratica clinica non necessariamente si tradurranno in un allungamento della vita al malato».

La metà dei trial è a «elevato rischio di distorsione»

Nel 2017 di tutti i nuovi medicinali approvati dall'Ema più di un quarto (24 su 92) erano farmaci oncologici.

La nuova indagine pubblicata sul *British Medical Journal* ha valutato 32 farmaci oncologici autorizzati dall'Agenzia europea tra il 2014 e il 2016 sulla base di 54 sperimentazioni. È emerso che solo 10 trial (il 26%) utilizzavano come parametro di efficacia del farmaco la sopravvivenza complessiva dei pazienti, mentre gli altri (74%) si basavano tutti su misure indirette e intermedie di benefici clinici, che non sempre sono indicative di un aumento di sopravvivenza del paziente o di un aumento della qualità di vita.

«Complessivamente il 49% dei trial è stato giudicato "ad alto rischio di distorsione" dei risultati a causa di mancanze nel disegno dello studio, nei metodi con cui è stato condotto o nell'analisi dei dati - scrivono i ricercatori nelle conclusioni -. I nostri risultati dovrebbero stimolare i decisori pubblici, i ricercatori e i clinici a considerare con attenzione il rischio di distorsione nei trial alla base di decisioni regolatorie».

Da noi lo Stato riesce ancora a pagare le terapie a tutti

La faccenda relativa al costo dei farmaci e alla sostenibilità del sistema è un tema caldissimo, in tutto il mondo, perché i casi di tumore aumentano e il prezzo delle terapie pure. La sfida è far quadrare i conti economici e garantire un accesso equo alle cure oncologiche a tutti i malati. Combinare costi ed etica per offrire a tutti i malati di tumore le migliori terapie disponibili. Qual è la situazione italiana? «In cinque anni (2013-2017) la spesa per le terapie contro i tumori è passata da 3,6 a 5 miliardi di euro nel nostro Paese - risponde Giordano Beretta, presidente eletto dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) -. Anche da noi i prezzi proposti per i farmaci anticancro sono in alcuni casi molto alti, ma dopo che un nuovo medicinale viene approvato dalle autorità europee il suo costo nel nostro Paese è oggetto di contrattazione tra il nostro ente regolatore Aifa (l'Agenzia Italiana del Farmaco) e le aziende farmaceutiche. Da vari anni vengono applicati da Aifa meccanismi di rimborsabilità che legano più o meno direttamente il pagamento dei farmaci alla loro reale efficacia nella pratica clinica. In questo modo il nostro Ssn è riuscito fino a oggi a sostenere l'arrivo dei nuovi farmaci efficaci contro il cancro».

Nuovi criteri per giudicare i farmaci antitumore innovativi

Nel 2017, inoltre, sono stati pubblicati i nuovi criteri attraverso cui l'Aifa valuta la reale "innovatività" per identificare quei medicinali che possono rientrare nel Fondo per i farmaci oncologici innovativi. Nell'ottobre 2016, infatti, il Governo italiano ha istituito per la prima volta un Fondo di 500 milioni di euro a cui attingere per pagare proprio le costosissime molecole più nuove. «La spesa è stata ben governata con una condivisione tra istituzioni, oncologi e pazienti - conclude Beretta, che è anche responsabile dell'Oncologia Medica di Humanitas Gavazzeni a Bergamo -. I nuovi criteri sono un notevole passo avanti rispetto a quelli del 2007 e

prevedono che un farmaco sia stimato “innovativo” se è più efficace dei precedenti trattamenti disponibili, se risponde a un vero bisogno clinico e se le “prove” scientifiche sono di livello elevato. Ma è necessario trovare altre fonti per sostenere l’innovazione e garantire l’accesso alle cure dei 369mila italiani che ogni anno si ammalano di cancro. E per investire in prevenzione, perché si stima che il 40 per cento dei casi di tumore potrebbe essere evitato grazie a stili di vita sani e a una diagnosi precoce».



19-09-2019

780.455

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

Combinazione farmaci muta tumore in tessuto simile a grasso Studio Mario Negri ha usato animali e tessuti liposarcoma umano

- MILANO, 19 SET - La combinazione di due farmaci, un antitumorale e un antidiabetico, ha trasformato un liposarcoma, da tumore maligno in tessuto simile al grasso normale. Lo hanno verificato i ricercatori dell'Istituto 'Mario Negri' di Milano utilizzando cellule e animali di laboratorio insieme a tessuti di liposarcoma ottenuti da pazienti. Lo studio, pubblicato su Clinical Cancer Research, ha usato il farmaco antitumorale trabectedina e il pioglitazone, farmaco finora utilizzato per la terapia del diabete, dimostrando che la loro combinazione fa regredire questo tumore, variante più aggressiva del liposarcoma mixoide, e ne impedisce la ricrescita. Un importante contributo alla ricerca - sostenuta dalla Fondazione Airc - è stato dato da Roberta Frapolli, responsabile della Terapia Sperimentale Preclinica del Mario Negri, che ha messo a punto i modelli sperimentali delle forme più aggressive di liposarcomi mixoidi. "Senza quei modelli non avremmo potuto raggiungere questi risultati - sostiene Maurizio D'Incalci, capo Dipartimento Oncologia del Mario Negri -. Sono i migliori modelli di questa malattia finora sviluppati al mondo perché risultano predittivi di quanto accade nel paziente". Per il successo dello studio è stata essenziale anche la collaborazione coi clinici dell'Istituto Tumori di Milano guidati da Paolo Casali e un ruolo importante è stato svolto dalla patologa Silvana Pilotti che per prima ha intuito come con la combinazione dei due farmaci il liposarcoma potesse acquisire caratteristiche più simili a quelle del tessuto normale. Le sue osservazioni sono state studiate dall'Unità di Genomica Traslazionale del Mario Negri diretta da Sergio Marchini che con l'aiuto dei ricercatori bioinformatici del suo gruppo ha ricostruito i meccanismi molecolari del differenziamento adipocitario del tumore. "Se i risultati ottenuti in laboratorio si confermassero in clinica, all'interno di uno studio pilota in via di sviluppo - conclude D'Incalci - questo sarà il secondo caso, dopo quello della terapia della leucemia promielocitica con l'acido retinoico, in cui una terapia antitumorale funziona non perché uccide le cellule tumorali, ma perché le differenzia, cioè le fa diventare cellule normali".

