



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# **RASSEGNA STAMPA**

## **27 SETTEMBRE 2018**

**A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA**  
**(TIZIANA LENZO – MARIELLA QUINCI)**



## L'influenza colpirà almeno 5 milioni di italiani



*Un sondaggio di Assosalute rivela i rimedi per prevenire il contagio e per curarsi utilizzati. Prendiamo l'antibiotico. E' la prima cosa che pensa il 15% degli italiani*

di TIZIANA MORICONI

Stampa

ABBONATI A



26 settembre 2018

LO SCORSO ANNO nessuno si sarebbe aspettato una **stagione influenzale** pesante. E invece: 8,5 milioni di persone colpite in Italia, oltre 740 casi gravi, 160 decessi diretti e 10 mila indiretti, legati a complicanze respiratorie, come le polmoniti, e cardiovascolari. Anche quest'anno le aspettative sono per una influenza di intensità media, ma se l'esperienza insegna è meglio non farsi trovare impreparati. “Le previsioni parlano di 5 milioni di casi dovuti a virus influenzali veri e propri”, dice **Fabrizio Pregliasco**, virologo, ricercatore del Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute dell'Università di Milano e direttore sanitario dell'ospedale Galeazzi, intervenuto in un incontro organizzato questa mattina da Assosalute (l'Associazione nazionale farmaci di automedicazione, parte di Federchimica): “Ciò che non era stato previsto nella scorsa stagione è stata l'inaspettata prevalenza di un virus B, che di solito sono poco presenti nel mix di virus influenzali in circolazione. Questo fattore inatteso si è aggiunto a un lungo periodo di temperature favorevoli alla diffusione dell'influenza e a una bassa copertura vaccinale: 14-15% nella popolazione generale e circa 58% negli anziani, ben lontano dall'auspicabile 75%, e ancor di più dal 95% indicato dall'Organizzazione mondiale della sanità. I virus B colpiscono soprattutto i bambini, che nella passata stagione hanno contribuito molto alla diffusione dell'influenza”.

### • I VIRUS E I VACCINI DELLA NUOVA STAGIONE INFLUENZALE

Nell'emisfero australe la stagione sta scorrendo con bassi livelli di diffusione e una prevalenza del virus A H1N1, ma in quest'ultima parte di stagione si presenta nuovamente l'incognita del contributo del virus B. Come ogni anno, da noi la campagna vaccinale partirà ad ottobre, con i vaccini trivalente, trivalente adiuvato e quadrivalente. La composizione per il trivalente comprende il virus A H1N1 (Michigan/45/2015, lo stesso presente anche nel vaccino della stagione 2017-2018) e due nuove varianti: il virus A H3N2 (Singapore/INFIMH-16-0019/2016) e il virus B (B/Colorado/06/2017, lineaggio B/Victoria). Il quadrivalente prevede anche un altro virus B (Phuket/3073/2013-like, lineaggio B/Yamagata), in aggiunta ai tre precedenti.

PUBBLICITÀ

“Al momento il vaccino trivalente è disponibile anche adiuvato, che è particolarmente consigliato per i grandi anziani o per chi ha particolari problematiche, perché aiuta la risposta del sistema immunitario, di norma meno efficiente in queste persone”, sottolinea Pregliasco: “Per tutti gli altri è indicato il quadrivalente (non ancora disponibile, però, nella formula adiuvata, ndr.), che protegge da due famiglie del virus B. Se è vero che non abbiamo ancora un vaccino efficace al 100%, bisogna ricordare che anche in base alle più rigide revisioni degli studi, la vaccinazione antinfluenzale riduce del 50% le complicanze respiratorie e cardiovascolari, le ospedalizzazioni e la mortalità. Per tutti, il vaccino è un’opportunità di riduzione dell’assenteismo scuola/lavoro e del rischio di contagiare soggetti fragili della propria famiglia. Ovviamente, non protegge da tutte le forme non dovute a virus influenzali: questo significa che la possibilità di prendere l’influenza non è eliminata ma, in caso di malattia, i sintomi sarebbero attenuati”.

#### • MENO ANTIBIOTICI E PIU' SAPONE

Ci sono, ovviamente, delle buone pratiche da seguire per ridurre le occasioni di contagio, come l’abitudine di lavarsi spesso le mani, che però è seguita da meno del 40% degli italiani, come rileva una indagine commissionata da Assosalute, da cui emerge che l’attenzione alla prevenzione è più femminile che maschile. Le donne sono più brave anche a curarsi. L’esempio eclatante è l’errato ricorso immediato agli antibiotici, al terzo posto tra i rimedi contro l’influenza, dopo i farmaci di automedicazione e i “consigli della nonna”. Prendiamo l’antibiotico. È la prima cosa che pensa il 15% degli italiani. In media assume antibiotici il 20,7% del campione esaminato (rappresentativo della popolazione italiana), una percentuale elevata che sale addirittura al 28% tra gli uomini e scende al 13% tra le donne. “Gli antibiotici – spiega Pregliasco – combattono soltanto le infezioni batteriche, mentre l’influenza stagionale e il raffreddore non sono causati da batteri, ma da virus. Il loro uso può rivelarsi addirittura dannoso per la possibilità di determinare un’alterazione della flora batterica delle prime vie respiratorie, con conseguente eventualità di favorire una superinfezione da parte di un microrganismo resistente. Gli antibiotici trovano, invece, indicazione nelle complicanze batteriche broncopolmonari e devono essere utilizzati solo dopo una visita medica, quando i sintomi dell’influenza non passano con i farmaci di automedicazione oppure se, dopo un’apparente guarigione, si manifesta un ritorno di febbre e tosse produttiva”.

