



RASSEGNA STAMPA

02-10-2019

1. PHARMA KRONOS Cresce spesa per farmaci anticancro: + 659 mln in un anno
2. DOCTOR 33 Qualità di vita degli anziani con tumore, i dati aggiornati del progetto Passi
3. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Test genetico anche sull'uomo
4. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Int. a Cristiana Sessa - «Ricercatrici, siate coraggiose»
5. LIBERO QUOTIDIANO Adolescenti disastrosi: non fanno sport e bevono
6. QUOTIDIANO SANITÀ Adolescenti: solo 1 su 10 fa attività fisica
7. ANSA Iss, per teenager italiani troppo alcol e gioco azzardo
8. REPUBBLICA Le notti alcoliche dei quindicenni "Sbronze estreme per 4 su 10"
9. ADN KRONOS Alimenti: nuove linee guida Usa, non serve ridurre consumo carne rossa
10. ADN KRONOS Eutanasia: l'indagine, il 93% degli italiani è favorevole
11. DONNA MODERNA Cosa succederà dopo la sentenza Cappato
12. MESSAGGERO Suicidio assistito, l'iter riparte dalla Camera
13. LIBERO QUOTIDIANO Liste d'attesa infinite per una visita medica? Ecco come difendersi
14. MESSAGGERO Il cuore in tilt se si respira fumo passivo
15. CORRIERE DELLA SERA I ticket in base al reddito
16. GIORNO - CARLINO - NAZIONE Ticket sanità, ceto medio nel mirino
17. STAMPA Sanità, addio al ticket uguale per tutti Speranza: "Chi più ha, più dovrà pagare"
18. SOLE 24 ORE Addio al superticket, ma cure salate per i redditi più alti
19. LIBERO QUOTIDIANO Arriverà l'influenza, vaccinatevi per tempo
20. GIORNALE Speranza imita Robin Hood: ai ricchi ticket sanitari più alti
21. REPUBBLICA.IT I batteri resistenti agli antibiotici si annidano nel mare delle aree urbane

Cresce spesa per farmaci anticancro, +659 mln in un anno **Gori (Aiom), per sostenibilità sistema delineare percorsi su misura**

Un'esplosione, frutto del progresso della ricerca. La spesa per i farmaci anticancro in Italia è aumentata di oltre 650 milioni di euro in un anno: passando da 5 miliardi nel 2017 a 5 miliardi e 659 milioni nel 2018. Non solo: in cinque anni (2013-2017) nel mondo sono stati commercializzati 54 nuovi trattamenti anticancro e l'Italia ha garantito (entro il 2018) la disponibilità per 35 di queste molecole innovative, collocandosi al quinto posto a livello internazionale dopo Stati Uniti (52), Germania (43), Regno Unito (41), Francia (37), e davanti a Canada (33), Spagna (30) e Giappone (29). Proprio sulla sfida della sostenibilità dei sistemi sanitari si confrontano più di 24mila esperti al congresso della Società europea di oncologia

medica (Esmo, European Society for Medical Oncology), di Barcellona. E grazie alla ricerca anche la prevenzione, prima arma per combattere i tumori, diventa personalizzata. "Circa il 40% delle neoplasie può essere evitato seguendo uno stile di vita sano (no al fumo, attività fisica costante e dieta corretta) - afferma Stefania Gori, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e direttore dipartimento oncologico, Irccs ospedale Sacro Cuore Don Calabria-Negrar (Vr) - In Italia il 34,5% dei cittadini è sedentario, il 31,6% è in sovrappeso, il 10,9% obeso e il 25,7% fuma.

<http://www.doctor33.it/politica-e-sanita/qualita-di-vita-degli-anziani-con-tumore-i-dati-aggiornati-del-progetto-passi/>

Qualità di vita degli anziani con tumore, i dati aggiornati del progetto Passi



È stata recentemente presentata l'edizione 2019 dei volumi annuali "I numeri del cancro in Italia" a cura dall'Associazione italiana registri tumori (Airtum) e dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), con la fondamentale collaborazione dei progetti Passi e Passi d'Argento dell'Istituto superiore di sanità. La pubblicazione di quest'anno si occupa in particolare di approfondire il profilo di salute, la qualità di vita e i bisogni di cura e assistenza delle persone con più di 65 anni che hanno ricevuto una diagnosi di tumore, e cerca di completare la visione d'insieme presentata nelle edizioni precedenti basandosi su un campione di 22.811 persone di 65 anni o più residenti in Italia raccolto tramite Passi d'Argento, un progetto di sorveglianza che ha permesso di raccogliere dati molto importanti direttamente dalle persone interessate. Di queste persone, 3.019 hanno riferito di aver ricevuto una diagnosi di tumore, equivalente a una prevalenza annua nella popolazione generale di anziani del 12,8%, in linea con quanto emerge dalle stime di prevalenza dai dati dei registri tumori. L'analisi dei dati ha mostrato che in tale popolazione la salute percepita, la qualità della vita e il benessere psicologico sono compromessi in maniera significativa, come anche l'autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Questa situazione si verifica molto più frequentemente tra le persone con una diagnosi di tumore rispetto a quelle che non presentano patologie croniche, e anche rispetto a quelle che hanno patologie croniche non tumorali. Ma non solo, anche le disabilità visive e uditive, che negli anziani portano inevitabilmente a isolamento e depressione, nonché a lesioni fisiche, risultano più frequenti in questa stessa popolazione. Quello che comunque colpisce è che, pur avendo problemi di salute, questi anziani conservano cattive abitudini di vita come fumo, consumo eccessivo di alcol, sedentarietà. Infatti, tra le persone con più di 65 anni con tumore l'11% è fumatore abituale, è alto il consumo di alcol, e il 40% è sedentario, mentre solo il 13% consuma almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno. Pare tra l'altro che anche i medici siano da biasimare per questa situazione, in quanto pochi anziani riferiscono di aver ricevuto consigli in merito da parte del loro professionista sanitario di fiducia, e questo, sorprendentemente, accade anche tra i pazienti che hanno ricevuto diagnosi di tumore.

Test genetico anche sull'uomo

NICOLA SIMONETTI

Maschi discriminati nella ricerca di familiarità e, quindi, di prevenzione di cancro di pancreas, prostata, seno (possibile anche nell'uomo), melanoma.

Angelina Jolie è richiamata in causa e fa scoprire che la sindrome ereditaria seno-ovaio può coinvolgere cancro anche maschili che avrebbero diritto, anch'essi, ad indagine genetica.

L'attrice - si ricorderà - dopo aver scoperto di essere portatrice di una mutazione genetica, ha scelto di sottoporsi a chirurgia preventiva di asportazione di mammelle ed ovaio, possibili sedi, per lei, di tumore prossimo venturo.

La sua vicenda diffuse nel mondo la conoscenza di questo rapporto genetico dovuto a mutazioni BRCA ereditarie (sindrome oncologica mammario-ovarica ereditaria). Ora, ad evitare confusioni - dice Colin C. Pritchard, università Washington - la sindrome cambia nome: "sindrome di King" (in onore di chi segnalò che un solo gene associa mammella ed ovaio) perché non si pensi che il rischio riguardi solo le donne, mentre la stessa mutazione coinvolge i maschi essendo essa associata ad altri tumori.

Il test genetico per svelare la presenza, nel soggetto, di mutazioni BRCA va esteso, nei casi sospetti, anche all'uomo.

Le ultime linee guida della National Comprehensive Cancer Network USA raccomandano i test BRCA per gli uomini con carcinoma prostatico metastatico o avanzato e storia familiare della malattia (Nature 573, 346, 2019). Non considerate, però, le stesse possibilità in altri tumori.

"I test non sono ancora eseguiti per le persone giuste al momento giusto". Uno studio su 34.000 intervistati USA, ha rilevato che le donne hanno probabilità 10 volte maggiori rispetto agli uomini di essere testate per le mutazioni BRCA1 e BRCA2. Eppure ambedue i sessi hanno stessi tassi di mutazione e possibilità di trasmettere la mutazione ai propri figli" (Pritchard, Nature 571, 27-29; 2019).

"All'Istituto europeo di oncologia - scrivono i dr Marabelli, Calverio, Bonanni - abbiamo testato molto meno uomini rispetto alle donne per le mutazioni di questi geni: 357 contro 4.728, dal 2001.

A Bari, sul tumore dell'ovaio, nell'ambito della "Notte Europea Ricercatori Apulia", si è svolto un incontro scientifico che ha illustrato lo stato dell'arte e proposto il "Progetto Anova" (prof. Nicoletta Resta) mentre il prof. Antonio Scillitani (dipart. Farmacia, Bari) ha comunicato i primi risultati di un progetto ("Genesi-Mise") relativo a marcatori di espressione genica per giungere a diagnosi precoce poiché - ha detto il prof. Gennaro Cormio (clinica ginecologica, Bari) - sette su 10 diagnosi giungono in fase avanzata, con ridotte possibilità di terapia efficace e di sopravvivenza. La diagnosi precoce muta la condanna, (quasi) certa, in guarigione/rallentamento della progressione della malattia.



«Ricercatrici, siate coraggiose»

L'oncologa premiata al congresso europeo: nella vita si deve rischiare

Speranza

Buoni risultati per il tumore alla vescica con l'immunoterapia. Lo rivela uno studio presentato a Barcellona

Anna Bogoni
■ MILANO

È LA NEO vincitrice del prestigioso premio 'Donne per l'oncologia' della Società europea di oncologia medica (Esmo), che si è riunita in congresso a Barcellona e a cui hanno partecipato circa 25mila specialisti di oncologia provenienti da tutto il mondo. Il suo nome è Cristiana Sessa, 66 anni, nata a Varese, consulente per i tumori ginecologici all'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI) di Bellinzona e con un passato di ricerca anche in Italia. Il premio le è stato assegnato per il suo sostegno alla formazione di giovani colleghe oncologhe e per il suo impegno in favore del riconoscimento da parte delle strutture sanitarie e delle società scientifiche dell'importante ruolo svolto dalle donne medico nel campo dell'oncologia.

Professoressa, perché è così importante la figura del

mentore?

«È una persona che ti accompagna nella tua crescita, con cui condividi la visione della realtà. Non ti risolve i problemi ma ti sta vicino, ti aiuta a crescere dandoti indicazioni e poi verifica ciò che hai fatto. Una figura importante, di riferimento, con cui si deve creare un'ottima sintonia. Come si trova il proprio mentore? Lo si deve cercare, se si vuole crescere a livello lavorativo, ma anche come dimensione personale. Io, per esempio, ho avuto mentori importanti. Mi è capitato, da giovane, di sentire di non avere le competenze adeguate in certe situazioni; è importante avere consapevolezza dei propri limiti. In quel caso ho cercato un supporto per svolgere quel compito e per trovare la fiducia in me stessa».