A 11 ANNI IL PRIMO BICCHIERE, SIAMO I PIÙ PRECOCI D'EUROPA

I ragazzini italiani in balia dell'alcol Quasi un milione beve per sballarsi

Polemiche per la pubblicità aggressiva delle bevande: "Sbagliato associarle all'idea di successo"

**"Armi spuntate"
per la prevenzione
Solo un medico su tre
sa come intervenire**

FRANCO GIUBILEI

I ragazzi italiani possono bere alcolici per svariati motivi - per sentirsi meglio insieme, perché semplicemente gliene ofrono e gli piace, perché vogliono sballarsi -, ma il dato di fatto è che molti di loro bevono tanto. Troppo. E cominciano a farlo sempre prima, addirittura a 11 anni, dato che ci mette al primo posto in Europa nella posizione poco invidiabile di nazione più precoce. I numeri più recenti dell'Istituto superiore di sanità (Iss) parlano di 700mila consumatori a rischio nella fascia d'età compresa fra gli 11 e i 17 anni, «un pianeta del tutto inesplorato», commenta il prof. Emanuele Scafato, direttore dell'Osservatorio nazionale sull'alcol dell'Iss. Su di loro, gli under 18, si concentrano le preoccupazioni maggiori, anche se non si può dimenticare che dai 18 ai 25 anni ce ne sono altri 850mila di giovani potenzialmente problematici, cioè ragazzi che mediamente mandano giù più di due bicchieri al giorno (i maschi, per le femmine il parametro è un bicchiere quotidiano). C'è poi un mondo ancora più specifico che spesso si interseca con l'altro, quello dei "binge

drinker", cioè di quanti consumano alcolici con lo scopo deliberato di ubriacarsi: cinque, sei bicchieri bevuti in un'unica occasione nello spazio di una-due ore, fino ad ammucchiare 60 grammi di alcol quando il fegato è in grado di smaltirne al massimo 6 in un'ora. Anche qui è un esercito, 900mila sotto i 25 anni, così suddivisi: 100mila fra gli 11 e i 17, 310mila fra i 18 e i 20 e quasi mezzo milione fra i 21 e i 25.

«Il problema dell'alcol è che disinibisce, facendo sentire i ragazzi più sicuri e spavaldi - aggiunge Scafato -. E' un lubrificante sociale e ha molto appeal fra i giovani proprio per questo; se bevono con questo obiettivo, però, la prima volta si euforizzano con un bicchiere e la volta successiva dovranno prenderne due per raggiungere la stessa sensazione, e così via, fino a inguaiarsi. E' il meccanismo della tolleranza, lo stesso dell'eroina».

La distrazione degli adulti, spiega l'esperto, ha creato «una generazione chimica che ha elaborato ritualità precise nell'andare a bere»: si comincia col soft drink, poi si passa a birra o vino, spesso a buon prezzo e di scarsa qualità, si passa a bevande con superalcolici e infine, quando le forze si affievoliscono - tecnicamente «il down» - ci si tira su con gli energy drink. Di fronte a questa altalena in cui spesso e vo-

lentieri si insinuano le droghe comunemente dette, si risponde con «armi spuntate», del tutto inadeguate rispetto all'emergenza: «Solo un medico di medicina generale su tre sa che strumento usare per individuare un consumo problematico di alcol - dice Scafato -. E' un semplice questionario di tre domande per capire quanto beve, con che frequenza e quante volte un ragazzo si è intossicato con alcolici. Stiamo spingendo per farne uno strumento di prevenzione».

Sempre in materia di prevenzione, il medico insiste sulla necessità di «ostacolare gli happy hour, di non rendere gli alcolici più convenienti delle altre bevande e di ridurre l'aggressività del marketing». Un tasto dolentissimo, questo della pubblicità degli alcolici senza freni: «La diffusione dell'alcol fra i ragazzi va peggiorando perché c'è sempre più normalizzazione dell'uso. La pubblicità non dovrebbe appellarsi al successo sociale e sessuale associato al consumo, pratica proibita in Francia, oltre che dalle direttive Ue». Peccato che da noi ci si limiti al «bere responsabilmente», concetto del tutto fuori luogo con gli adolescenti, che per natura responsabili non sono, e che siano «gli stessi pubblicitari e produttori a regolamentare i contenuti degli spot». Che è un po' come chiedere all'oste se il suo vino fa male. —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Venerdì 20 SETTEMBRE 2019

Vaccinazioni. Speranza: “Verificheremo con il Miur le ricadute reali dell'obbligo”

Lo ha detto oggi in un'intervista a il Fatto Quotidiano il ministro della Salute Roberto Speranza: “Va fatto ogni sforzo per non mettere in contraddizione due diritti irrinunciabili, quello alla salute e all'istruzione”.