#### • SI' AI FARMACI DI AUTOMEDICAZIONE, CON INTELLIGENZA

Ricorre ai farmaci di automedicazione è invece una pratica corretta, spiega il medico: “In caso di contagio, il consiglio migliore è quello di riposare e di utilizzare, dove necessario, farmaci che non richiedono la prescrizione medica, come antistaminici contro gocciolamento nasale, starnuti, congiuntivite; vasocostrittori contro il naso chiuso; collutori o pastiglie anti-congestionanti o antisettici contro il mal di gola; sedativi, fluidificanti e mucolitici contro la tosse; antinfiammatori (antidolorifici e antipiretici) contro dolori e febbre. Molto utili sono anche quei farmaci che combinano più principi attivi. È fondamentale, però, che l’automedicazione sia responsabile: questi farmaci devono servire per ridurre i sintomi, senza azzerarli, per poter comunque seguire l’andamento dell’influenza, e consultando il medico se la situazione non migliora o se peggiora dopo 4-5 giorni”.

#### • VERO O FALSO?

Ci sono altri miti da sfatare messi in luce dal sondaggio, come anche credenze fondate. Per esempio è vero che la vitamina C, come anche quelle del gruppo B, è utile se assunta nella giusta quantità (in eccesso, potrebbe invece dar luogo a disturbi gastrointestinali). Quindi sì ad una spremuta di arance al giorno. È anche vero che dormire incrementa la risposta immunitaria e che dopo tre giorni, in generale, il malato non è più contagioso. Questo però non vale per i bambini, che spesso rimangono contagiosi più a lungo. Il latte non aiuta a prevenire o curare l’influenza, mentre l’attività fisica sì, sebbene sempre nella giusta misura, perché costringere il corpo a un super lavoro lo rende più debole in caso di attacco dei virus. Bene anche il brodo caldo, ma di carne, perché contiene le proteine che facilitano la ricostruzione delle cellule danneggiate dall’infezione ed è un buon modo per nutrirsi in un momento in cui si è inappetenti. Ancora, in caso di febbre, l’antipiretico non va preso subito, ma solo quando la temperatura sale oltre i 38°.

[Mi piace](#) Piace a 3,6 mln persone. [Iscriviti](#) per vedere cosa piace ai tuoi amici.

**GUARDA ANCHE**

Promosso da Taboola

Le rughe sulla fronte dicono se il cuore è in pericolo

---

 Stampa | Stampa senza immagine | Chiudi
 

---

IL CASO

## Se un ago costa da 2 a 48 euro. Il diabete e il divario tra regioni

«Poche gare d'appalto e prezzi alle stelle». Con i soldi risparmiati dai soli «pungi dito» si potrebbero pagare tutti i dipendenti dei musei italiani

Gian Antonio Stella



Tutti gli stipendi dei dipendenti dei musei italiani: ecco cosa potremmo pagare risparmiando sui costi delle «lancette pungidito» o delle «strisce per il controllo della glicemia». Senza tagliare un cent all'assistenza. Lo dice l'ultimo rapporto dell'Anac sui costi standard. Che denuncia tra le regioni distanze abissali. Esempio? Un «ago penna» può costare da 2,03 euro a

48,4 euro. Ventiquattro volte di più. Pare impossibile che si possano mettere nel salvadanaio tanti soldi, in questi tempi di magra, su quattro prodotti per il controllo del diabete: «strisce per il controllo della glicemia, aghi penna, lancette pungidito e siringhe da insulina». Anche a comprarle privatamente, per dire, le strisce reattive per misurare il glucosio nel sangue costano mezzo euro l'una. Mezzo caffè. Ma mettendole a gara si strappano perfino prezzi molto più bassi.

**IN ITALIA 3,2 MILIONI DI DIABETICI** Il gioco, come spiega il dossier dell'Autorità presieduta da Raffaele Cantone (che denuncia anche la lentezza e talora la vaghezza delle regioni nel fornire i dati) è tutto sulla quantità: «Il diabete è una

malattia cronica a elevata incidenza e rappresenta una delle principali cause di morte nel nostro Paese. Sono oltre 3,2 milioni in Italia le persone che dichiarano di essere affette da tale patologia, circa il 5,3% della popolazione nazionale». L'incidenza «cresce al 16,5% fra le persone di 65 anni e oltre»: un anziano su sei. E «la spesa annua complessiva a carico del SSN per la gestione dei soggetti diabetici risulta pertanto assai consistente. Per i soli dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete vengono spesi più di 500 milioni di euro ogni anno». Per l'esattezza 508.751.304. Quanto costa l'intero Senato, dalle matite ai vitalizi. O, se volete, il doppio dell'intero ammontare delle dotazioni per le intercettazioni. O dei costi complessivi della Presidenza della Repubblica, dallo stipendio di Sergio Mattarella ai bottoni sulla divisa dei corazzieri.

**LE CONVENZIONI CON LE FARMACIE** Una spesa enorme. Che le Regioni, nella stragrande maggioranza dei casi fino al toccare il 92,4%, hanno scelto di gestire scansando le gare d'appalto per fare convenzioni con le associazioni di categoria delle farmacie. Riconoscendo a queste ultime «una tariffa di rimborso per il servizio di approvvigionamento ed erogazione dei dispositivi ai pazienti aventi diritto». Giusto? Sbagliato? Certo è che solo una piccola parte, meno di un quindicesimo, finisce al miglior offerente e una piccola fetta (1%) viene concessa addirittura a trattativa privata. L'Authority anticorruzione, ovvio, contesta. Certo, «la distribuzione tramite farmacie convenzionate permette normalmente di fornire ai diabetici un'elevata copertura sia in termini territoriali, sia in termini di maggiore varietà di scelta di prodotti dispensati» ma questi «accordi convenzionali con le farmacie, pur essendo legittimi, presentano criticità in termini di sottrazione al confronto competitivo garantito dalle procedure ad evidenza pubblica». Non a caso, se non c'è gara, «si hanno mediamente prezzi unitari significativamente più elevati».