Lo si deve cercare per forza in ambito lavorativo?

«Anche no; per crescere si può fare riferimento anche a persone esterne, pescare in ambienti diversi, ma che senti simili a te e in grado di appoggiarti».

Per una donna è meglio un mentore donna?

«Per me è stato così, ne diventi amica, ti ispira, hai più punti in contatto. Anche i giovani uomini hanno bisogno di mentori, non dimentichiamolo».

Ha mai lavorato in ambienti maschilisti?

«Per fortuna ho sempre sentito grande rispetto per me e, in generale, per le donne. Se però non è così, bisogna farlo presente e correggere. La cosa che non

dobbiamo fare mai, come donne, è assumere atteggiamenti maschilisti rispetto alle colleghe donne».

Nel suo discorso di premiazione ha parlato alle giovani donne dicendo di essere coraggiose. In che senso?

«Che bisogna rischiare. Se vuoi ottenere qualcosa nella vita devi lavorare per acquisire le competenze e poi rischiare, avere il coraggio di cercare il posto giusto per te. Insomma, non devi adattarti alla situazione, ma affrontare il rischio, soprattutto finché si è giovani. Poi è più difficile cambiare la visione che gli altri hanno di te».

Lei ha avuto coraggio?

«In certe situazioni avrei potuto essere più coraggiosa, in altre invece non ho esitato ad andare all'estero, in situazioni che comportavano anche delle rinunce».

Ne ha fatte molte?

«Se sei contenta di quello che fai, stai bene così e investi ancora di più nel lavoro. Oggi è possibile però fare scelte diverse, ma se non sei da sola, se hai una rete di amiche che ti sostengono e nella coppia si è d'accordo. Per me forse è stato più facile perché ho sempre fatto vita da single ed ero più libera».

Riesce ad avere tempo libero?

«Nel tempo libero mi piace molto camminare in montagna e in generale fare attività fisica. Altra mia grande passione è l'ascolto della musica classica, Mozart più di tutti. Come per la montagna, sono modi bellissimi per ripulire la mente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Preoccupa lo stile di vita della generazione tra gli 11 e i 15 anni

Adolescenti disastrosi: non fanno sport e bevono

■ Uno stile di vita sedentario, un'alimentazione non molto sana unita a una propensione al consumo di alcolici, e una preferenza per i rapporti virtuali sui social a scapito di quelli reali. È quanto emerge da una fotografia degli adolescenti italiani tra gli 11 e i 15 anni, scattata dalla rilevazione 2018 del Sistema di sorveglianza Hbsc Italia (Health behaviour in school-aged children-comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare), promosso dal ministero della Salute/Ccm (Centro per il Controllo e la prevenzione delle malattie) e coordinato dall'Istituto superiore di sanità (Iss). Alla ricerca hanno partecipato anche le università di Torino, Padova e Siena in collaborazione con il ministero dell'Istruzione, le Regioni e le Aziende sanitarie locali. In tutto hanno risposto al questionario 58.976 ragazzi di tutte le regioni italiane. Secondo i dati emersi, dal 20 al 30% degli studenti non fa colazione nei giorni di scuola, solo un terzo consuma frutta e verdura una volta al giorno, il 16,6% è in sovrappeso e il 3,2% obeso. Per quanto riguarda l'attività fisica, meno del 10% dei ragazzini pratica almeno un'ora di sport al giorno mentre un quarto di loro supera le due ore (il massimo raccomandato) davanti a uno schermo. Particolare attenzione ha destato il tema dei social: a farne un uso problematico sono il 7,8% dei maschi e l'11,8% delle femmine, in particolare le 13enni (19%) dichiarano di preferire le interazioni online per parlare di sentimenti. Aumentano poi i fenomeni estremi legati al consumo di alcolici. Nel 2018, il 43% dei 15enni e il 37% delle loro coetanee ha praticato binge drinking, «l'abbuffata alcolica» che prevede l'assunzione 5 o più bicchieri in una volta sola negli ultimi 12 mesi.

In crescita anche il gioco d'azzardo con 4 studenti su 10 che affermano di averne avuto esperienza: a risultare più coinvolti sono i 15enni (62%) rispetto alle coetanee (23%). La quota di studenti a rischio di sviluppare una condotta problematica è pari al 16%, con un +10% rispetto al 2014. Una nota positiva arriva sul versante del bullismo, che continua a vedere l'Italia tra i Paesi meno interessati dal fenomeno.



quotidianosanita.it

Martedì 01 OTTOBRE 2019

Adolescenti: solo 1 su 10 fa attività fisica, appena il 30% fa colazione, preoccupa il binge drinking e in troppi abusano dei social media. La fotografia dell'Iss

Tuttavia hanno un'alta percezione della loro qualità di vita e un buon rapporto con i compagni e gli insegnanti. Indagine dell'Iss su 59mila ragazzi tra gli 11 e 15 anni. Aumentano anche quelli che giocano d'azzardo mentre rispetto ai coetanei Ue è meno presente il fenomeno del bullismo.

Gli adolescenti italiani hanno un'alta percezione della loro qualità di vita, anche se le loro abitudini non sono poi così corrette. Dal 20 al 30% degli studenti tra 11 e 15 anni, infatti, non fa la prima colazione nei giorni di scuola, solo un terzo dei ragazzi consuma frutta e verdura almeno una volta al giorno e meno del 10% svolge almeno un'ora quotidiana di attività motoria, come raccomandato dall'Oms, mentre un quarto di loro supera le due ore al giorno (il massimo raccomandato) davanti ad uno schermo. La fotografia a tutto tondo dei comportamenti degli adolescenti è stata scattata dalla rilevazione 2018 del Sistema di Sorveglianza HBSC Italia (Health Behaviour in School-aged Children – Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare), promosso dal Ministero della Salute/CCM (Centro per il Controllo e la prevenzione delle Malattie), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità insieme alle Università di Torino, Padova e Siena e svolto in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, le Regioni e le Aziende Sanitarie Locali.

L'indagine, i cui risultati sono stati illustrati oggi nell'Aula Pocchiarri dell'ISS, mostra oltretutto che aumentano i fenomeni estremi quali il binge drinking e la preferenza, soprattutto tra le ragazze, di trascorrere tempo online con gli amici piuttosto che incontrarsi. Di contro, l'Italia risulta essere tra i paesi meno interessati dal fenomeno del bullismo. Gli studenti, per di più, si sentono supportati da amici e compagni di classe e hanno un buon rapporto con gli insegnanti.

Alimentazione e stato ponderale

Sulla base di quanto auto-dichiarato da 58.976 ragazzi i dati 2018 evidenziano che il 16,6% dei ragazzi 11-15 anni è in sovrappeso e il 3,2% obeso; l'eccesso ponderale diminuisce lievemente con l'età, è maggiore nei maschi e nelle Regioni del Sud. Rispetto alla precedente rilevazione effettuata nel 2014 tali valori sono tendenzialmente stabili.

Tra i comportamenti alimentari scorretti, l'HBSC ha evidenziato nel 2018 l'abitudine frequente a non consumare la colazione nei giorni di scuola, con prevalenze che vanno dal 20,7% a 11 anni, al 26,4% a 13 anni e al 30,6% a 15 anni; tale percentuale è maggiore nelle ragazze in tutte le fasce d'età considerate. Questa abitudine, rispetto al 2014, ha subito un lieve peggioramento.

Solo un terzo dei ragazzi consuma frutta e verdura almeno una volta al giorno (lontano dalle raccomandazioni) con valori migliori nelle ragazze. Rispetto al 2014 aumenta il consumo, almeno una volta al giorno, di verdura ma diminuisce quello di frutta in tutte le fasce d'età e per entrambi i generi. Pane, pasta e riso sono gli alimenti più consumati in assoluto (1 ragazzo su 2).

Le bibite zuccherate/gassate sono consumate maggiormente dagli undicenni e dai maschi (le consumano almeno una volta al giorno: il 14,3% degli undicenni; il 13,7% dei tredicenni; il 12,6% dei quindicenni). Il trend è però in discesa, già dal 2014, per tutte le fasce d'età e senza differenza di genere.

Attività fisica e sedentarietà

L'OMS raccomanda almeno 60 minuti di attività motoria moderata-intensa tutti i giorni per i giovani (5-17 anni) includendo il gioco, lo sport, i trasporti, la ricreazione e l'educazione fisica praticate nel contesto delle attività familiari, di scuola e comunità. Nel 2018, la frequenza raccomandata di attività motoria moderata-intensa

quotidiana è rispettata dal solo 9,5% dei ragazzi 11-15 anni, diminuisce con l'età (11 anni: 11,9%; 13 anni: 6,5%; 15 anni: 6,8%) ed è maggiore nei maschi; tale comportamento risulta in diminuzione rispetto al 2014.

Le linee guida internazionali raccomandano di non superare due ore al giorno in attività dedicate a guardare uno schermo (videogiochi/computer/internet). Dai dati 2018 si evince che circa un quarto dei ragazzi supera questo limite, con un andamento simile per entrambi i generi e valori in aumento dopo gli 11 anni. Rispetto al 2014 non si riscontra un cambiamento sostanziale.

Fumo, alcol, cannabis e gioco d'azzardo

La quota totale (11-15anni) dei non fumatori negli ultimi 30 giorni si mantiene stabile: 89% nel 2018 rispetto al 88% del 2014. Le 15enni italiane fumano di più rispetto ai coetanei maschi; infatti il 32% delle ragazze rispetto al 25% dei ragazzi ha fumato almeno un giorno nell'ultimo mese.

Il 16% dei 15enni italiani (e il 12% delle 15enni) ha fatto uso di cannabis nel corso degli ultimi 30 giorni.

Aumentano i fenomeni estremi legati al consumo di alcolici tra i giovani. Nel 2018, il 43% dei 15enni (38% nel 2014) e il 37% delle 15enni (30% nel 2014) ha fatto ricorso al binge drinking (assunzione di 5 o più bicchieri di bevande alcoliche, in un'unica occasione) negli ultimi 12 mesi.

Più di 4 studenti su 10 hanno avuto qualche esperienza di gioco d'azzardo nella vita, con i ragazzi 15enni che risultano esserne coinvolti maggiormente (62%) rispetto alle coetanee (23%). La quota di studenti a rischio di sviluppare una condotta problematica o che possono già essere definiti problematici (presentano almeno due sintomi del disturbo da gioco d'azzardo come per esempio aver rubato soldi per scommettere) è pari al 16%, con un +10% rispetto al 2014.