L'obbligo vaccinale trona sul tavolo politico. Dopo la [conferma del vice ministro Sileri](#) che il ddl sull'obbligo flessibile andrà avanti, torna a parlarne anche il ministro **Roberto Speranza** che oggi, in un'intervista al *Fatto Quotidiano* dà la notizia della decisione di avviare una verifica con il Miur “sui numeri veri e le ricadute reali della normativa vigente”.

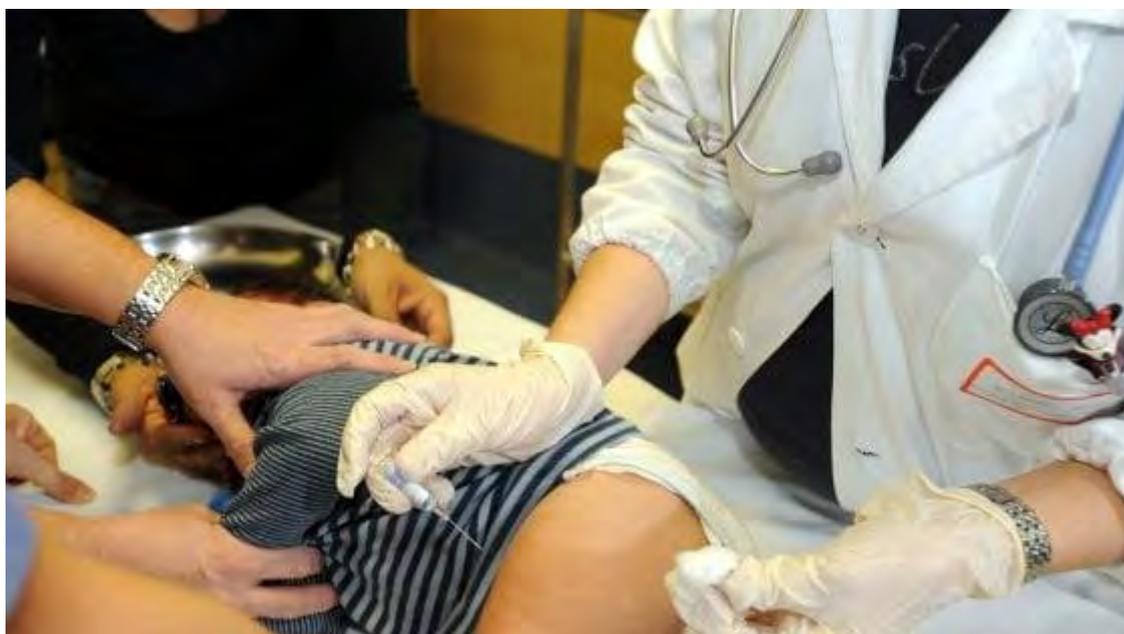
Non sono chiari i termini di questa verifica anche se lo scopo del ministro è chiaro: “Va fatto ogni sforzo per non mettere in contraddizione due diritti irrinunciabili, quello alla salute e all'istruzione”.

Ma per Speranza, comunque, la scienza resta la bussola per decidere in materia: “Di fronte alla salute dei nostri figli, giù tutte le bandierine della politica. Per me è fondamentale affidarsi alla scienza”, dice al *Fatto* nell'intervista dove torna a parlare anche di tenuta del sistema sanitario con la consapevolezza che la difesa della sanità pubblica, “non si fa con la bacchetta magica, ci vogliono umiltà e consapevolezza della realtà”.

Continuità con il suo predecessore **Giulia Grillo**, il neo ministro l'annuncia sulle liste d'attesa dove ricorda che “c'è già un piano avviato dal ministro Grillo su cui continuerò a lavorare” anche se, aggiunge, “sicuramente dovremo sfruttare meglio il sistema digitale, ad esempio per implementare il fascicolo sanitario elettronico, per cui quando un cittadino accede in un ospedale la sua storia sia immediatamente disponibile”.

[https://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2019/09/19/news/influenza che verra meno casi ma piu aggressivi da meta ottobre la campagna vaccinale-236421351/](https://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2019/09/19/news/influenza_che_verra_meno_casi_ma_piu_aggressivi_da_meta_ottobre_la_campagna_vaccinale-236421351/)

L'influenza che verrà, meno casi ma più aggressivi. Da metà ottobre la campagna vaccinale



Durerà sino a fine dicembre. E il vaccino garantirà una protezione in un lasso di tempo tra i 6 e gli 8 mesi. Le previsioni del virologo: "A rischio i soggetti più fragili"

ROMA - Quest'anno la stagione influenzale potrebbe avere meno casi rispetto a quella scorsa, ma più aggressivi. Questa la previsione di **Fabrizio Pregliasco**, virologo dell'Università di Milano, dopo la pubblicazione della composizione dei vaccini. La campagna vaccinale dunque inizierà a metà ottobre e andrà avanti fino a fine dicembre. E il vaccino garantirà una protezione in un lasso di tempo tra i 6 e gli 8 mesi. La precisazione è arrivata dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) nella sua determina, pubblicata ieri in Gazzetta ufficiale, che autorizza l'aggiornamento per la stagione 2019-2020 della composizione dei vaccini influenzali.