**LE DISPARITÀ TRA REGIONI** Quanto «significativamente»? Risponde la tabella del rapporto dedicata alle strisce per il controllo della glicemia, che da sole assorbono il 76% della spesa complessiva per un totale di 389,7 milioni di euro. Ogni striscia costa mediamente 46 centesimi di euro. Più o meno quanto pagano Sardegna o Veneto. Le disparità tra una regione e l'altra, però, sono enormi. Com'è possibile che la stessa identica striscia per misurare i glucosio nel sangue dei diabetici venga pagata 21,5 centesimi in una regione ricca come la Val d'Aosta e 56,7 in Calabria? Se quella striscia costa solo 19,1 centesimi in Emilia-Romagna dove l'85% percento di questo tipo di prodotti viene acquistato attraverso pubbliche gare, come può

costarne 55,8 in Basilicata, 59 nel Lazio, 62 in provincia di Trento e addirittura 65 cioè oltre il triplo in quella di Bolzano? Un altro grafico segnala la distanza che separa «il prezzo unitario medio per modalità di approvvigionamento»: una striscia comprata con una pubblica gara costa 23 cent, con una convenzione con le farmacie 49,8. Il doppio. Eppure, sugli altri tre prodotti per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete passati al setaccio, le distanze sono ancora più marcate. Le siringhe da insulina vanno da un minimo di 0,033 in Liguria a 0,160 in Alto Adige: cinque volte di più. Le «lancette pungidito» da 0,016 in Emilia-Romagna a 0,133 in Piemonte: otto volte di più. Gli «aghi-penna» da 0,015 euro in Liguria a 0,165 nel Lazio: undici volte di più. Su una gran massa di acquisti sono differenze sostanziali.

**LA SPESA PRO CAPITE** Va da sé che con questi numeri ballano, molto, anche le spese tra una regione e l'altra. Per «l'erogazione dei dispositivi medici per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete», accusa l'Anac, la spesa pro capite annuale (dati 2016) è di 51,10 euro in Emilia-Romagna, 128,02 in Basilicata, 166,45 in Lombardia, 272,91 in Sardegna, 303,7 in provincia autonoma di Trento e, «sulla base dei dati disponibili» (gli enti pubblici non sono sempre entusiasti di rispondere alle domande dell'Anticorruzione) addirittura 317,69 in Alto Adige. Sei volte di più. Non basta ancora, sottolinea l'Anac. Le differenze risultano ancora più forti confrontando la spesa pro capite annuale dei pazienti sui «singoli dispositivi: per le strisce si va dai 38,79 euro dell'Emilia Romagna ai 257,12 euro della Provincia di Bolzano, per gli aghi penna dai 2,03 euro della Liguria ai 48,4 euro della Sardegna, per le lancette pungidito dai 2 euro dell'Emilia Romagna ai 28,86 euro della Provincia di Trento».

**LE PREVISIONI PER IL 2019** «Non voglio manco immaginare che ci siano di mezzo delle bustarelle ma il sistema così non può funzionare», spiega Raffaele Cantone. «Certe differenze davvero macroscopiche, proprio come ci avevano segnalato in un esposto le associazioni di diabetici, e provano quanto sia indispensabile arrivare ai costi standard. Il rapporto lo abbiamo mandato a tutti. Decidano». Se solo tutte le regioni che spendono di più o molto di più si allineassero a «una delle Regioni caratterizzate da prezzi mediamente più bassi, ad esempio l'Abruzzo, che peraltro riesce ad assicurare ai propri assistiti un'ampia gamma di prodotti tra i quali scegliere», conclude il dossier, «i risparmi ottenibili a livello nazionale sarebbero di oltre il 42%, pari a circa 216 milioni di euro annui». Poco meno, come dicevamo, dei 242 milioni di euro previsti per pagare nel 2019 tutto il personale usato per la

«Valorizzazione del patrimonio culturale e il coordinamento del sistema museale» italiano. E questo solo sulle strisce reattive e i pungi dito. Immaginatevi se i costi standard fossero applicati sempre...

**Gian Antonio Stella**  
26 settembre 2018 | 21:25  
© RIPRODUZIONE RISERVATA



# quotidiano **sanità**.it

Giovedì 27 SETTEMBRE 2018

## Tumori. In Italia sono 373.000 i nuovi casi nel 2018. Al Nord (Emilia Romagna e Toscana al top) si sopravvive di più, Sud fanalino di coda

**Presentata al Ministero della Salute l'ottava edizione del volume sui numeri del cancro, frutto della collaborazione tra gli oncologi, gli epidemiologi dell'Airtum, Fondazione Aiom e Passi. La neoplasia della mammella è la più frequente (52.800), in calo colon-retto e stomaco. Boom di fumatrici tra le 25-34enni nel Meridione. Stefania Gori, presidente Aiom: "Il 63% delle donne e il 54% degli uomini sono vivi a 5 anni dalla diagnosi. Scarsa adesione agli screening e stili di vita scorretti causano le differenze regionali". IL RAPPORTO ([OPERATORI E PAZIENTI](#))**

Il tumore più frequente in Italia è diventato quello della mammella: nel 2018 sono stimati 52.800 nuovi casi (erano 51.000 nel 2017). Seguono il cancro del colon-retto (51.300, erano 53.000 nel 2017), che lo scorso anno era il più diagnosticato e del polmone (41.500, erano 41.800 nel 2017).