Il rapporto tra pari, il contesto scolastico, il bullismo e il cyberbullismo

L'HBSC indaga anche alcuni aspetti del contesto di vita familiare e scolastico, come ad esempio il rapporto con i genitori, con i compagni di classe, gli insegnanti, i pari, il bullismo e il cyberbullismo. Nel 2018 più del 70% dei ragazzi (11-15 anni) parla molto facilmente con i genitori; più dell'80% dichiara di avere amici con cui condividere gioie e dispiaceri e più del 70% di poter parlare con loro dei propri problemi. Infine, oltre il 60% dei ragazzi ritiene i propri compagni di classe gentili e disponibili. Un ragazzo su 2 dichiara che gli insegnanti sono interessati a loro come persone e il 62,4% dei ragazzi dichiara di avere fiducia negli insegnanti.

Il bullismo continua a vedere l'Italia tra i paesi meno interessati dal fenomeno rispetto al complesso di quelli coinvolti nella rilevazione. Gli atti di bullismo subiti a scuola nel corso degli ultimi due mesi decrescono con l'età: coloro che dichiarano di essere stati vittima di bullismo almeno una volta negli ultimi 2 mesi sono il 16,9% degli undicenni (erano il 23% nel 2014), il 13,7% dei tredicenni e l'8,9% dei quindicenni. Rispetto al 2014 tale fenomeno è quindi complessivamente in riduzione. La percentuale di coloro che dichiarano di aver subito azioni di cyberbullismo negli ultimi due mesi diminuisce con l'età (11 anni: 10,1%; 13 anni: 8,5% e 15 anni: 7%).

L'uso problematico dei social media

La diffusione e l'uso dei social media, soprattutto tra i più giovani, richiede un'attenzione particolare; per tale motivo nei questionari HBSC 2018 è stata introdotta un'intera sezione su questo fenomeno. I risultati mostrano che i giovani che fanno uso problematico dei social media sono l'11,8% delle ragazze e il 7,8% dei ragazzi. La preferenza per le interazioni sociali online rispetto agli incontri faccia a faccia è frequentemente considerato un comportamento che contribuisce al rischio di sviluppare un uso problematico dei social media. Infatti, soprattutto le ragazze di 13 anni (19%) dichiarano di essere d'accordo o molto d'accordo nel preferire le interazioni online per parlare dei propri sentimenti. La maggioranza delle ragazze (86,9%) e dei ragazzi (77%) ha dichiarato di avere contatti giornalieri o più volte al giorno con la cerchia di amici stretti che frequentano anche faccia a faccia.

Le abitudini sessuali

Il 21,8% dei 15enni (26,2% maschi vs 17,6% femmine) dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi. Il tipo di contraccettivo prevalentemente utilizzato è il preservativo (70,9% dei maschi e il 66,3% delle femmine), seguito dal coito interrotto (37% maschi vs 54,5% femmine), dalla pillola (11,1% maschi vs 11,5% femmine) e poco meno del 6,5% riferisce l'uso di metodi naturali.

L'indagine

Il sistema di Sorveglianza HBSC raccoglie importanti informazioni sulla salute e gli stili di vita degli adolescenti di 11, 13 e 15 anni (studenti delle scuole primarie di II grado e scuole secondarie). L'età pre-adolescenziale e adolescenziale rappresenta una fase cruciale per lo sviluppo dell'individuo e la comprensione dei determinanti dei comportamenti a rischio, frequenti in questa fascia d'età, può contribuire alla definizione di politiche e interventi in grado di promuovere l'elaborazione di valori positivi e che facilitino l'adozione di stili di vita salutari.

Nella rilevazione 2018, i ragazzi di 11, 13 e 15 anni che hanno risposto al questionario sono stati 58.976 distribuiti in tutte le Regioni italiane (con un tasso di rispondenza complessivo pari al 97,1%); le classi campionate sono state 4.183, distribuite anch'esse in tutte le Regioni d'Italia (con un'adesione pari all'86,3%). L'elevata partecipazione, sia dei ragazzi che delle classi, è indicativa di un buon livello di sinergia tra il settore scolastico e il settore sanitario, nonché di una sensibilità particolare delle famiglie dei ragazzi verso i temi affrontati.

<http://www.ansa.it>

Iss, per teenager italiani troppo alcol e gioco azzardo

Crescono i malati di scommesse, +10% in 4 anni. Adolescenti supersedentari



Sono fortemente sedentari gli adolescenti italiani e mentre aumenta per loro il rischio alcol con comportamenti estremi come le abbuffate alcoliche cresce anche il disagio legato al gioco d'azzardo. Il disturbo riguarda ormai il 16% dei ragazzi.

Emerge dal rapporto dell'Iss sui ragazzi fra gli 11 e i 15 anni. Il 20-30% degli studenti non fa la prima colazione, solo un terzo dei ragazzi consuma frutta e verdura una volta al giorno e meno del 10% svolge almeno un'ora quotidiana di movimento, come raccomandato dall'Oms.

Nel 2018, il 43% dei 15enni e il 37% delle 15enni ha fatto ricorso al binge drinking.

Preoccupa anche il gioco d'azzardo e l'uso problematico dei social che crescono nei comportamenti a rischio degli adolescenti italiani: più di 4 su 10 hanno avuto qualche esperienza di gioco d'azzardo, con i ragazzi 15enni che risultano esserne più coinvolti (62%) rispetto alle coetanee (23%). Arriva al 16%, con un aumento del 10% in 4 anni, la quota di chi rischia o che è già definito problematico (con due sintomi del disturbo da gioco d'azzardo come per esempio aver rubato soldi per scommettere).

Le notti alcoliche dei quindicenni “Sbronze estreme per 4 su 10”

L'allarme dell'Istituto superiore di Sanità: alcuni cominciano a 11 anni e il 17% delle emergenze riguarda la fascia 14-18

di Maria Novella De Luca

ROMA – Si chiama *binge drinking* ed è un termine che ogni genitore di adolescente, purtroppo, conosce. Vuol dire abbuffata alcolica, consiste nel bere, mischiando senza criterio, alcolici e superalcolici, di solito il sabato sera, di solito con l'intento, deciso, di sbronzarsi. A 15 anni dall'arrivo in Italia di questo fenomeno nato in Inghilterra, dove il bere smodato dei teenager è un'emergenza nazionale, l'Istituto superiore di sanità ha diffuso ieri i dati, drammatici, del rischio alcolismo tra i ragazzini di casa nostra.

Nel 2018, il 43 per cento dei quindicenni (erano il 38 per cento nel 2014) e il 37 per cento delle loro coetanee (erano il 30 per cento nel 2014) ha sperimentato negli ultimi 12 mesi la “sbronza estrema”. Ossia

l'assunzione, secondo l'Istituto superiore di sanità, di 5 o più bicchieri di bevande alcoliche, in un'unica occasione. Quasi un ragazzino su due si sbronza, un'impennata. In realtà le dosi che gli adolescenti consumano, “shottino dopo shottino” in una notte, sono assai più alte dei 5 bicchieri, vista la percentuale di teenager che finiscono al pronto soccorso in coma etilico. Birra, vodka, amari, rum, in bicchierini (shot-tini) che vanno giù uno dietro l'altro. Il 17 per cento degli accessi per intossicazione alcolica, nelle unità di emergenza degli ospedali, è infatti costituito da giovanissimi tra i 14 e i 18 anni.

Un dato drammatico quello che emerge dalla fotografia a tutto tondo contenuta nel dossier “Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare” dell'Istituto superiore di sanità, che ha mappato le abitudini, buone e cattive dei nostri adolescenti. Dal cibo all'uso degli smartphone, dalla sedentarietà alla refrattarietà a consumare frutta e verdura. Dal 20 al 30 per cento degli studenti tra i 11 e 15 anni, infatti, non fa la prima colazione nei giorni di scuola, solo un terzo dei ragazzi consuma vegetali almeno una volta al giorno e meno del 10 per cento svolge almeno un'ora

quotidiana di attività motoria. Il 25 per cento dei teenager supera le due ore al giorno (il massimo raccomandato dall'Oms) davanti ad uno schermo.

Tutte cattive abitudini che mettono a rischio il fisico (obesità) e la mente (dipendenza da tecnologia), ma il vero allarme riguarda l'alcol. Sì, perché anno dopo anno, il fenomeno del *binge drinking* si manifesta in età più acerba. Secondo i dati dell'Istituto superiore di sanità, addirittura il 3,5 per cento dei bambini di 11 anni ha affermato di aver bevuto alcolici nei 30 giorni precedenti alla rilevazione, per arrivare al 45,2 per cento degli adolescenti.

Ma i ragazzini ammettono anche, esplicitamente, di essersi ubriacati almeno una volta nell'ultimo mese nel 10,9 per cento dei casi (le ragazze) e nel 12 per cento dei casi (i ragazzi). Anzi, esattamente come avviene nei paesi anglosassoni il *binge drinking* è un fenomeno sempre più femminile. Una cattiva abitudine dove la parità, purtroppo, è già realtà. I ragazzini bevono, dunque. Eppure vendere loro gli alcolici sarebbe vietato dalla legge. Ma, evidentemente, le maglie dei controlli hanno buchi grandi come voragini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<https://www.adnkronos.com/>

Alimenti: nuove linee guida Usa, non serve ridurre consumo carne rossa

Roma, 1 ott. (AdnKronos Salute) - Protagonista di grigliate e barbecue, ma demonizzata da cardiologi, oncologi e vegani, la carne rossa incassa una rivincita. Sulla base di una serie di 5 revisioni sistematiche sulla relazione tra consumo di carne e salute, un gruppo di esperti internazionali capitanati da Bradley Johnston interviene sugli 'Annals of Internal Medicine' stilando nuove linee guida destinate a suscitare scalpore. Secondo queste nuove indicazioni, infatti, non occorre ridurre il consumo di carne rossa e processata, almeno per la maggior parte della popolazione. Le stime attuali suggeriscono che gli adulti in Nord America e in Europa mangiano carne rossa e carne trasformata da 3 a 4 volte alla settimana. I ricercatori della Dalhousie University e della McMaster University in Canada, insieme ai Centri Cochrane spagnolo e polacco, hanno eseguito 4 revisioni sistematiche parallele, incentrate sia su studi controllati randomizzati che su studi osservazionali, per valutare il possibile impatto del consumo di carne rossa e lavorata sul piano cardiometabolico e oncologico. Una quinta revisione sistematica ha esaminato gli esiti di salute e le preferenze sul consumo di carne. Sulla base di questo lavoro, un gruppo composto da 14 membri di 7 Paesi ha votato un pacchetto di nuove raccomandazioni sul consumo di carne rossa e trasformata. La loro conclusione è che la maggior parte degli adulti dovrebbe continuare a mangiarne quanto fanno ora, un'indicazione contraria a quasi tutte le altre linee guida esistenti. Esaminando i 12 studi randomizzati, condotti su circa 54.000 individui, i ricercatori non hanno trovato un'associazione statisticamente significativa o importante tra il consumo di carne e il rischio di malattie cardiache, diabete o cancro. Negli studi di coorte su milioni di partecipanti, i ricercatori hanno riscontrato una riduzione molto piccola del rischio tra coloro che consumavano 3 porzioni in meno di carne rossa o trasformata a settimana. Tuttavia, l'associazione è risultata molto incerta. Oltre a studiare gli effetti sulla salute, gli autori hanno anche esaminato gli atteggiamenti delle persone, scoprendo che le persone mangiavano carne per una questione di gusto e sarebbero state riluttanti a cambiare le proprie abitudini. Gli autori affermano di non aver preso in considerazione motivi etici o ambientali nelle loro raccomandazioni, tuttavia riconoscono che "si tratta di preoccupazioni valide e importanti", sebbene non riguardino la salute individuale. I ricercatori precisano di aver utilizzato una rigorosa metodologia di revisione sistematica, inclusa nel processo 'Nutrirecs' (per lo sviluppo di linee guida e raccomandazioni nutrizionali), per valutare i dati e passare da questi alle raccomandazioni dietetiche. Inoltre gli autori sottolineano che potrebbero esserci ragioni diverse dalle preoccupazioni per la salute per ridurre il consumo di carne. In un editoriale di accompagnamento, un gruppo di ricercatori dell'Indiana University School of Medicine afferma che, sebbene le nuove raccomandazioni siano destinate a suscitare controversie, si basano sulle revisioni più complete degli studi realizzate fino ad oggi. Coloro che cercano di contestare i risultati di Nutrirecs "avranno difficoltà".