Il periodo della campagna vaccinale è basato sulla situazione climatica e l'andamento

temporale mostrato dalle epidemie influenzali in Italia, salvo specifiche indicazioni che saranno fornite, se necessario, nel caso di eventi legati ai vaccini o all'andamento epidemiologico stagionale dell'influenza. I vaccini che saranno usati sono quelli approvati secondo la procedura registrativa centralizzata coordinata dall'Agenzia europea dei medicinali (Ema). La loro composizione segue le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) e del Comitato per i Medicinali per Uso umano (Chmp) dell'Ema. La protezione del vaccino comincia circa due settimane dopo la vaccinazione e dura per sei-otto mesi circa, per poi decrescere. Oltre alle vaccinazioni e l'eventuale uso di farmaci antivirali, per limitare la diffusione dell'influenza, ricorda l'Aifa, è importante lavare regolarmente e frequentemente le mani con acqua e sapone, coprire la bocca e il naso con un fazzoletto quando si tossisce e starnutisce e poi gettarlo nella spazzatura, e aerare regolarmente le stanze in cui si soggiorna.

Al momento è difficile prevedere come sarà la stagione in arrivo, ha precisato il virologo Fabrizio Pregliasco. "Quella scorsa è stata tra le due peggiori degli ultimi anni per numero di casi, pur essendo partita un po' in sordina. Quest'anno le prime previsioni che si possono fare, soprattutto sulla base dell'andamento dell'epidemia nell'emisfero australe, sono per una stagione con meno casi ma più aggressivi, data la presenza dei virus A che di solito danno più complicazioni". Il caso emerso ieri del bambino negli Usa morto per influenza, aggiunge Pregliasco, "ci ricorda che questa malattia può uccidere, soprattutto i soggetti più fragili. Da noi la consapevolezza è minore, mentre invece bisogna essere preparati. Soprattutto se ci sono comorbidità, come in questo caso, l'influenza può essere molto pericolosa, e non a caso ogni anno registriamo nel nostro paese 8-10 mila morti collegati al virus", ha proseguito il virologo. "I più a rischio sono i soggetti anziani, o chi ha una malattia preesistente, ma le complicazioni possono riguardare tutti".



19-09-2019

780.455

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

Influenza: la campagna vaccinale inizierà a metà ottobre Aifa, fino a fine dicembre. Protezione del vaccino dura 6-8 mesi

- ROMA, 19 SET - La campagna vaccinale contro l'influenza inizierà a metà ottobre e terminerà a fine dicembre: lo precisa l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) nella sua determina, pubblicata ieri in Gazzetta ufficiale, che autorizza l'aggiornamento per la stagione 2019-2020 della composizione dei vaccini influenzali. Il periodo della campagna vaccinale è basato sulla situazione climatica e l'andamento temporale mostrato dalle epidemie influenzali in Italia, salvo specifiche indicazioni che saranno fornite, se necessario, nel caso di eventi legati ai vaccini o all'andamento epidemiologico stagionale dell'influenza. I vaccini che saranno usati sono quelli approvati secondo la procedura registrativa centralizzata coordinata dall'Agenzia europea dei medicinali (Ema). La loro composizione segue le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) e del Comitato per i Medicinali per Uso umano (Chmp) dell'Ema. La protezione del vaccino comincia circa due settimane dopo la vaccinazione e dura per sei-otto mesi circa, per poi decrescere. Oltre alle vaccinazioni e l'eventuale uso di farmaci antivirali, per limitare la diffusione dell'influenza, ricorda l'Aifa, è importante lavare regolarmente e frequentemente le mani con acqua e sapone, coprire la bocca e il naso con un fazzoletto quando si tossisce e starnutisce e poi gettarlo nella spazzatura, e aerare regolarmente le stanze in cui si soggiorna.

Giovedì 19 SETTEMBRE 2019

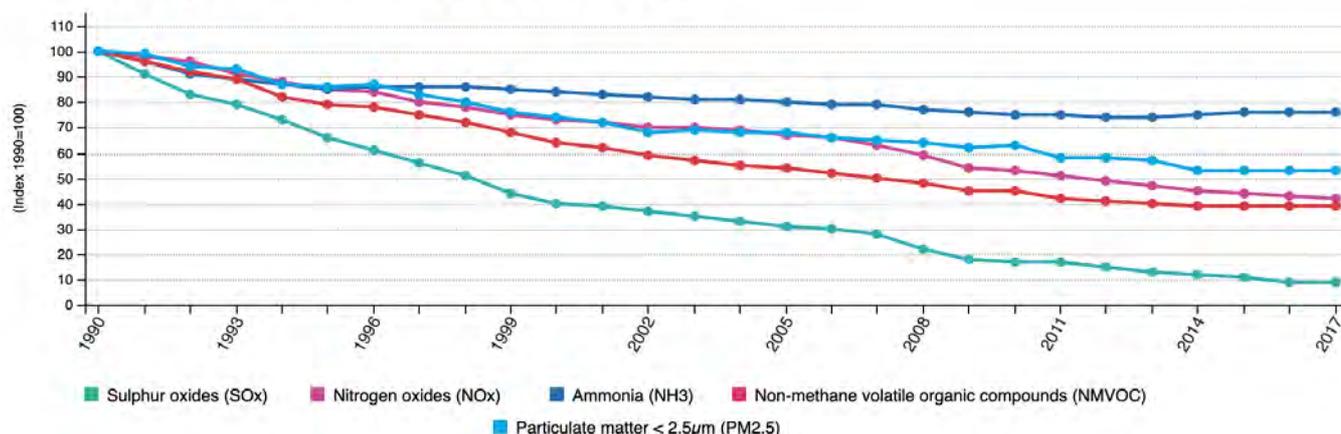
Inquinamento. Dal particolato agli ossidi di zolfo, negli ultimi 30 anni in Europa sono crollate le emissioni. Italia in ritardo