Complessivamente, quest'anno nel nostro Paese sono stimati 373.300 nuovi casi di tumore (194.800 uomini e 178.500 donne), con un aumento, in termini assoluti, di 4.300 diagnosi rispetto al 2017. E quasi 3 milioni e quattrocentomila cittadini vivono dopo la scoperta della malattia (3.368.569, erano 2 milioni e 244 mila nel 2006), il 6% dell'intera popolazione: un dato in costante aumento. Ma le percentuali sulla sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi fotografano un Paese spaccato in due: al Nord si registrano i tassi migliori, in particolare nelle prime tre posizioni si collocano Emilia-Romagna, Toscana (56% uomini e 65% donne in entrambe le Regioni) e Veneto (55% e 64%).

In coda invece il Sud, con Sicilia (52% uomini e 60% donne), Sardegna (49% e 60%) e Campania (50% e 59%). Differenze che possono essere spiegate soprattutto con la scarsa adesione in queste aree ai programmi di screening che consentono di individuare la malattia in stadio iniziale, quando le possibilità di guarigione sono più alte, e con la preoccupante diffusione in queste Regioni di fattori di rischio come fumo, sedentarietà ed eccesso di peso.

È questo il censimento ufficiale, giunto all'ottava edizione, che descrive l'universo cancro in tempo reale grazie al lavoro dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), dell'Associazione Italiana Registri Tumori (Airtum), di Fondazione Aiom e di Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) raccolto nel volume "I numeri del cancro in Italia 2018", presentato oggi all'Auditorium del Ministero della Salute in un convegno nazionale (disponibile nella versione per operatori e in quella per pazienti e cittadini).

"Nel nostro Paese ogni giorno circa 1.000 persone ricevono una nuova diagnosi - afferma **Stefania Gori**, Presidente nazionale Aiom e Direttore dipartimento oncologico, Irccs Ospedale Sacro Cuore Don Calabria-Negrar -. Negli uomini, continua il calo dei tumori del polmone e della prostata e nelle donne dell'utero e dell'ovaio. Nella popolazione generale, diminuiscono le neoplasie dello stomaco e del colon-retto. Crescono però quelle del pancreas, della tiroide e il melanoma, e, nelle donne, i tumori della mammella e del polmone,



quest'ultimo per la sempre maggiore diffusione dell'abitudine al fumo nella popolazione femminile. L'ampliamento della popolazione target dello screening mammografico in alcune Regioni (tra cui Emilia-Romagna e Piemonte) spiega l'aumento significativo dell'incidenza del carcinoma della mammella nelle 45-49enni, dove peraltro la mortalità si abbassa dell'1%".

"I tumori non solo sono curabili ma anche guaribili, grazie a terapie sempre più efficaci e alle campagne di prevenzione - continua la Presidente Gori -. Infatti, il 27% dei pazienti vivi dopo la diagnosi torna ad avere (dopo un periodo di tempo diverso in base al tipo di tumore, al sesso, all'età di insorgenza) la stessa aspettativa di vita della popolazione generale: nel 2010 erano 704.648, nel 2018 sono 909.514, con un incremento del 29%".

"I pazienti oncologici sono i finali beneficiari del miglioramento sostanziale che le informazioni contenute in questo volume potranno generare, qualora adeguatamente utilizzate, in ambito di prevenzione, diagnosi e terapia dei tumori - spiega il Sottosegretario alla Salute, **Armando Bartolazzi**, nella Prefazione del libro -. Il fine ultimo di questo sforzo intellettuale è infatti quello di migliorare sempre più la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti oncologici. Allo stesso tempo le dettagliate informazioni riportate nel testo, gli indici epidemiologici relativi all'incidenza, alla prevalenza, alla percentuale di guarigione, ai confronti geografici nazionali, al monitoraggio delle campagne di screening e molti altri ancora, consentono di verificare l'adeguatezza e l'efficacia delle prestazioni erogate dal nostro Servizio Sanitario Nazionale in ambito oncologico, dalla prevenzione alla diagnosi precoce, alla cura. L'analisi conoscitiva dei dati epidemiologici riguardanti le neoplasie in Italia permette di pianificare su criteri oggettivi gli interventi di programmazione sanitaria da effettuare in ciascuna Regione".

I tumori colpiscono meno nel Meridione, infatti il tasso d'incidenza è più basso del 13% tra gli uomini e del 16% tra le donne al Sud rispetto al Nord. Le tre Regioni con il più alto numero di diagnosi stimate nel 2018 sono Lombardia (64.200), Lazio (33.850) e Veneto (31.850). "Le stime dei casi attesi sono importanti anche a livello regionale, perché i servizi diagnostici e terapeutici devono essere programmati su questi ordini di grandezza - afferma **Lucia Mangone**, presidente Airtum -. Oggi in Italia il 63% delle donne e il 54% degli uomini sono vivi a 5 anni dalla diagnosi. Il nostro Paese, se valutato nel complesso, presenta un quadro di sopravvivenza pari o superiore alla media europea, ma, scendendo nel dettaglio regionale, la residenza diventa un determinante prognostico importante che indica una disomogeneità nell'accesso a programmi di diagnosi precoce e a cure di alta qualità, con una discriminazione dei cittadini del Meridione purtroppo ancora presente, sebbene la tendenza sia in miglioramento rispetto al passato".