<https://www.adnkronos.com/>

Eutanasia: l'indagine, il 93% degli italiani è favorevole

Ricerca Swg commissionata dall'Associazione Luca Coscioni

Roma, 1 ott. (AdnKronos Salute) - Il 93% degli italiani è favorevole all'eutanasia. E' quanto emerge da un'indagine commissionata dall'Associazione Luca Coscioni alla Swg, che ha interpellato un campione di 1.000 persone su questi temi, al centro del XIV Congresso 'Le libertà in Fiera', in programma a Bari dal 3 al 6 ottobre. Il testamento biologico è conosciuto dall'83% degli intervistati, ma il 71% ignora le procedure per il rilascio delle Disposizioni anticipate di trattamento. Per l'84% la causa di questa difficoltà è da legare alla scarsa informazione resa disponibile da parte delle istituzioni. La metà rileva l'assenza di un'adeguata tutela e disciplina giuridica relativamente al fine vita. Aumentano i favorevoli a una legge che regolamenti l'eutanasia anche a seguito della storica sentenza della Corte Costituzionale sul caso Cappato/Dj Fabo. Il 56% degli italiani è assolutamente a favore di una legge, con un ulteriore 37% a sostegno di una regolamentazione dell'accesso a determinate condizioni fisiche e di salute. A chiedere l'eutanasia legale è quindi il 93% dei cittadini, un dato mai registrato prima d'ora, calcola l'associazione. "Gli italiani si dimostrano ancora una volta più avanti dei capipartito e chiedono riforme di libertà per potere decidere sulla propria vita e sulla propria morte", afferma Marco Cappato, tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni. "Al Congresso di Bari abbiamo invitato tutti, Governo e opposizione. Ma una cosa è certa: non staremo ad aspettare che si mettano d'accordo tra loro e 'concedano' forse un giorno quelle riforme per le quali i cittadini sono pronti da molto tempo". "Dopo la grande stagione dei diritti civili degli anni '70, che portò all'Italia la legalizzazione del divorzio e dell'aborto, come Associazione Luca Coscioni abbiamo rimesso le libertà nell'agenda politica - sostiene Filomena Gallo, segretario dell'associazione - Nonostante la paralisi dei partiti, con le nostre azioni di iniziativa popolare, di azione giudiziaria e di disobbedienza civile abbiamo ottenuto la legalizzazione dell'analisi genetica preimpianto, della fecondazione eterologa, della sospensione delle terapie e del testamento biologico".

**SOTTO PROCESSO**

A sinistra Marco Cappato, leader dell'Associazione Luca Coscioni e dal 2017 imputato per aver aiutato Dj Fabo a raggiungere la Svizzera per ottenere il suicidio assistito: rischiava 12 anni.

FINE VITA

COSA SUCCEDERÀ DOPO LA SENTENZA CAPPATO

di Flora Casalinuovo

Pronunciandosi sul caso Dj Fabo, la Consulta ha stabilito che aiutare una persona a morire non è reato. «Ma non significa aver legalizzato il suicidio assistito» spiega il medico Vito Di Piazza. «Ogni caso farà a sé. In attesa di una legge che ancora manca»

A iutare chi sceglie il suicidio assistito, in molti casi, non sarà più reato. Lo ha deciso la Corte Costituzionale, che è intervenuta nei giorni scorsi sul caso Marco Cappato. Il leader dell'Associazione Luca Coscioni aveva accompagnato in Svizzera Dj Fabo, cieco e tetraplegico, e per questo rischiava 12 anni di carcere. Abbiamo chiesto a Vito Di Piazza, medico primario a Udine e coautore del libro *Vivere e morire con dignità* (Nuova Dimensione) di commentare la sentenza.

«Dire che da oggi la "dolce morte" diventerà possibile è un errore. È come ammettere di essere arrivati a un traguardo dopo aver fatto pochi passi. Perché la Consulta, nel pronunciarsi sul caso di Marco Cappato, prima di tutto ha messo dei paletti: il malato deve essere in una condizione irreversibile, senza speranze di guarigione, ma lucido e consapevole della sua decisione. Il suicidio assistito deve avvenire in una struttura pubblica e previo parere di un comitato etico territoriale. Proprio su questi 2 ultimi aspetti nutro dei dubbi. I nostri ospedali difficilmente saranno pronti a questa pratica e tanti medici invocheranno l'obiezione di coscienza. I comitati etici, poi, non sono ovunque e non sempre sapranno decidere

3 PAROLE PER CAPIRE

Testamento biologico: è un documento ("Dat") in cui ogni persona scrive le volontà sui trattamenti sanitari da ricevere o non ricevere quando non sarà più lucida e cosciente.
Suicidio assistito: il paziente assume da solo il farmaco letale.
Eutanasia: è attiva quando un medico inietta il farmaco letale; è passiva se si sospendono le cure del malato.

in tempi brevi. Per ora, quindi, ogni caso sarà una storia a sé e pazienti e famiglie dovranno sopportare un calvario di dubbi e dolore. La verità, infatti, è che il tema del fine vita fa paura e molti medici liquidano l'argomento in corridoio, invece di parlarne con empatia e accompagnare malato e parenti verso una fine dignitosa, in cui la libertà del singolo è più importante di tutto. La Corte Costituzionale, poi, ha chiamato il Parlamento a decidere sul tema (in Italia manca ancora una norma sul fine vita, ndr). Ma io che lavoro in corsia da anni non credo che vedrò presto questa legge. Parole come eutanasia e suicidio assistito sono un campo minato in questo Paese. La prova è proprio la norma sul testamento biologico, entrata in vigore quasi 2 anni fa. In questo tempo, non ho mai avuto un paziente che lo abbia redatto. Pochi sanno della sua esistenza, non tutti i registri comunali o ospedalieri (dove depositare il modulo con le proprie volontà, ndr) sono pronti. Eppure sarebbe un passo avanti per la dignità di chi non ha più speranze: dichiarando di non volere trattamenti salvavita come idratazione e alimentazione, un paziente sarebbe staccato dalle macchine e accompagnato alla fine con la sedazione profonda. Senza bisogno di eutanasia».

La proposta di legge

Suicidio assistito, l'iter riparte dalla Camera

L'iter dell'esame dei provvedimenti sul fine vita dovrebbero riprendere dalla Camera. In Senato infatti i ddl non sono ancora stati incardinati nelle commissioni competenti (Giustizia e Sanità) e in assenza di questo incardinamento è più probabile che l'esame dei testi si riavvii alla Camera. Lo ha constatato la conferenza dei capigruppo di palazzo Madama. La discussione sul

fine vita si era conclusa alla Camera con un nulla di fatto il 31 luglio, quindi prima della sentenza della Corte Costituzionale (in foto). I presidenti dei due rami del Parlamento, Casellati e Fico, avevano subito rivendicato per la propria Camera la sede più idonea ad affrontare la delicata materia. Sulla pronuncia della Consulta ieri è tornato a parlare anche Giovanni Maria Flick. «Dal comunicato stampa si

comprende soltanto che la Corte ha escluso la punibilità. In sintesi direi che è una decisione ragionevole ed equilibrata nel contenuto, qualche perplessità nasce dalla procedura che è stata seguita per questa decisione: sia frammentando il primo momento, lasciando spazio al Parlamento per un intervento che non c'è stato, sia mutuando ad altri pezzi dell'ordinamento la disciplina completa».



C'è un piano che detta i tempi per ogni malattia. Ignorato

Liste d'attesa infinite per una visita medica? Ecco come difendersi

Se la prestazione è fissata oltre il termine previsto, l'Asl deve indicare un'altra struttura o consentire la visita privata gratis

EMILIA URSO ANFUSO

■ In Italia vantiamo i medici specialisti tra i migliori d'Europa ma non possiamo provare lo stesso orgoglio quando si tratta di dover accedere ai servizi erogati dal SSN, come esami diagnostici, di laboratorio o interventi chirurgici di varia natura.

I tempi di attesa sono uno dei punti critici del nostro Sistema Sanitario Nazionale, e la situazione è diffusa un po' ovunque, anche se con maggiore incidenza nelle regioni del Meridione e minori attese al Nord, dove spiccano per celerità nell'assegnazione degli appuntamenti l'Emilia Romagna e la Lombardia.

In tempi di crisi economica farsi curare è diventato un lusso. La prevenzione? Un miraggio. E persino chi subisce su se stesso le malattie più gravi - come il cancro - deve necessariamente mettere in cantiere una spesa non di poco conto per sottoporsi alle analisi, per non parlare di quando si è costretti a entrare in sala operatoria per un intervento chirurgico. Il motivo? Le lunghissime liste di attesa.

La situazione è drammatica. L'accesso alle cure appare negato. Chi non ha la capacità economica per rivolgersi a uno specialista privato o presso il laboratorio di analisi a pagamento ne patisce le conseguenze, che a volte possono essere estreme. Come si fa a dire a un

malato grave «Potrà sottoporsi all'esame diagnostico XY tra un anno»!

Eppure, almeno sulla carta, esiste il cosiddetto Piano Nazionale per le Liste di Attesa, che però è metodicamente ignorato. Secondo quanto scritto sul piano in questione, se per esempio ci si dovesse sottoporre a una visita oncologica, essa deve essere fornita dal SSN entro 30 giorni. Per la mammografia - un esame importantissimo per la prevenzione del tumore al seno - la tolleranza è di circa due mesi.