È quanto emerge da un'analisi Eurostat che ha registrato l'andamento delle emissioni di inquinanti atmosferici tra il 1990 e il 2017. La caduta maggiore è stata registrata per gli ossidi di zolfo (SOx) che sono diminuiti del 90%, seguiti dai composti organici volatili non metanici (NMVOC) e dagli ossidi di azoto (NOx), che sono diminuiti approssimativamente del 60%. Le emissioni di particolato fine (PM2,5) sono diminuite di quasi la metà dall'anno 1990. Anche in Italia i numeri segnano un calo ma meno marcato.

Negli ultimi 28 anni (dal 1990 al 2017) nella UE si sono registrate riduzioni delle emissioni di tutti gli inquinanti atmosferici. La caduta maggiore è stata registrata per gli ossidi di zolfo (SOx) che sono diminuiti del 90%, seguiti dai composti organici volatili non metanici (NMVOC) e dagli ossidi di azoto (NOx), che sono diminuiti approssimativamente del 60%. Le emissioni di particolato fine (PM2,5) sono diminuite di quasi la metà dall'anno 1990. La riduzione più piccola è stata registrata per le emissioni di ammoniaca (NH₃), che sono diminuite di circa un quarto. Anche nel nostro Paese le tonnellate di inquinante sono scese ma i progressi sono stati più limitati rispetto alla media europea.

Ecco i dati.

Emissioni di inquinanti atmosferici, UE-28, 1990-2017



Ossidi di zolfo

L'inquinante con la maggiore riduzione delle emissioni nella Ue è stato l'ossido di zolfo. Le emissioni di SOx nel 2017 sono state di 2,3 milioni di tonnellate rispetto a 25 milioni di tonnellate nel 1990 (-90%). La maggior parte delle emissioni di SOx è stata ridotta nel settore della produzione e distribuzione di energia (15,3 milioni di tonnellate in meno).

Le riduzioni rilevate nel report sono state il risultato di una combinazione di misure politiche:

- commutazione del combustibile nei settori connessi all'energia, lontano dai combustibili solidi e liquidi con alto contenuto di zolfo verso combustibili a basso contenuto di zolfo come il gas naturale;
- applicazione di tecniche di desolforazione dei gas di combustione (FGD) in impianti industriali;
- Direttive UE relative al contenuto di zolfo di alcuni combustibili liquidi.

L'Italia è passata da 1,7 mln di tonnellate a 115 mila (-94%) ed è l'unico inquinante dove la riduzione è stata più marcata rispetto alla media europea.

Ossidi di azoto

Negli ultimi 28 anni, le emissioni di NOx in tutta l'UE sono più che dimezzate da 18 a 7,5 milioni di tonnellate. La riduzione maggiore si è verificata nel trasporto su strada (4,6 milioni di tonnellate in meno), il principale settore che contribuisce alle emissioni totali di NOx. Le riduzioni delle emissioni nel settore dei trasporti su strada sono principalmente il risultato del montaggio di catalizzatori sui veicoli. Le norme legislative note come norme "Euro" hanno guidato questa mossa. Le emissioni di NOx nel settore della produzione e distribuzione di energia sono diminuite di 3 milioni di tonnellate grazie all'introduzione di tecnologie di abbattimento specifiche (ad es. Bruciatori a basso NOx, tecniche di abbattimento dei gas di combustione) e al passaggio da combustibile solido a gassoso.

Ammoniaca

Le emissioni di NH₃ derivano quasi interamente dall'agricoltura. Rispetto ad altri inquinanti, le riduzioni delle emissioni di NH₃ sono state moderate. Nella Ue nel corso degli ultimi 27 anni le emissioni di NH₃ sono diminuite solo da circa un quarto da 5,2 a 3,9 milioni di tonnellate (-24%). Le principali riduzioni sono state raggiunte attraverso una migliore gestione del letame. Oggi l'ammoniaca è probabilmente il gas acidificante più significativo emesso in Europa. L'Italia è passata da 474.993 tonnellate a 384.192 tonnellate (-20%), un dato che ci vede al 4° posto per quantità di emissioni dopo Germania, Francia e Spagna.

Composti organici volatili non metanici

Tra il 1990 e il 2017, le emissioni di NMVOC in tutta l'UE sono state ridotte di circa il 60% da 17,8 a 7 milioni di tonnellate. Una forte riduzione è avvenuta nel settore dei trasporti su strada (5 milioni di tonnellate in meno) e nei processi industriali e nell'uso dei prodotti (2,9 milioni di tonnellate in meno).