Inoltre nel Sud, dove gli screening oncologici sono ancora poco diffusi, non si registra la riduzione della mortalità e dell'incidenza dei tumori della mammella, del colon-retto e della cervice uterina, osservata invece nelle altre Regioni in cui l'adesione a questi programmi è più alta. Nel 2015 (ultimo anno disponibile) nel nostro Paese sono stati 178.232 i decessi attribuibili al cancro. La prima causa di morte oncologica è costituita dal carcinoma del polmone (33.836 decessi nel 2015), seguito dal colon-retto (18.935), mammella (12.381), pancreas (11.463) e fegato (9.675).

Sull'esempio della scorsa edizione, il volume contiene approfondimenti sugli stili di vita, a sottolineare quanto le misure di prevenzione possano incidere sui numeri della malattia. Il fumo di sigaretta rappresenta il principale fattore di rischio. In Italia sono attribuibili a questa pericolosa abitudine ogni anno circa 93mila morti (il 14% di tutte le persone decedute) e le sigarette costituiscono la prima causa di perdita di anni di vita in buona salute. Il fumo di tabacco è fortemente associato ai tumori del polmone, del cavo orale e gola, esofago, pancreas, colon, vescica, prostata, rene, seno, ovaie e ad alcuni tipi di leucemie. Il 26% degli italiani fuma e le generazioni di giovani adulti sono le più esposte a questa pericolosa abitudine. Fra gli uomini, la quota maggiore di fumatori si registra fra i più giovani, con meno di 35 anni, più elevata fra i 25-34enni rispetto ai giovanissimi (18-24 anni). È proprio la diminuzione dei tabagisti in queste classi di età a determinare il calo complessivo dei fumatori in Italia.

"Preoccupa però la situazione nel Meridione che vede un significativo aumento delle fumatrici fra le 25-34enni

e una sostanziale stazionarietà di questa abitudine nelle nuove generazioni delle 18-24enni - sottolinea **Maria Masocco**, Responsabile Coordinamento Nazionale Passi -. In generale, nelle giovani donne che vivono nelle Regioni del Sud si registra, negli ultimi anni, un preoccupante incremento di fumatrici tale da annullare il vantaggio storico, per bassa prevalenza di questa abitudine, rispetto alle donne delle Regioni del Centro-Nord. A questo quadro si aggiungono in queste aree le alte percentuali di altri fattori di rischio (sedentarietà ed eccesso di peso) e una bassa copertura degli screening oncologici per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del colon-retto e della cervice uterina. Per questo è fondamentale investire in campagne di prevenzione”.

Fra gli altri fattori di rischio, il 17% degli italiani consuma alcol in quantità o modalità di assunzione a maggior rischio per la salute, il 32,5% è sedentario e il 42,2% risulta in eccesso ponderale (il 31,7% è in sovrappeso e il 10,5% obeso). Al Centro-Sud la quota dei sedentari è significativamente più elevata e raggiunge il 50% in diverse Regioni (toccando il 71% in Basilicata). Inoltre la Campania continua a detenere il primato per la percentuale più alta di persone in eccesso ponderale (51%), seguita da Sicilia (48,1%), Molise (47,8%) e Puglia (45,5%) con valori non molto distanti.

“L’indagine sugli stili di vita è stata estesa anche alle persone che hanno ricevuto una diagnosi di tumore - conclude **Fabrizio Nicolis**, presidente Fondazione Aiom -. Questi cittadini presentano alte percentuali di fattori di rischio legate ad abitudini non salutari, mai abbandonate, talvolta più elevate rispetto alle persone ‘sane’. Il 20% è fumatore abituale, l’11% fa un consumo di alcol rischioso per la salute ed è relativamente bassa la quota (14%) di coloro che consumano più di 5 porzioni di frutta e verdura. Inoltre il 38% è sedentario e il 15% è obeso, tassi maggiori rispetto alla popolazione libera da tumore. Fra i pazienti oncologici sono più frequenti le azioni di contrasto ai fattori aggravanti, anche se resta ancora troppo bassa la quota di persone che tentano di smettere di fumare (42%) o che seguono una dieta per perdere peso (30%). Per questo vanno promosse campagne di prevenzione per far comprendere a questi pazienti l’importanza degli stili di vita sani anche per impedire lo sviluppo di eventuali recidive”.

/



TE

## Tumori in crescita in Italia: 373mila nuovi casi nel 2018. Al seno, il più diffuso

Ma, di poco, il numero dei casi di cancro registrati in Italia nel 2018: sono 373mila in tutto. Al Nord ci si ammala di più, ma al Sud si sopravvive di meno, soprattutto per la scarsa diffusione degli screening e la maggiore diffusione di stili di vita scorretti. Il tumore al seno è quello del colon e diventa il più frequente, mentre diminuiscono le neoplasie che colpiscono polmone, stomaco e colon. È questa la fotografia scattata dal censimento oncologico dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), raccolto nel volume I numeri del cancro in Italia 2018, presentato al Convegno del Ministero della Salute.

di MARTINELLA

di Vera Martinella

1 di 12



### Quanti casi di cancro si diagnosticano in Italia?

Si stima che nel 2018 in Italia, verranno diagnosticati 373.300 nuovi casi di tumore maligno: 194.800 fra i maschi e 178.500 fra le femmine. Nel 2017 erano 369mila. «Nel nostro Paese ogni giorno circa 1.000 persone ricevono una nuova diagnosi - dice Stefania Gori, presidente nazionale AIOM e direttore del dipartimento oncologico all'IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria-Negrar (Verona). I tumori non solo sono curabili ma anche guaribili, grazie a terapie sempre più efficaci e alle campagne di prevenzione. La conoscenza dei dati presentati in questo volume consente anche

di verificare l'adeguatezza e l'efficacia delle prestazioni erogate dal nostro Servizio Sanitario Nazionale in ambito oncologico, dalla prevenzione alla diagnosi precoce, alla cura».