POCHE INFORMAZIONI

Nella realtà dei fatti, per una visita oncologica può passare un anno, stesso discorso per la mammografia. E sono solo due esempi tra i tanti che si possono fare. Nel frattempo si crepa se non si hanno le risorse economiche necessarie ad accedere ai controlli periodici... O se non si è informati a dovere.

Forse non tutti sanno che, grazie al decreto legislativo 124 del 1998, l'Azienda Sanitaria di riferimento deve fornire al cittadino le informazioni sulle strutture sanitarie convenzionate, o pubbliche, presso le quali è possibile sottoporsi, nei tempi di legge, agli esami medici. Nel caso in cui anche queste strutture non fossero nella condizione di garantire

tempi brevi, il cittadino ha diritto alla prestazione in regime di intramoenia ma senza alcun esborso, se non quello del ticket. Se è assegnatario di un codice di esenzione non pagherà nulla.

In quest'ultimo caso, però, l'Azienda Sanitaria dovrà approvare la richiesta avanzata dal cittadino attraverso una formale richiesta scritta da inviare al direttore sanitario, che verificata la correttezza dell'istanza darà la sua approvazione. In alternativa, i pazienti che abbiano urgenza di sottoporsi a determinate indagini mediche, possono sollecitare il proprio medico di base ad apporre sulla richiesta medica l'indicazione dell'urgenza, ma in tal caso non è facile scegliere la struttura presso la quale recarsi.

IL DUBBIO

Una riflessione è doverosa. Per quale motivo non s'informano i cittadini di un diritto così



importante? Il dubbio che vi siano interessi economici salta alla mente, e in effetti, andando a verificare i dati sul volume economico sviluppato dalle visite mediche a pagamento effettuate presso gli ospedali, ecco forse svelato il mistero: il valore delle prestazioni erogate con questo tipo di metodo è pari a oltre 1 miliardo di euro. Di questi, circa 900 milioni finiscono nelle tasche dei professionisti che offrono le loro consulenze mediche presso gli ospedali, ma fuori dall'orario di lavoro. Non è quindi difficile comprendere il motivo che si cela dietro al fatto di non fornire agli italiani tali informazioni, peraltro sanciti dalla legge, oltre a scoprire perché si devono subire liste di attesa così lunghe. È una situazione vergognosa, ma almeno che i cittadini siano informati sui loro diritti.

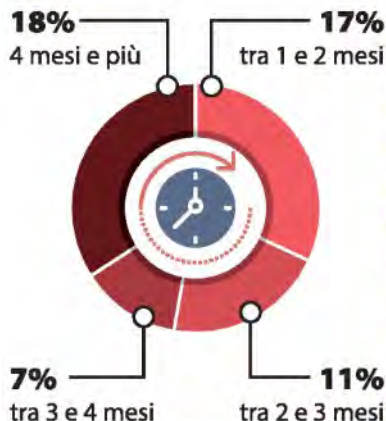
© RIPRODUZIONE RISERVATA

TEMPI PER LE VISITE

L'esperienza dei pazienti con il servizio sanitario (dati riferiti a visite specialistiche prescritte dal medico di base nell'ultimo anno)



53% oltre
1 mese di attesa
(42% nel 2013)



VISITA SPECIALISTICA PRESCRITTA DAL MEDICO

Giorni medi di attesa

Dermatologia	66
Cardiologia	57
Ortopedia	47
Gastroenterologia	60
Urologia	49
Radiologia	42
Ginecologia/ostetricia	45
Otorinolaringoiatria	40

PUBBLICO E PRIVATO

Ha fatto ricorso al Ssn (strutture pubbliche o convenzionate)

94%

Ha fatto ricorso a servizi sanitari privati

52%

Le principali motivazioni per rivolgersi a servizi sanitari privati rispetto al pubblico

87%

Tempi di attesa inferiori per avere una visita

45%

I medici dedicano più tempo e attenzione ai pazienti

32%

Tempi di attesa inferiori per essere ricevuti il giorno della visita

P&G/L

Una ricerca dell'università della California ha scoperto il legame tra la fibrillazione da adulti e le sigarette inalate nell'infanzia

Il cuore in tilt se si respira fumo passivo

ESSERE SOTTOPOSTI AGLI EFFETTI DEL TABACCO ACCELERANO IL BATTITO CARDIACO: CRESCE IL RISCHIO DI ICTUS E SCOMPENSO

LA SPERIMENTAZIONE

Respirare fumo passivo da bambino può voler dire un adulto con fibrillazione atriale. Le sigarette di mamma, papà come causa scatenante, oltre trent'anni dopo, di un'aritmia cardiaca. Che fa battere il cuore in modo irregolare. Come è stato dimostrato dallo studio guidato da Christopher A. Groh della University of California di San Francisco, e recentemente pubblicato sulla rivista *Journal of American College of Cardiology*.

Il gruppo di ricercatori ha analizzato i dati dello studio Framingham (il più grosso studio epidemiologico mondiale, iniziato nel 1948 e che ancora oggi segue i discendenti dei soggetti arruolati all'inizio). Dei 2816 discendenti che avevano almeno uno dei genitori arruolati nello studio iniziale, l'82% erano stati esposti a fumo passivo nei primi 18 anni di vi-

ta. Pur considerando vari fattori quali età, sesso, obesità, diabete, consumo di alcol, il fumo dei genitori aumentava del 34% il rischio che i figli fumassero.

L'ADRENALINA

Ed inoltre: per ogni pacchetto giornaliero in più fumato dai genitori, il rischio di fibrillazione atriale nei figli, anche non fumatori, aumentava del 18%, in conseguenza degli effetti deleteri del fumo passivo in età giovanile.

Si è ipotizzato che il fumo alteri la concentrazione di catecolamine plasmatiche (adrenalina e noradrenalina), aumenti lo stress ossidativo e danneggi le cellule atriali favorendone, quindi, la fibrillazione. Un disturbo che non dà sintomi ma può aumentare il rischio di ictus e scompenso. Non solo. Durante l'infanzia e l'adolescenza, oltre al danno organico, si trasmette, come conferma lo studio, anche l'abitudine a fumare, con tutti i danni che ne conseguono.

Quanti sono a conoscenza che il tabacco è causa di almeno 25 malattie? Parliamo di patologie di cancro del polmone, cardiopatie, vasculopatie. È scritto con chiarezza nell'ultimo rapporto sulla prevenzione e controllo del tabagismo del ministero della Salute:

“il tabacco provoca più decessi di alcol, Aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme”. L'Organizzazione mondiale della sanità valuta che il tabacco uccida attualmente quasi sei milioni di persone ogni anno e che il fumo passivo (quello cioè che respiriamo dall'ambiente circostante a causa di altre persone che ci fumano vicino) provochi 603.000 morti premature (28% bambini, 26% uomini, 46% donne). In Italia si stima che al tabacco siano attribuibili tra 70.000 e 83.000 morti all'anno, con oltre il 25% dei decessi compreso tra i 35 ed i 65 anni di età.

IL DIVIETO

Per ciò che riguarda il fumo passivo, mentre il divieto di fumo è rispettato in oltre il 90% dei locali pubblici, negli ambienti domestici ovviamente non è così. Dai dati del sistema di sorveglianza Passi 2018 (Progressi delle Aziende sanitarie salute in Italia) risulta infatti che oltre il 16% degli intervistati fumi dentro casa, anche se in famiglia vi sono giovani con meno di 15 anni.

Antonio G. Rebuzzi

*Direttore Cardiologia intensiva
Policlinico Gemelli
Università Cattolica Roma*



La manovra Tra le misure allo studio l'impossibilità di chiedere sgravi per i pagamenti in contanti

I ticket in base al reddito

Detrazioni azzerate oltre i 300 mila euro. Le famiglie verseranno per le colf

Ticket sanitari, si cambia: la spesa per le famiglie sarà calcolata in base al reddito. Nella manovra anche l'impossibilità di chiedere sgravi per i pagamenti in contanti.

da pagina 6 a pagina 9 **Sensini**

Detrazioni solo con il bancomat Ticket e sgravi legati al reddito

Tagli per chi guadagna da 100 mila euro in su. Cosa cambia per spese sanitarie e badanti

Previdenza

In arrivo nuove regole più severe sulle compensazioni dei debiti Inps

ROMA Giuseppe Conte è arrabbiatissimo. «Molto irritato» con i renziani, dicono i suoi, per il tentativo di «mistificare la realtà» attribuendo al governo la volontà di aumentare l'Iva. «Senza spiegare il meccanismo è un'operazione altamente scorretta», dicono a Palazzo Chigi, spiegando che l'ipotesi sul tavolo, poi saltata, era l'aumento di un punto e mezzo dell'Iva sugli acquisti fatti in contante, a fronte di uno sgravio di tre punti su quelli con carte e bancomat. Fatto sta che per l'intransigenza di Renzi anche quei piccoli possibili rincari sono spariti dal tavolo, e il piano antievasione basato sul contrasto all'uso del contante è quasi crollato. Costringendo il governo a ricorrere al Piano B. Una stretta molto dura sulle compensazioni dei debiti Inps, due giri di vite sulle detrazioni fiscali, che dal 2021 dovranno essere «certificate», saranno commisurate al reddito e spariranno per i super ricchi, poi misure specifiche per contrastare l'evasione fiscale in alcuni settori, come la distribuzione dei carburanti, ed il lavoro in nero, per esempio di colf e badanti.

Mancano 5 miliardi

Con il «bonus/malus» sull'Iva è saltata anche una buona parte della manovra immaginata da Conte e dal ministro

dell'Economia del Pd, Roberto Gualtieri. Costretti a rivedere i conti, perché oggi mancano almeno 5 miliardi, e un po' tutto il piano antievasione. Senza il «malus» sugli acquisti in contante, che tamponava il minor gettito, anche il «bonus» Iva per quelli fatti con carte e bancomat dovrà essere molto più basso.

Ma senza disincentivi, e con premi molto ridotti, tutta la manovra antievasione alla portoghese (Lisbona varò il bonus/malus nel 2013 con grande successo) perde mordente. I 7 miliardi che si volevano recuperare quasi svaniscono, e servono nuove coperture. Altrimenti sarà impossibile finanziare il taglio del cuneo fiscale che, dice il segretario Pd Nicola Zingaretti, porterà 500 euro in più nel 2020 e mille dal 2021 ai redditi più bassi, o le altre misure per la crescita (ferma secondo Fitch, che vede un piccolo +0,4% per l'anno prossimo).