L'Italia è passata da 2 mln di tonnellate a 935 mila (-53%), un dato che in ogni caso ci vede al 2° posto dopo la Germania per quantità emesse.

Particolato fine

Le emissioni di PM_{2.5} in tutta l'UE sono diminuite di quasi il 50% tra il 1990 e il 2017 passando da 2,4 mln a 1,3 tonnellate. L'Italia è passata da 228 mila a 164 mila (-28%). Le riduzioni più significative hanno avuto luogo nel settore della produzione e distribuzione di energia, nel settore commerciale, istituzionale e delle famiglie, nonché nel trasporto stradale.

Visti da lontano

di Massimo Gaggi

Negli Usa l'obesità uccide più delle armi

Massacri che insanguinano scuole, supermercati e templi d'America generano panico e discussioni infinite (ma inconcludenti) sulla limitazione delle armi da fuoco. Quelle stragi sono anche argomento fisso dei dibattiti tra i candidati democratici alla Casa Bianca che, invece, ignorano un killer occulto e ben più micidiale: l'epidemia di obesità che ha sconvolto il Dna di una nazione nella quale, nonostante tanti allarmi e impegni, tre adulti su quattro sono, ormai, obesi o sovrappeso mentre 100 milioni di cittadini (su 330 totali) sono diabetici o prediabetici. I moniti non mancano ma cadono nel vuoto: qualche giorno fa Bill Maher, un conduttore che usa la satira per scuotere le coscienze, ha provocato gli spettatori del suo show: «Ad agosto le vittime di assalti in luoghi pubblici sono state 51. Sapete in quei giorni quanti americani sono stati uccisi dall'obesità? Quarantamila». A impressionare, oltre ai numeri assoluti – gli obesi saliti dal 15% di fine anni 70 al 40%, il 20% dei decessi tra i 40 e gli 85 anni provocato dal peso eccessivo che alimenta diabete, malattie cardiovascolari, del fegato e alcuni tipi di cancro – è l'incapacità degli Stati Uniti di affrontare una simile emergenza, nota da decenni. Il Paese di tutte le libertà è anche un Paese pragmatico che in passato ha saputo intervenire su problemi sociali devastanti come l'eccessiva diffusione del fumo. Col cibo niente da fare: quello industriale, con più zucchero, sale e grassi, costa meno, è ovunque e spesso ha un sapore accattivante. Chi ha proposto limiti, agevolando, invece, vegetali e prodotti freschi è stato bollato dalla destra liberista come fautore dello Stato-balia o addirittura *food nazi*, nazista del cibo. L'autoregolamentazione promessa da produttori di bevande o catene di *fast food* ha dato scarsi risultati. Ma anche gli sforzi del Pentagono di imporre alle reclute esercizio e diete sono caduti nel vuoto: l'efficienza operativa dell'esercito soffre per l'appesantimento dei soldati (22% di obesi, si salvano solo i *marines* con l'8%). Una catastrofe umana ma anche economica: 327 miliardi di dollari spesi ogni anno per il diabete, 351 per le malattie cardiovascolari: calcolando le perdite produttive, il sovrappeso costa all'America il 9% del Pil. Ma non si muove nulla, nemmeno a sinistra. Maher la paragona all'odiata lobby delle armi: «I liberal? Sono la Nra della maionese». © RIPRODUZIONE RISERVATA



Secondo la Corte Ue agevolate anche prestazioni fatturate al laboratorio di analisi

Esenzioni ampie per le cure

Il beneficio Iva non richiede la fiducia medico-paziente

DI FRANCO RICCA

L'esenzione dall'Iva delle prestazioni mediche non è subordinata all'esistenza di un rapporto di fiducia tra il professionista e il paziente. Tali prestazioni sono pertanto esenti anche quando fatturate ad una struttura sanitaria, per esempio un laboratorio di analisi. È quanto emerge dalla sentenza della Corte di giustizia Ue depositata il 18 settembre 2019 nella causa C-700/17, promossa dai giudici tedeschi nell'ambito di una controversia scaturita dal rifiuto dell'amministrazione finanziaria di esentare le prestazioni mediche rese da un medico specialista ad una società operante nella diagnostica di laboratorio, consistenti in analisi diagnostiche e supporto medico nell'ambito di misure di medicina trasfusionale in specifiche situazioni terapeutiche.

Le questioni sollevate vertevano sull'interpretazione delle disposizioni di cui alle lettere b) e c) dell'articolo 132 della direttiva Iva (punti 18 e 19 dell'art. 10 del dpr n. 633/72), che esentano dall'imposta, rispettivamente:

- l'ospedalizzazione e le cure mediche nonché le operazioni ad esse strettamente connesse, assicurate da enti di diritto pubblico oppure, a condizioni sociali analoghe a quelle vigenti per i medesimi, da istituti ospedalieri, centri medici e diagnostici e altri istituti della stessa natura debitamente riconosciuti;

- le prestazioni mediche effettuate nell'esercizio delle professioni mediche e parame-

diche quali sono definite dallo stato membro interessato.