(GettyImages)

1 di 12



27 settembre 2018, 10:50

**ciale di questo mese e naviga il sito illimitatamente.**

**ABBONATI a soli 0,50€ a settimana.**



Selezioni in corso, le nomine entro ottobre

**Manager sanità, si stringono i tempi**

Sono pochi i candidati che aspirano alla carica di direttore generale

**PALERMO**

Oggi dovrebbe essere l'ultimo giorno dedicato ai colloqui legati alle selezioni dei manager che gestiranno per tre anni le aziende sanitarie e ospedaliere in Sicilia. Poi la commissione (Carmela Schillaci, Antonino Perino e Massimo Tarrantino) inizierà a elaborare le informazioni raccolte. Ieri, in commissione Sanità, l'assessore regionale alla Salute, Ruggero Razza, ha fatto rilevare che il numero dei candidati non offre un'ampia scelta. In corsa sono una settantina.

Forse ci si aspettava una partecipazione più massiccia di aspiranti direttori generali provenienti anche da altre regioni.

L'assessore ha garantito che entro la fine di ottobre saranno varate le nomine. Non a caso i commissari nominati nei giorni scorsi coprono un arco temporale di 45 giorni, giusto il tempo di assicurare la transizione. Ma l'assessorato regionale



«Entro la fine di ottobre daremo un assetto definitivo alla sanità siciliana»

Ruggero Razza

alla Salute è impegnato anche sul fronte della rete sanitaria. Il documento è stato inviato a Roma per incassare il via libera del ministero della Salute. In realtà si tratta di integrazioni e aggiornamenti, anche perché il 4 aprile del 2017 era già stato avallato il piano dell'ex governo Crocetta. Ma la giunta Musumeci ha voluto rimodellare la rete sanitaria per dare un'impronta diversa. Tra l'altro il precedente piano era stato impugnato dai tre rettori siciliani, visto che non c'era l'intesa con le università. Uno scoglio superato dall'attuale governo che ha così rimosso 'sotacolo. Ora si attende la valutazione del ministero per varare il nuovo modello da affidare ai direttori generali.

# Vaccini, i pediatri alla ministra Grillo «Obbligo anche per l'esavalente»

**Villani (presidente Sip): «Abbiamo ancora bimbi che muoiono di pertosse nei primi mesi di vita»**

ROMA. Alzata di scudi dei pediatri dopo le parole di ieri del ministro della Salute, Giulia Grillo, secondo cui l'obbligo vaccinale va mantenuto per il morbillo, ma non per l'esavalente.

«Parlare oggi di togliere l'obbligo per l'esavalente non ha senso. Abbiamo ancora bimbi che muoiono di pertosse nei primi mesi di vita», interviene il presidente della Società Italiana di Pediatria (Sip) Alberto Villani. Che dal suo osservatorio di pediatra dell'ospedale Bambino Gesù di Roma racconta: «La scorsa settimana abbiamo avuto un bimbo con sepsi da Haemophilus Influenza b. E ogni anno in Italia abbiamo 60-100 morti di tetano e 300 mila contagi di epatite

**Malattie.** Polio, tetano, epatite B, pertosse e Haemophilus Influenza b

B». Villani poi ci tiene a sottolineare che nel vaccino esavalente sono contenuti i 4 vaccini per i quali era previsto l'obbligo già prima del decreto Lorenzin: ovvero antidifterica, antipoliomielitica, antitetanica, anti-epatite B, più l'antipertosse e Haemophilus Influenza b.

«I dati di cui disponiamo su queste malattie - spiega - sono sottostimati. Pur disponendo di tecnologie avanzate per le analisi, in molti ospedali ancora non vengono fatte». E lo dimostra un'indagine pubblicata nel 2016 e condotta su 215 bimbi sotto i tre mesi ricoverati al Bambino Gesù per problemi respiratori. «Abbiamo visto - dice - che il 20% aveva il batterio della pertosse, ma se non fosse stato per lo studio, probabilmente nessuno li avrebbe testati». «Una revisione dell'obbligo vaccinale, una volta raggiunte le coperture ottimali, è prevista dalla stessa Legge Lorenzin. Ma - conclude - è un processo cultura-

le che richiede tempo. Dobbiamo creare un progetto di educazione sanitaria per avere in 5 anni una popolazione che vede nelle vaccinazioni un privilegio e un diritto, non un obbligo».

Anche dal fronte delle opposizioni è arrivato una bocciatura per le parole della ministra Grillo: «Perché tutti questi annunci? Le vaccinazioni sono una cosa seria, serve una strategia comune. Aspettiamo di verificare che le coperture siano stabilmente superiori al 95% su tutto il territorio nazionale, comprese aree più povere e periferie. Aspettiamo che parta in tutte le regioni l'anagrafe vaccinale», hanno scritto in una nota i deputati Dem Paolo Siani, Elena Carnevali e Vito De Filippo.

E non ci sta neppure Fl, che per bocca di Marco Marin ha replicato: «Sui vaccini il ministro Grillo si inventa l'obbligatorietà a corrente alternata. Fino a pochi giorni fa il ministro era per l'obbligo flessibile: una contraddizione in termini. Da questo governo gialloverde mai niente di concreto, solo confusione». Aspro in commento dell'ex ministro della Salute Beatrice Lorenzin: «Togliere l'esavalente vuol dire togliere anche quei 4 vaccini che erano già obbligatori prima. Parliamo di malattie gravissime, come la poliomielite. Tra l'altro, non mi risulta che esista un vaccino monocomponente contro il solo morbillo, quindi dobbiamo capire se il ministro Grillo intenda lasciare come obbligatorio anche l'antirosozia e l'antiparotite, inclusi nel trivalente».