Il piano B

Tra le alternative capaci di assicurare un buon gettito per tappare il buco, la prima è un nuovo regime, più severo, sulle compensazioni dei debiti Inps. Il suggerimento sarebbe arrivato all'esecutivo direttamente da Pasquale Tridico, presidente dell'istituto. Da qualche anno le compensazioni dei debiti previdenziali con i crediti vantati dai cittadini e dalle imprese nei confronti del Fisco sono esplose. Sono passate da 5-6 a oltre 12 miliardi di euro l'anno. Senza alcun motivo apparente. Il che fa sospettare l'esistenza di

possibili frodi con l'utilizzo di crediti fiscali inesistenti. E così si prepara la stretta, come già fatto qualche anno fa con crediti e debiti fiscali, che ora si possono compensare solo se questi ultimi sono «bollinati» da un commercialista.

L'operazione deve essere messa a punto nei dettagli (pare ci siano problemi con il Garante della privacy per l'incrocio delle banche dati), ma secondo i tecnici sarebbe in grado di portare in cassa 2-3 miliardi di euro, forse più.

Stop alle detrazioni

L'altro fronte su cui si lavora è quello delle detrazioni, che saranno progressivamente ridotte in funzione del reddito. Le quote delle spese per sanità, istruzione dei figli, mutuo prima casa, ristrutturazioni edilizie che si possono portare in detrazione dalla dichiarazione dei redditi comincerebbe a scendere per chi ha almeno 100 mila euro di reddito lordo annuo, e scomparirebbero per i super ricchi (oltre 300 mila euro l'anno). Il principio degli sgravi correlati al reddito, oltre che sulle detrazioni, sarà applicato anche sui ticket sanitari per i farmaci e le prestazioni specialistiche, che il governo vuole cancella-



re per i redditi più bassi. Chi guadagna di più continuerà a pagare il ticket, forse anche maggiorato. Potrebbero restare le esenzioni per patologia, oppure essere stabilita una soglia di spesa superata la quale, anche per i ricchi, salterebbe la partecipazione alla spesa sanitaria.

Colf e badanti

Dal prossimo anno, inoltre, le spese portate in detrazione dai redditi saranno riconosciute solo se pagate con bancomat, carte di credito o bonifici bancari. Non sarà più possibile, ad esempio, defalcare dai redditi il 19% delle spese mediche effettuate per con-

tanti. In compenso potrebbe essere ampliato il novero delle spese detraibili, sempre effettuate con moneta elettronica, inserendo tra queste anche i servizi di riparazione.

Con la stretta sull'evasione entrano nel mirino anche colf e badanti. Si stima ci sia ancora molto lavoro sommerso, anche collegato alla fruizione dell'indennità di disoccupazione Inps. Allo studio ci sono diversi meccanismi, compreso quello di rendere i datori di lavoro dei sostituti d'imposta. Oltre ai contributi, dovrebbero versare anche l'Irpef per i loro dipendenti.

Mario Sensini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La nota

● La Nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza arriverà in Senato mercoledì prossimo

● Dopo una vigilia di tensioni, l'esecutivo ha dato il via libera a un testo che indica un obiettivo programmatico di deficit/Pil al 2,2%,

superiore al 2,1% concordato con la Ue, un target di crescita che non va oltre lo 0,6% e un debito che scende dal 135,7% al 135,2%

● Arrivato anche lo stop integrale all'aumento dell'Iva previsto a legislazione vigente per il 2020 e la riduzione delle clausole di salvaguardia per il biennio successivo

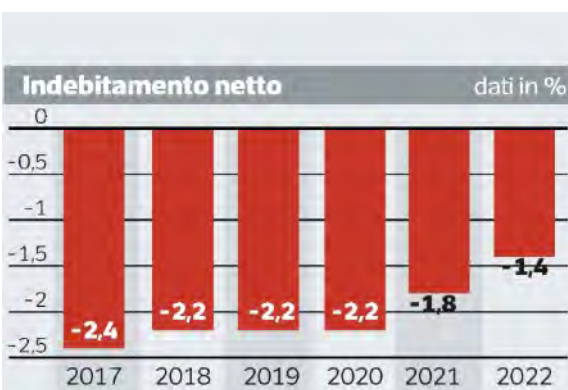
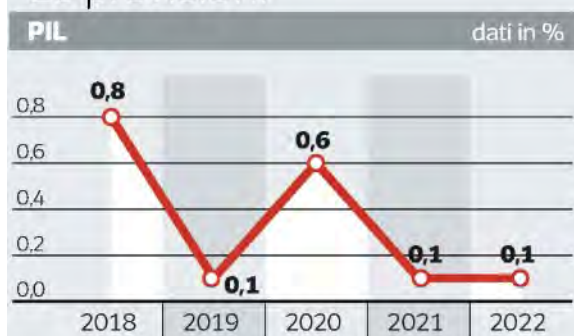
● È una «manovra espansiva», ha sottolineato il governo, che viaggia verso i 30 miliardi, di cui circa la metà sarà garantita dalla flessibilità sul deficit (14,5 miliardi) e oltre 7 miliardi da proventi della lotta all'evasione. I proventi da privatizzazioni indicati sono pari allo 0,2% del Pil

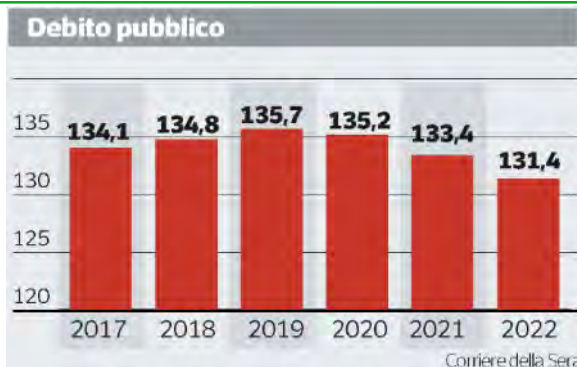
La parola

DETRAZIONI

Le deduzioni e le detrazioni fiscali sono delle agevolazioni previste dal Testo Unico delle Imposte sui redditi in materia di Irpef ed Ires e si applicano quindi sui redditi delle persone fisiche e delle società. Alcune spese, come ad esempio quelle sostenute per motivi di salute, per l'istruzione o per gli interessi sul mutuo dell'abitazione, possono essere utilizzate per diminuire le imposte da pagare. In questo caso si parla di detrazioni e la misura di queste agevolazioni varia a seconda del tipo di spesa. Invece le deduzioni sono degli importi da sottrarre alla base imponibile del reddito (o reddito imponibile) sul quale poi si calcola l'imposta lorda

Le previsioni





Al vertice Roberto Gualtieri, 53 anni, ministro del Tesoro

Ticket sanità, ceto medio nel mirino

Tassa più pesante in base al reddito. Meno detrazioni, faro sul catasto | Servizi Alle p. 2, 3 e 4

Ticket sanità, colpiti i redditi medio-alti

Previsto anche un tetto massimo annuale. Speranza: «Chi ha di più darà di più»



Tra i criteri sarà considerato il numero di componenti del nucleo familiare

Claudia Marin
■ ROMA

È IN ARRIVO una rivoluzione per la sanità e per la partecipazione dei cittadini al finanziamento della relativa spesa. In parte la annuncia direttamente il Ministro della Salute Roberto Speranza, che, oltre a confermare l'eliminazione del super-ticket sulle prestazioni specialistiche e ambulatoriali (che vale 40 milioni di euro), avvisa come i ticket ordinari (3 miliardi di gettito) saranno riveduti e rimodulati in base al reddito familiare, secondo il principio per cui «chi ha di più paga di più e chi ha di meno paga di meno». In parte rimane ancora sotto traccia, nei dossier allo studio dell'Economia, e riguarda la revisione delle detrazioni per i costi pagati direttamente: e anche in questo caso il criterio sarà quello del reddito, per cui lo sconto fiscale del 19 per cento non sarà più universale, ma diminuirà al crescere dei guadagni, fino a scomparire oltre i 100 mila euro. Con il risultato complessivo che a pagare il conto della doppia operazione saranno le famiglie del ceto medio e medio-alto, colpite dalla duplice stangata di ticket più elevati e di minori bonus sulle tasse da versare.

SPERANZA conferma l'aumento di 2 miliardi di euro per il Fondo sanitario nazionale nel 2020 e spiega: «Abbiamo deciso di collegare alla finanziaria un disegno di legge di riordino della materia dei ticket e lo faremo con un criterio di progressività». Nel dettaglio, secondo una prima bozza del provvedimento in circolazione, il co-

sto dei ticket sanitari per le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio, sarà stabilito in base al costo delle prestazioni e del «reddito familiare equivalente», vale a dire del reddito prodotto dal «nucleo familiare fiscale rapportato alla numerosità del nucleo familiare». Il tutto accompagnato comunque dalla determinazione di un importo come limite massimo annuale di spesa, al raggiungimento del quale cesserà l'obbligo dell'assistito di partecipare alla spesa sanitaria.

NELLA stessa bozza sono identificate «le prestazioni sanitarie a tutela di condizioni di particolare interesse sociale che saranno escluse dalla partecipazione alla spesa sanitaria, come i soggetti vulnerabili privi di reddito». Si terrà anche conto della presenza di malattie croniche e invalidanti o di malattie rare.

Attualmente il ticket massimo che si paga è di 36,15 euro. Fermo restando che le esenzioni previste, come quelle indicate, dovrebbero restare, la differenza è che in tutti gli altri casi saranno previsti scaglioni di reddito per graduare gli importi in base alle disponibilità economiche delle famiglie. Così, per capirci, se il reddito familiare equivalente sarà inferiore a una certa soglia (per esempio 15 mila euro), il ticket sarà pari a zero, ma via via che si salirà, l'importo aumenterà fino a superare quello attuale (magari sopra i 40-50 mila euro di reddito) e a toccare cifre ben più elevate sopra i 100 mila euro (anche 80-90 euro).

LO STESSO sistema di soglie e scaglioni, del resto, potrebbe essere utilizzato per rimodulare le detrazioni fiscali collegate alle spese sanitarie. Anche in questo caso lo sconto del 19 per cento potrebbe rimanere per i redditi più bassi e ridursi, fino a dimezzarsi intorno ai 50 mila euro e a annullarsi oltre i 100 mila euro di reddito. A conti fatti, la sanità, attraverso la doppia operazione, potrebbe essere praticamente a pagamento integrale per i redditi medio-alti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il ministro della Salute: si terrà conto di malattie gravi e del reddito familiare compreso il patrimonio

Sanità, addio al ticket uguale per tutti

Speranza: «Chi più ha, più dovrà pagare»

**Il provvedimento
entrerà in vigore
con il decreto Salute
entro il 31 marzo 2020**

RETROSCENA

ROMA

Ticket sanitari proporzionati al reddito familiare equivalente, patrimoni compresi, in base al principio «chi più ha più paga rispetto a chi ha meno», sbandierato dal Ministro della salute, Roberto Speranza.