L'amministrazione sosteneva che l'esenzione prevista dalla lettera c) per le «prestazioni mediche» è subordinata alla condizione che esista un rapporto di fiducia tra il medico e la persona, condizione assente nella fattispecie. Nella sentenza, la Corte ha dichiarato anzitutto che le suddette disposizioni vanno interpretate nel senso che prestazioni mediche quali quelle controverse possono rientrare nell'esenzione prevista alla lettera c) dell'articolo 132, qualora non soddisfino, come nella fattispecie, l'insieme delle condizioni per l'applicazione dell'esenzione di cui alla lettera b). La distinzione tra le due previsioni, infatti, non si basa sulla natura delle prestazioni, che in entrambi i casi ha per oggetto le cure mediche, bensì nel luogo in cui sono erogate.

Quanto alla portata dell'esenzione della lettera c), in particolare sull'eventualità che richieda un rapporto di fiducia tra il paziente e il medico, la Corte osserva che la disposizione richiede, ai fini dell'esenzione delle prestazioni menzionate, due sole condizioni: che si tratti di prestazioni mediche e che siano effettuate nell'esercizio delle professioni mediche e paramediche.

Non è quindi richiesto in alcun modo che tali prestazioni siano fornite nell'ambito di un rapporto di fiducia tra il prestatore di assistenza sanitaria e la persona in cura. Una simile condizione, del resto, non si giustifica in considerazione dell'obiettivo della norma di ridurre il costo delle cure sa-

nitare in modo da renderle più accessibili.

È vero che la Corte, in passato, ha avuto modo di precisare che, diversamente dalla disposizione della lettera b), quella della lettera c) si applica a prestazioni effettuate al di fuori degli istituti ospedalieri e nell'ambito di un rapporto di fiducia tra il paziente e il prestatore di assistenza sanitaria, rapporto che normalmente si svolge nello studio privato del prestatore stesso; lo ha fatto, però, soltanto al fine di rimarcare il diverso ambito di applicazione delle due disposizioni, non certo con l'intento di dichiarare che l'esenzione della lettera c) si applichi solo alle prestazioni mediche fornite nell'ambito di un rapporto di fiducia tra il prestatore di assistenza sanitaria e la persona in cura. Quella giurisprudenza, insomma, ha inteso chiarire che mentre la lettera b) esenta tutte le prestazioni compiute in ambito ospedaliero, la lettera c) mira a esentare le prestazioni mediche fornite al di fuori di un tale ambito, tanto nello studio privato del prestatore quanto nel domicilio del paziente o altrove, senza che sia necessario un rapporto di fiducia tra il paziente e il prestatore di assistenza sanitaria.

—© Riproduzione riservata—



L'appello dei Nobel all'Europa "Vogliamo un commissario alla scienza"

La ricerca è stata inclusa nell'area innovazione Da Rubbia a McDonald: "Serve più equilibrio"

di Elena Dusi

Dov'è la scienza nella nuova Commissione Europea? Se lo chiedono 9 Premi Nobel (fra cui l'italiano Carlo Rubbia) e tremila scienziati del continente, che da due giorni aggiungono firme a una petizione rivolta alla presidentessa Ursula von der Leyen. Fra i nuovi "ministeri" le parole scienza e istruzione sono infatti scomparse. Rientrano fra le competenze della Commissaria a "Innovazione e Gioventù", la bulgara Mariya Gabriel, che pure fra il 2021 e il 2027 gestirà i 100 miliardi del programma più corposo mai dedicato alla scienza in Europa: Horizon Europe.

Che tutti quei soldi vadano all'innovazione anziché alla scienza non è un dettaglio. Innovazione vuol dire soprattutto prodotti che si vendono. Scienza vuol dire ricerca di base ed esperimenti condotti da università ed enti pubblici: temi più astratti, se si vuole, ma senza i quali non ci sarebbe innovazione. Senza la teoria

della relatività non ci sarebbero i gps, senza la meccanica quantistica non ci sarebbero i chip di computer e telefoni. «E difficilmente avremmo inventato una lampadina se ci fossimo dedicati solo a perfezionare le candele, senza scoprire le leggi dell'elettromagnetismo» aggiunge Luciano Maiani, fra i più prestigiosi fisici italiani, ex direttore del Cern di Ginevra ed ex presidente del Consiglio Nazionale delle Ricerche, uno dei promotori della lettera. Lui già oggi trascorre 5 mesi all'anno all'università di Shanghai, «dove non si fatica a trovare fondi anche per la scienza, oltre che per l'innovazione».

«Nella nuova Commissione educazione e ricerca non sono più rappresentate esplicitamente» è il testo della petizione. «Sono incluse nell'area innovazione e gioventù, enfatizzando le possibilità di sfruttamento economico e riducendo l'educazione agli anni giovanili, quando sarebbe essenziale a ogni età». Obiettivo degli scienziati è estendere la delega di Mariya Gabriel anche alla scienza: potrebbe deciderlo il Parlamento Europeo, chiamato dal 30 settembre a ratificare i commissari. Già eletta di misura e invischiata nelle polemiche per il portafoglio allo "sti-

le di vita europeo" (che include l'immigrazione), von der Leyen si trova ora contro l'intera (o quasi) comunità degli scienziati del continente.