Tra le reazioni quella del governatore Nicola Zingaretti: «Nel Lazio l'obbligatorietà vaccinale verrà mantenuta». E dell'assessore alla Salute dell'Emilia-Romagna Sergio Venturi: «Sono sconcertato perché ritengo che i continui cambi di posizione del Ministero della Salute in tema di vaccini possano creare confusione nei genitori, che invece devono avere una linea chiara». Intanto nel mondo si riaccendono focolai di polio e difterite, come in Pakistan, Afghanistan e India.



IL MINISTRO DELLA SALUTE, GIULIA GRILLO

## Quest'anno l'influenza sarà meno "aggressiva"

ROMA. Dopo quella appena passata, che è stata la peggiore degli ultimi 15 anni, la stagione influenzale 2018-2019 dovrebbe essere di intensità media, dunque meno forte. Sempre che non ci si metta un inverno eccessivamente freddo e lungo, si stima che non meno di 5 milioni di persone saranno costrette a letto, e altrettante saranno colpite da uno dei 262 virus che provocano sindromi simil-influenzali. La previsione è del virologo Fabrizio Pregliasco, dell'Università degli Studi di Milano.

«Questo è ciò che possiamo dire sulla base della stagione influenzale che si sta concludendo in Australia e Nuova Zelanda, dove è stata di media intensità, ed è circolato soprattutto il virus AH1N1. In quest'ultima parte di stagione rimane l'incognita del virus B, che potrebbe innalzare il numero dei casi», spiega Pregliasco. Ma, anche se si prevede una stagione più tranquilla, avverte il virologo, «non bisogna sottovalutarla. L'anno scorso ci aspettavamo una stagione di media intensità e invece è stata la peggiore degli ultimi 15 anni - prosegue - Molto dipenderà anche dal meteo: se questo inverno dovesse essere più lungo e freddo sicuramente si avranno molti più malati».

Le campagne di vaccinazione dovrebbero partire dalla metà di ottobre fino a fine dicembre. La protezione del vaccino comincia circa due settimane dopo la vaccinazione e dura per 6-8 mesi. È importante, raccomanda Pregliasco, «evitare di curarsi con l'antibiotico. Cosa che invece fa il 20,7% circa delle persone che si ammalano». Molto popolari sono i «rimedi della nonna» come il brodo caldo, tè e tisane, spremute, vino cotto, latte bollente con miele (38,7%). Secondo un'indagine presentata oggi a Milano da Assosalute (Associazione nazionale farmaci di automedicazione), per prevenire l'influenza gli italiani si coprono bene, evitano gli sbalzi di temperatura, e si lavano spesso le mani, mentre il 14% ricorre al vaccino antinfluenzale. «È un salvavita» - conclude Pregliasco - per gli anziani sopra i 65 anni e i malati cronici».

ADELE LAPERTOSA



LO HA SVILUPPATO UN'ÉQUIPE DI RICERCATORI SVEDESI

## Un esame del sangue per scoprire il temibile cancro del pancreas

**P**uò passare inosservato per mesi, a volte per anni. Per questo il cancro del pancreas, un organo di difficile accesso, è spesso diagnosticato a uno stadio in cui non è più operabile. E per questo la percentuale di sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi è inferiore al 5%. La sfida è dunque quella di mettere a punto strumenti per permettere di diagnosticare i pazienti il più presto possibile.

Una buona notizia in questo senso arriva dalla Svezia, dove un'équipe di ricercatori ha sviluppato un test, i cui dettagli sono stati pubblicati sul *Journal of Clinical Oncology*. Si tratta di un esame del sangue che mira a identificare una «firma» biologica debole di questo cancro, che può lasciare nel sangue degli indizi della sua presenza. La difficoltà sta proprio

nello stanare questi indizi. I ricercatori svedesi hanno analizzato i campioni sanguigni di oltre 400 malati di cancro del pancreas a differenti stadi e li hanno confrontati con quelli di 800 persone in buona salute.

«Il nostro test permette di stanare un cancro del pancreas di stadio I o II con un'efficacia del 96% quando non è ancora troppo tardi per effettuare un intervento chirurgico», ha spiegato a *Le Figaro* l'immunologo **Carl Borrebaeck**, coautore dello studio.

Questo cancro, diagnosticato attualmente attraverso risonanza magnetica, scanner o endoscopia, è uno dei più aggressivi, poiché ha la capacità di diffondersi rapidamente e di resistere a un ambiente ostile. Inoltre è poco sensibile ai trattamenti di chemioterapia. Solo tra il 10 e il 15% di questi tumori può essere operato, il resto viene scoperto quando è ormai in fase di metastasi. Tra i fattori di rischio di questo cancro, raddoppiato nei paesi occidentali, ci sono il fumo e l'obesità.

© Riproduzione riservata-



**Il cancro del pancreas può lasciare nel sangue degli indizi della sua presenza**





# Con il trapianto di faccia domande su psiche e costi

di Michele Aramini

**I**l trapianto facciale di una paziente italiana di 49 anni affetta da neurofibromatosi di tipo I è stata la notizia medica più importante dei giorni scorsi, come ha rilevato su queste colonne anche Vittorio Sironi martedì 25. L'intervento, il primo in Italia, è stato eseguito presso l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea di Roma dall'équipe di Fabio Santanelli di Pompeo. L'operazione ha richiesto 27 ore, e ha visto all'opera diverse squadre di operatori chirurgici che si sono alternate.

Se ai trapianti di organi siamo già abituati, di fronte a un trapianto facciale restiamo sorpresi, da un lato per la novità, essendo il primo in Italia e uno dei pochi nel mondo (dal 2010 a oggi ne sono stati realizzati solo una sessantina in tutto il mondo), dall'altro per i molti interrogativi che l'intervento pone. Domande sui piani dell'identità personale, psicologico, etico e anche economico di giustizia sanitaria.