Un tetto massimo di partecipazione alla spesa sanitaria, superato il quale le prestazioni tornano a essere gratuite. E con l'aumento già programmato di 2 miliardi nel 2020 del Fondo sanitario nazionale abrogazione del super-ticket da 10 euro su visite e accertamenti. Il tutto senza variare il gettito fiscale. E' condensata tutta in un articolo la riforma dei ticket, che sotto forma di disegno di legge viaggerà parallelamente alla Finanziaria. Alla lettera a) si specifica subito che saranno «identificate le prestazioni sanitarie erogate a tutela di condizioni di particolare interesse sociale, escluse dalla partecipazione alla spesa sanitaria», dalla quale saranno esentati anche «i soggetti vulnerabili privi di reddito».

La lettera b) gradua invece i ticket «in relazione al reddito prodotto dal nucleo familiare fiscale, rapportato alla composizione del nucleo stesso sulla base di una scala

di equivalenza». Linguaggio tecnico che nasconde però una vera rivoluzione, mirata secondo Speranza a dare un taglio alle disuguaglianze in sanità. Perché prima di tutto i ticket non saranno più uguali per tutti ma cresceranno in rapporto alla ricchezza di ciascuno. Che non verrà più calcolata in base al reddito Irpef, a tutto vantaggio degli evasori, ma anche del patrimonio, come seconde e terze case o rendite finanziarie. Il reddito equivalente familiare si calcola infatti in base al reddito del nucleo al netto delle imposte, incrementato però del 20% del valore complessivo del patrimonio, esclusa la prima casa.

Il terzo punto specifica invece che nel fissare i nuovi ticket «si tiene conto della presenza di malattie croniche o invalidanti o di malattie rare», o ancora «del riconoscimento di invalidità o dell'appartenenza a categorie protette». Tutti soggetti oggi esclusi dalla partecipazione alla spesa indipendentemente da reddito e patrimoni, che potrebbero invece rientrare tra i parametri che stabiliscono la demarcazione tra chi paga e chi no.

La lettera d) fissa infine l'«importo massimo annuale di partecipazione alla spesa sanitaria», anche questo graduato a seconda del reddito equivalente, «al superamento del quale cessa l'obbligo della partecipazione alla spesa sanitaria». Quanto ai tempi la bozza di riforma prevede che le nuove quote di compartecipazione alla spesa sanitaria vengano indi-

viduate entro il 31 marzo del 2020 con un decreto Salute-Economia.

Sembra avere i giorni contati anche il superticket di 10 euro su visite specialistiche e accertamenti, che si somma all'altro ticket di 36 euro, modulato in modo diverso da regione a regione, ma che insieme alle liste d'attesa spinge 6 milioni di italiani più deboli a rinunciare alle cure sanitarie. «Nel Nadeff abbiamo scritto per la prima volta che il superticket è sbagliato, produce discriminazioni, produce disuguaglianze e ci impegniamo a superarlo nel più breve tempo possibile», ha assicurato Speranza. Che ha anche confermato i 2 miliardi in più di finanziamento per la sanità già programmati dalla precedente manovra. Fatto che potrebbe consentire di scaricare sulle regioni l'onere di circa 400 milioni necessari alla cancellazione del balzello.

In un altro provvedimento collegato alla manovra, di pertinenza dell'Economia, dovrebbe viaggiare un taglio alle detrazioni per le spese sanitarie che oggi sono per tutti al 19% fino a un tetto massimo di 3.600 euro e che verrebbero anch'esse modulate in rapporto al reddito familiare equivalente. Fissando a 100 mila euro la quota di reddito oltre la quale non si ha più diritto allo sconto fiscale. Tra nuovi ticket e detrazioni modulati sul reddito la sanità sarà più salata per i ricchi. E forse un po' più accessibile per chi ha meno. PA. RU. —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Addio al superticket, ma cure salate per i redditi più alti

La compartecipazione sarà definita in base all'Isee con tetto di spesa massima

Marzio Bartoloni

Il menù della manovra sanitaria prende forma con l'addio al superticket, il balzello da 10 euro su visite ed esami, e la promessa di un riordino dei ticket - a gettito invariato - che promette di colpire i redditi più alti. Il peso della compartecipazione dei cittadini (il ticket appunto) sarà calcolato - si legge nella bozza di un Ddl che sarà collegato alla manovra - in base al reddito familiare equivalente («rapportato alla numerosità del nucleo familiare») ricorrendo all'Isee secondo un criterio di progressività che dovrebbe aprire la porta a varie fasce ed esborsi diversi (come accade a esempio già oggi in Toscana), ma con un limite massimo di spesa annua superato il quale non si dovrà più pagare.

Un decreto Salute-Mef entro il 31 marzo del prossimo anno individuerà le «nuove quote di compartecipazione» per le prestazioni specialistiche e di diagnostica (i ticket sui farmaci al momento sono esclusi) identificando le prestazioni esenti e le esenzioni per «i soggetti

vulnerabili privi di reddito». Una disciplina che terrà conto della «presenza di malattie croniche e invalidanti o di malattie rare ovvero del riconoscimento di invalidità o dell'appartenenza a categorie protette», si legge nel Ddl. Che sembra far pensare a una esenzione che non sarà più automatica per tutte queste categorie di pazienti, ma dovrà calcolare appunto redditi e patrimoni. Come detto il riordino dovrà «assicurare l'invarianza di gettito totale»: oggi la compartecipazione dei cittadini vale 3 miliardi l'anno, 1,6 miliardi dai ticket sui farmaci e 1,4 da quelli sulle prestazioni specialistiche, quest'ultimi interessati dal Ddl a cui lavora il Governo.

Ieri intanto il ministro della Salute, Roberto Speranza, ha ribadito che la Sanità non subirà tagli e incasserà 2 miliardi nel 2020 (e 1,5 nel 2021), come previsto dalla manovra dell'anno scorso, portando così il Fondo sanitario a 116,474 miliardi. Risorse in più che saranno assegnate alle Regioni che dovranno rispettare un doppio impegno: chiudere al più presto con il ministero il nuovo Patto per la salute 2019-2021 che fissa le regole della governance della Sanità e utilizzare parte di quei fondi in più (ne servono circa 350-

400 milioni) per cancellare il superticket e cominciare ad affrontare l'emergenza carenza medici e pagare i contratti della sanità privata (si veda il Sole 24 Ore di ieri).

Il ministro della Salute Speranza ha incontrato infatti ieri il coordinatore degli assessori alla Salute Luigi Icardi con cui si è deciso di accelerare per chiudere il Patto per la salute in contemporanea con la legge di bilancio. Sarà subito convocato un tavolo Salute-Mef-Regioni che lavorerà ai vari dossier, a cominciare dall'emergenza carenza medici e infermieri che entra di fatto tra le priorità del Patto per la salute con una serie di proposte avanzate dalle Regioni. «Per noi questa è la priorità assoluta, bisogna intervenire subito o ci troviamo con dei Pronto soccorso sguarniti di medici», avverte Icardi che è assessore in Piemonte. «Vogliamo un provvedimento ad hoc. Se serve anche un decreto legge», aggiunge ancora Icardi. Che tra gli altri dossier importanti affrontati con il ministro cita il riordino della continuità assistenziale sul territorio. Da definire ancora infine il finanziamento dei due fondi per finanziare l'acquisto dei farmaci innovativi che valgono 500 milioni l'uno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Al via tavolo Salute, Mef e Regioni chiedono un provvedimento urgente sulla carenza medici



Roberto Speranza. Il ministro della Salute ha annunciato «il superamento del superticket» e la rimodulazione delle norme sui ticket: «Chi ha di più paga di più e chi ha di meno paga di meno»

QUANTO SI PAGA OGGI

Come funziona oggi

Attualmente le visite specialistiche e le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio sono assoggettate ad un ticket fisso pari alla tariffa della prestazione, fino al tetto massimo di 36,15 euro per ricetta, a cui si aggiungono 10 euro per ricetta (con una ricetta possono essere prescritte fino a 8 prestazioni della stessa branca specialistica, fatta eccezione per le prestazioni di fisioterapia). La tariffa è fissata dai nomenclatori regionali. Il valore della compartecipazione dei cittadini vale 3 miliardi: 1,6 miliardi dai ticket sui farmaci, 1,4 miliardi dai ticket su visite ed esami

2

MILIARDI

Confermati i fondi aggiuntivi per la Sanità nel 2020 che serviranno però anche per finanziare l'addio al superticket da parte delle Regioni



Il virus sarà più aggressivo Arriverà l'influenza, vaccinatevi per tempo

Interesserà dieci milioni di italiani, ma niente allarmismi

Arriverà l'influenza, vaccinatevi per tempo

Colpirà a Natale e sarà più aggressiva. I soggetti a rischio facciano una profilassi tempestiva: protegge e non comporta rischi

MELANIA RIZZOLI

Ci risiamo. È appena finito settembre e già veniamo allertati sull'influenza stagionale che arriverà a Natale, su quanto sarà insidiosa, contagiosa, aggressiva e complicata, probabilmente per prepararci psicologicamente con tre mesi di anticipo

ad una virosi che colpirà circa 10 milioni di italiani.

L'allarme arriva dal Dipartimento di Sanità pubblica, e come ogni anno viene diffuso all'inizio dell'autunno, stagione oggi in ritardo climatico nel nostro Paese, con toni che suscitano preoccupazione, allo scopo di prendere in seria considerazione l'ormai prossima campagna vaccinale e non rischiare di mettere pesantemente sotto stress il sistema ospedaliero pubblico, una criticità che regolarmente si registra ad ogni arrivo invernale del picco influenzale. Il documento sanitario spiega che i rischi maggiori saranno legati alle nuove varianti di virus A, H3N2 e H1N1, ma che non mancheranno i virus B/Colorado e B/Phuket, un mix di agenti patogeni che metterà a letto una moltitudine di persone, senza calcolare tutti quelli che dovranno fare i conti con quelli che si definiscono virus simil-influenzali o para-influenzali. Perché questi virus, oltre ad avere una maggiore capacità diffusiva, sono responsabili di provocare sindromi influenzali di maggiore severità e con un più alto rischio di complicanze, soprattutto nei bambini piccoli e nei soggetti anziani e fragili, o in pazienti affetti da patologie croniche organiche e metaboliche, per cui è consigliato, sempre nel documento, di dare copertura vaccinale a questa tipologia di sogget-

ti, di non sottovalutare i rischi di questa patologia la quale, se mal gestita, può creare seri danni, tenendo ben presente la mortalità associata, che regolarmente si verifica a macchia di leopardo.