Ad allarmarsi sono stati per primi i fisici italiani e tedeschi. Da lì il tam tam si è esteso a ogni paese e disciplina. Con Rubbia hanno aderito il Nobel per la Fisica del 2015 Art McDonald (è canadese ma va a "caccia di neutrini" al Gran Sasso), quelli del 2012 e 2002 e 1997, Serge Haroche, Theodor Haensch e Claude Cohen-Tannoudji, i Nobel per la Chimica 2016 Jean-Pierre Sauvage e 1987 Jean-Marie Lehn, quelli per la Medicina 2014 (Edvard Moser) e 2008 (Françoise Barré-Sinoussi, per la scoperta dell'Hiv). «Ogni disciplina rischia di essere toccata. È solo il titolo di un incarico. Ma sappiamo quanto importante sia una parola» dice Fabio Zwirner, fisico teorico all'università di Padova e vicepresidente di quell'Erc (European Research Council) che tra il 2021 e il 2027 sarà cinghia di trasmissione di 13 miliardi di fondi per la scienza di base. «La narrativa attuale è che l'Europa sia già messa bene con la ricerca e debba spingere di più nei rapporti con le industrie. Ma la realtà è che senza l'equilibrio fra le due gambe, marciare spediti diventa impossibile».

I protagonisti

Carlo Rubbia

Lo scienziato, 85 anni, ha vinto il Nobel per la Fisica nel 1984. Senatore a vita da agosto 2013



Ursula Von der Leyen

Eletta a luglio presidentessa tedesca della commissione europea: ha 60 anni



www.adnkronos.com

Alimentazione: dieta mediterranea 'scioglie' grasso accumulato nel fegato

Riduzione del 40% con regime multifattoriale

Barcellona, 19 set. (AdnKronos Salute) - La dieta mediterranea può portare a una riduzione del 40% del grasso accumulato nel fegato. Un risultato importante, visto che per questa condizione non esiste ancora una terapia farmacologica. Lo rivela una ricerca condotta all'Università Federico II di Napoli, presentata al 55esimo Congresso dell'Associazione europea per lo studio del diabete (Easd) in corso a Barcellona. La dieta mediterranea è una regime multifattoriale, ricco in carboidrati a basso indice glicemico (cereali integrali e legumi), acidi grassi monoinsaturi (olio d'oliva), acidi grassi omega 3 e omega 6 (presenti nel pesce e nella frutta secca a guscio), vitamine e polifenoli (presenti in frutta, verdura, tè, caffè). Questo approccio dietetico può dunque combattere la steatosi epatica non alcolica (cioè l'accumulo di grasso nel fegato), presente nel 70% circa dei pazienti con diabete tipo 2, nei quali può associarsi a forme più severe di danno epatico e a un'aumentata prevalenza di patologie cardiovascolari. Non solo una, ma diverse, le componenti della dieta che possono influenzare il contenuto epatico di grasso, hanno rilevato gli esperti. "Il nostro gruppo di ricerca - spiega Giuseppe Della Pepa del Dipartimento di Medicina clinica e Chirurgia della Federico II - ha dimostrato come una dieta ricca in particolare di acidi grassi monoinsaturi, presenti nell'olio d'oliva, riduca il contenuto epatico di grasso nei pazienti con diabete tipo 2". "Il nostro studio di intervento nutrizionale controllato - afferma Angela Albarosa Rivellese, membro della Società italiana di diabetologia (Sid) e professore ordinario di Scienze tecniche dietetiche applicate presso l'ateneo campano - dimostra chiaramente come sia possibile ridurre di ben il 40% l'accumulo di grasso presente nel fegato di pazienti con diabete tipo 2 con una strategia nutrizionale multifattoriale, che ricorda la vera dieta mediterranea, quella seguita più di 50 anni fa. Questo risultato è estremamente importante dal punto di vista clinico, sia per l'elevata frequenza della steatosi epatica nel diabete sia perché, almeno al momento, non esistono altre strategie terapeutiche che abbiano dimostrato una tale efficacia".

In crescita prescrizioni di farmaci off label per bambini

Studio Usa, rischio reazioni avverse

Sono in aumento le prescrizioni di farmaci off label destinati ai bambini. E' quanto emerge da uno studio della Rutgers University condotto in Usa. Considerata la mole di medicinali prescritti ai piccoli pazienti al di fuori delle condizioni autorizzate dalle autorità regolatorie, i ricercatori sottolineano la necessità di fare di più per assicurare ai bimbi farmaci pediatrici efficaci e sicuri. Lo studio, su 'Pediatrics', ha analizzato i dati raccolti dal 2006 al 2015 nei Centers for Disease Control and Prevention's National Ambulatory Medical Care Surveys, che forniscono informazioni sulle visite ambulatoriali negli Stati Uniti. I ricercatori hanno analizzato la frequenza, le tendenze e i

motivi per cui i medici hanno prescritto farmaci off label agli 'under 18'. "Non sappiamo come i farmaci off-label agiranno sui bimbi, che non sempre rispondono come fanno gli adulti", ha detto Daniel Horton. Il rischio "è che questi medicinali usati sui giovanissimi senza essere stati sperimentati ad hoc si rivelino dannosi". Lo studio ha rilevato che in circa il 19% dei due miliardi di visite ambulatoriali studiate, i medici hanno prescritto uno o più farmaci sistemici off-label, spesso per condizioni comuni come infezioni respiratorie o asma. Lo studio rivela anche che i tassi di prescrizione off-label sono aumentati dal 42% nel 2006 al 47% nel 2015.

Margherita Lopes