Qualche ulteriore informazione può aiutare a rispondere a queste domande.

La paziente è affetta da una malattia genetica, che nel suo caso le rendeva sempre più difficile l'uso della bocca per parlare, mangiare, deglutire. La condizione di questa donna era perciò di grande invalidità. In altri casi il trapianto facciale è stato realizzato per rimediare a

gravi ferite riportate in guerra, in incidenti sul lavoro o stradali, e in qualche caso di tentato suicidio con danni gravi al volto. Possiamo perciò comprendere che la soluzione di questo trapianto è veramente una sorta di ultima spiaggia, non si può fare solo per il desiderio di un paziente. L'intervento rientra in un protocollo sperimentale, autorizzato dal Centro nazionale trapianti dopo l'acquisizione del parere positivo del Consiglio superiore di Sanità. A ciò si deve aggiungere che le possibilità di successo sono ancora limitate e che il rigetto è sempre in agguato, come sfortunatamente è avvenuto subito nel caso che stiamo presentando: infatti dopo due giorni i medici hanno dovuto procedere a un piano B, in attesa di un nuovo donatore e di un eventuale nuovo tentativo. Il motivo sta nel fatto che sono numerosi i tessuti da innestare, e ognuno di essi reagisce diversamente all'incontro con il nuovo organismo. Infine, anche quando le cose sembrano andare bene il paziente avrà bisogno di una lunga riabilitazione psicologica, i cui esiti sono incerti. Detto altrimenti, con il nuovo volto potrebbe anche soffrire.

Per le ragioni che abbiamo esposto possiamo trarre la conclusione che siamo di fronte a una benefica medicina di avanguardia, che si sforza di trovare soluzioni in gravi casi di invalidità. Una medicina costosa, che apre nuo-

ve frontiere per la cura di malattie rare, ma anche per rimediare a vari generi di incidenti e ferite. Perché diventi di routine occorreranno ancora molti anni. In questa fase sperimentale tocca a comitati etici e istituzioni dello Stato garantire il giusto rapporto costi-benefici, per il paziente e per la società.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*L'intervento effettuato a Roma, malgrado i problemi di rigetto, apre una nuova frontiera per chi ha patologie molto gravi, ha subito ferite o incidenti invalidanti*





# Pochi trapianti, Germania «egoista»?

di Vincenzo Savignano

**S**i riapre in Germania la discussione etica e politica sulla donazione di organi. Il Bundestag potrebbe avviare presto una discussione parlamentare sulla questione del silenzio-assenso, mentre Chiesa cattolica e Consiglio etico, la massima autorità istituzionale che esamina i temi etici nel Paese, hanno già espresso le loro perplessità sull'introduzione di una legge che preveda un simile automatismo per la donazione di organi e tessuti.

La questione ha occupato le prime pagine dei quotidiani dopo che il ministro della Sanità, il cristiano-democratico Jens Spahn, ha sottolineato in alcuni interventi sulla tv pubblica che «la Germania è molto indietro rispetto alla maggior parte dei Paesi europei riguardo alla donazione di organi». Secondo gli ultimi dati della Fondazione tedesca per i trapianti, nel 2017 ci sono stati solo 800 casi di donazioni. Ogni milione di abitan-

ti sarebbero solo 10 i donatori in Germania, mentre in Spagna – primo Paese in Europa in questa graduatoria – i donatori sono 43 per milione di abitanti (28 in Italia).

«Ogni giorno in Germania muoiono tre persone che aspettavano un organo mai arrivato – ha aggiunto il ministro Spahn –. Credo sia giunto il momento di riaprire il dibattito nel nostro Paese sulla donazione d'organi. È giusto che il Parlamento si confronti anche sul silenzio-assenso». Spahn per ora non vuole presentare una proposta di legge al Bundestag ma aprire una discussione parlamentare che porti «a scelte concrete per aumentare il numero di donazioni d'organi nel nostro Paese. Una di queste potrebbe essere l'introduzione dell'obbligatorietà del principio del silenzio-assenso».

Oggi la legge tedesca prevede un sí esplicito del donatore o dei familiari per donare gli organi a scopo terapeutico dopo la morte. Una nuova legge potrebbe prevedere, invece, che chi non si dice espressamente contrario verrebbe considerato automaticamente donatore d'organi. A questo principio si sono però già opposti, oltre alla Chiesa cattolica tedesca, anche l'Etikrat, il Consi-

glio etico, istituzione, interpellata dal Parlamento tedesco quando bisogna legiferare su temi delicati come questo. «Con il silenzio-assenso – ha sottolineato il presidente dell'Etikrat, il teologo evangelico Peter Dabrock – rischiamo di perdere l'idea su cui si basa la donazione d'organi, un principio etico fondato esclusivamente sulla libertà di scelta di ogni singolo individuo. Il silenzio-assenso invece è un obbligo imposto per legge a tutti i cittadini».

Anche la cancelliera Angela Merkel ha espresso parere favorevole all'apertura di un dibattito pubblico e politico sulla questione. Il capo dell'esecutivo non si è espresso apertamente sulla questione ma ha lasciato intendere, attraverso il suo portavoce Steffen Seibert, che il governo di Berlino «se lo riterrà opportuno è pronto ad apportare modifiche alla vecchia normativa per facilitare e velocizzare le procedure di donazione e richiesta di organi in Germania».

*Gli organi donati sono meno della metà del dato italiano  
Per rimediare a un problema sempre più acuto si pensa a una legge basata sul silenzio-assenso  
Un obbligo con molti contrari*