L'informazione sanitaria di certo è doverosa in previsione di epidemie virali più o meno imminenti, ma il terrorismo psicologico è di fatto inopportuno, perché scorrendo la lista delle raccomandazioni elencate nel documento, tutti noi dovremmo rinchioderci in casa due mesi per evitare di essere contagiati da uno starnuto, da un colpo di tosse o a causa di un bacio sulla guancia con una persona che cova l'influenza, anzi, per «responsabilità sociale» dovremmo in ogni modo evitare non solo di abbracciare, ma anche di stringere la mano a chiunque nel caso in cui ci sentissimo appena costipati o raffreddati.

RIPARO GARANTITO

Il fatto è che negli ultimi tempi si è notato una tendenza alla disaffezione alla vaccinazione, oltre ad una reale sottovalutazione della malattia da parte delle giovani generazioni, mentre gli over 60 hanno raggiunto un trend del 52% di vaccinati, contro un 14% della popolazione totale. Gli attuali vaccini contro l'influenza garantiscono un riparo dai maggiori virus in circolazione, il primo dei quali, di specie B, è già stato identificato due settimane fa a Parma da un tampone faringeo di una bambina di 6 anni ricoverata con un sospetto clinico di influenza, con febbre alta e mal di gola, nel reparto di Pe-

diatria generale e d'urgenza dell'ospedale locale, e proprio da questa città è partito l'allarme, che «ha reso necessario un elevato grado di attenzione per la possibile emergenza di ceppi virali con nuove caratteristiche antigeniche, in grado di sostenere episodi epidemici di più vaste dimensioni ed anche vere e proprie pandemie».

Inoltre è stato dichiarato che l'isolamento a Parma del primo virus della stagione influenzale «è spia di come ormai la capacità diagnostica di sorveglianza in Italia sia diventata tanto sensibile da individuare prontamente i primi casi sporadici, con la previsione che quando la temperatura diventerà stabilmente più rigida scatterà l'epidemia stagionale».

Ora, il virus influenza B, così come il virus di influenza A, da diversi decenni causano infezioni e malattie febbrili nell'uomo con circolazione ad episodi endemici ricorrenti, generalmente collocati nei Paesi a clima temperato, ma l'elevata variabilità dei virus influenzali, la possibile emergenza di ceppi virali con nuove caratteristiche antigeniche, e con possibilità di riassorbimento genico favorito dal loro genoma segmentato, rende necessario un elevato grado di attenzione da parte degli scienziati specializzati



in ricerche su tali agenti, ma tutto questo dovrebbe essere attuato senza però terrorizzare la moltitudine degli ipocondriaci, che, se leggessero questo documento, da ieri, 1 ottobre, andrebbero in giro con guanti e mascherine facciali, per la paura di respirare ed inalare i virus degli altri.

L'influenza si distingue da tutte le altre forme parainfluenzali per la presenza di tre caratteristiche principali: insorgenza brusca della febbre, oltre i 38 gradi, presenza di almeno un sintomo sistemico (dolori muscolari o articolari con cefalea) e insorgenza di un sintomo respiratorio (tosse, raffreddore, congestione vie nasali e mal di gola), e nonostante quest'anno si stimi, dopo un biennio di forte incidenza, una stagione influenzale meno pesante per la popolazione generale e con dati nella media, si prevede che i virus che colpiranno gli italiani saranno più insidiosi ed aggressivi, ovvero ci saranno meno pazienti ma più gravi.

INDICAZIONE MEDICA

Insomma, i soggetti a ri-

schio, cardiopatici, bronchitici cronici, diabetici e pazienti con malattie oncologiche in corso, è bene che ricorrano al vaccino in tempi utili, mentre per il resto degli italiani ci sarà ancora un po' di respiro fino a novembre, dopo di che, a coloro che non si saranno vaccinati e saranno contagiati dai virus influenzali, non resterà altra scelta di infilarsi a letto per tre giorni, evitando automedicazioni od autoprescrizione di antibiotici (che contro i virus non funzionano), farmaci che andranno utilizzati solo dietro esclusiva indicazione medica.

Il vaccino resta comunque il modo migliore per proteggersi, con un'impellenza sempre più alta al crescere della fragilità del soggetto, è possibile eseguirlo a tutte le età, è sicuro e privo di rischi, ed è l'unica arma farmaceutica a disposizione che permetterà di incontrare, abbracciare e baciare, anche casualmente, una persona influenzata senza il timore di esserne contagiati. Viralmemte parlando.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

LE VARIANTI

■ Secondo il documento diffuso dal Dipartimento di sanità pubblica, i rischi maggiori relativi all'imminente ondata influenzale, saranno legati alle nuove varianti di virus influenzale A, H3N2 e H1N1, ma non mancheranno i virus B/Colorado e B/Phuket, senza calcolare i virus simil-influenzali o para-influenzali.

I SINTOMI

■ L'influenza si distingue da tutte le altre forme parainfluenzali per la presenza di tre caratteristiche principali: insorgenza brusca della febbre, oltre i 38 gradi, presenza di almeno un sintomo sistemico (dolori muscolari o articolari con cefalea) e insorgenza di un sintomo respiratorio (tosse, raffreddore, congestione vie nasali e mal di gola).

Speranza imita Robin Hood: ai ricchi ticket sanitari più alti

*Arriva la prima politica «redistributiva» dei giallorossi
Pagamenti differenziati per far tornare i conti*

CETO MEDIO A RISCHIO

Secondo il Censis italiani già indebitati per pagare le cure

I CRITERI

Pagamenti sulla base del reddito familiare
Previsto un tetto massimo

LA GIORNATA

di **Sabrina Cottone**

«Chi ha di più deve pagare di più, chi ha di meno deve pagare di meno» dice il ministro della Salute, Roberto Speranza, eletto con «Liberi e uguali», confermando la rimodulazione dei ticket sanitari e precisando che i nuovi ticket saranno stabiliti in base al reddito. Secondo le prime anticipazioni, sarebbero basati sul reddito familiare e con un tetto massimo annuo di spesa, anch'esso in rapporto al reddito. Speranza ribadisce l'abolizione del superticket fino a 10 euro su visite specialistiche ed esami diagnostici (oggi a discrezione di ogni Regione) e l'assenza di tagli sul Fondo sanitario 2020 (con un previsto aumento di 2 miliardi). La rimodulazione del ticket dovrebbe prevedere invarianza di gettito, ma il timore è di nuovi aumenti in un settore già provato dalle liste d'attesa e dalla grande difficoltà ad accedere realmente alla sanità pubblica, soprattutto in alcune regioni.

Gli italiani versano già molto per la sanità e non solo in tasse. Basti pensare al IX Rapporto Rbm- Censis dello scorso giugno sulla sanità pubblica privata e intermedia, che certifica come 20 milioni di italiani si paghino cure mediche di tasca propria. Il 62 per cento di chi ha effettuato una prestazione sanitaria nel sistema pubblico ne ha effettuata almeno un'altra nella

sanità a pagamento: il 56,7% delle persone con redditi bassi, il 68,9% con redditi alti. In sostanza i Lea, i livelli essenziali di assistenza a cui si ha diritto, in molti luoghi sono solo teorici, sia per i 128 giorni medi d'attesa che per la disparità di prestazioni erogate da regione a regione, da città a città e anche dalle diverse strutture all'interno delle varie realtà.

Non solo. È stato sempre il Censis, nel 2018, a certificare che 7 milioni di italiani si sono indebitati per pagare le cure, 2,8 milioni hanno svincolato investimenti o addirittura venduto casa. Elementi che provano come la fatica a sostenere le spese sanitarie non riguardi solo le fasce più povere della popolazione (solo in parte esentate dal ticket per ragioni di reddito), ma è un tema rovente anche per i ceti medi.

Un discorso che riguarda soprattutto le famiglie, sempre più numerose, in cui sono necessarie le *long term care*, le cure di lungo termine per chi non è o non è più in grado di prendersi cura autonomamente di sé, sia a domicilio che nelle strutture residenziali. Già i dati del rapporto Aiop (Associazione italiana ospedalità privata) 2018 al Senato denunciavano come gli italiani spendono 10,7 miliardi per le badanti, portando a quasi 40 miliardi le spese sanitarie e assistenziali *out-of-pocket*, pagate di tasca propria. Sia aggiuntive (come appunto i ticket) che sostitutive (il medico in libera professione o il ricovero in clinica privata)

rispetto al sistema sanitario nazionale.

Eletto con Leu di Pietro Grasso, segretario di Articolo Uno, Speranza aggiunge: «Oggi di fronte al ticket non conta quanti soldi hai, se sei miliardario o una persona in difficoltà economica, si paga al di là delle soglie di esenzione sempre la stessa cosa». Spiega che il suo riferimento è all'articolo 32 della Costituzione, «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». Oltre che, in modo implicito, all'articolo 53: «Il sistema tributario è informato a criteri di progressività».

Tema aperto, oltre ai principi, resta la concretezza dell'attuazione definitiva nel ddl collegato alla finanziaria di riordino dei ticket, deciso dal governo e annunciato da Speranza. Il ministro promette un nuovo patto per la Salute per «implementare l'assistenza territoriale» e affrontare l'emergenza delle liste d'attesa e garantisce l'assunzione di «medici, infermieri e personale sanitario». La questione resta dove verranno reperiti i fondi. È arduo trovare la copertura per il superticket, ancora più complesso finanziare il patto per la Salute.



https://www.repubblica.it/ambiente/2019/10/01/news/i_batteri_resistenti-237425303/

I batteri resistenti agli antibiotici si annidano nel mare delle aree urbane



Il risultato di una ricerca australiana: le acque piovane e reflue potenziali canali per la diffusione della resistenza

Si annidano nei tratti di mare delle spiagge vicine ai centri urbani. I batteri resistenti agli antibiotici raggiungono le acque costiere portati dalle acque piovane e reflue, potenziali canali per la diffusione della resistenza. Lo sostiene una [ricerca](#) condotta dalla University of Technology di Sydney e pubblicata sulla rivista scientifica *Water Research*, che evidenzia come ci sia uno scambio di microbi resistenti agli antibiotici tra i flussi delle acque reflue umane e gli ecosistemi naturali. Questo, secondo i ricercatori, è un meccanismo per un rischio potenzialmente significativo di esposizione ai batteri resistenti agli antibiotici.

L'analisi è stata realizzata nelle spiagge attorno a Sydney, in Australia, nell'arco di due anni. Gli studiosi hanno condotto una ricerca mirata su 31 geni di batteri antibiotico resistenti e ne hanno riscontrato una particolare abbondanza all'interno dell'acqua di mare accanto alle coste della zona urbana subito dopo forti piogge.

Quello dei batteri resistenti, spiega **Justin Seymour**, ricercatore che ha condotto l'analisi, "è un problema globale che avrà un impatto su qualsiasi regione costiera urbanizzata" e che "mette in evidenza le conseguenze ambientali spesso trascurate degli alti livelli dell'uso di antibiotici".