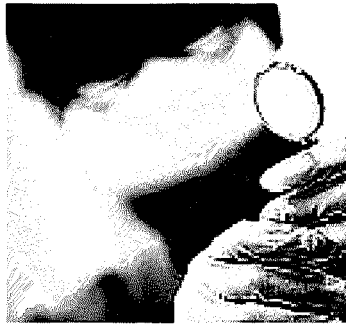


SELPRESS  
www.selpress.com

Direttore Responsabile  
Ferruccio de Bortoli

Diffusione Testata  
411.400



Diritto

Cure essenziali  
garantite solo  
in dieci regioni

a pagina 43

**Monitoraggio** Promosso il Lazio, la peggiore resta la Campania

# Tutte le cure essenziali solo in dieci regioni

**S**ono cure e prestazioni sanitarie riconosciute «essenziali» e come tali vanno garantite a ogni cittadino, indipendentemente dalla regione in cui risiede. Ma ancora non sono un diritto «uguale» per tutti, nonostante l'ultimo rapporto del ministero della Salute sull'erogazione dei Lea, i *Livelli essenziali di assistenza*, segnali un miglioramento rispetto all'anno precedente, sulla base degli indicatori analizzati per valutare le attività di prevenzione, l'assistenza ai malati sul territorio, in ospedale e in situazioni di emergenza-urgenza.

Per il 2012 (anno di riferimento dell'analisi resa nota nei giorni scorsi) salgono a dieci le Regioni «promosse» (rispetto al 2011 si è aggiunto il Lazio; la Basilicata resta l'unica del Sud, *vedi cartina*), mentre altre cinque (Calabria, Puglia, Sicilia, Abruzzo e Molise) devono assolvere specifici impegni per diventare «adempienti». Rimane critica la situazione in Campania. Non rientrano invece nel monitoraggio le Province autonome di Bolzano e Trento, la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna, in quanto non partecipano alla ripartizione dei finanziamenti integrativi nell'ambito del riparto del Fondo sanitario nazionale.

Il rapporto del ministero conferma peraltro differenze nell'erogazione dei Lea tra le diverse regioni, comprese quelle «adempienti» e quelle non sottoposte a verifica. Sono ancora insufficienti, un po' dappertutto, gli screening per la diagnosi precoce di tumori a seno, cervice uterina e colon retto. E continua a essere carente, specie al Sud, l'assistenza territoriale per anziani e persone con

disabilità. Il posti letto in hospice per i malati di tumore in fase terminale, invece, sono aumentati nella maggior parte delle regioni.

Quanto all'assistenza ospedaliera, è ancora bassa la percentuale di pazienti con frattura del femore operati entro due giorni, (quindi con più possibilità di recupero): fanalino di coda sono Campania e Molise con appena il 14% di interventi nei tempi raccomandati dalle linee guida internazionali, contro il 74% e il 64% rispettivamente della provincia di Bolzano e della Toscana. Ancora elevato il ricorso ai parti cesarei, nonostante un calo in alcune Regioni anche meridionali e nella stessa Campania che, però, continua ad averne il primato, con il 36,7% di cesarei. «Non solo le cure sono garantite in modo diverso ai cittadini, ma l'estrema variabilità delle compartecipazioni alla spesa sanitaria ha creato ulteriori discriminazioni tra i pazienti, spesso costretti a pagare più tasse e più ticket — afferma Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva — . Andrebbe rivisto il sistema dei superticket, ma anche il metodo per verificare l'accesso ai Lea, che non prevede, per esempio, il monitoraggio sui tempi di attesa delle prestazioni».

**Maria Giovanna Faiella**

## La denuncia

### L'aggiornamento delle prestazioni in pesante ritardo

**Dell'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza si parla ormai da più di dieci anni. «Siamo ancora in attesa dei nuovi Lea, che prevedono il riconoscimento formale di altre sei patologie croniche e delle relative prestazioni esenti da ticket, come pure il riconoscimento di oltre un centinaio di malattie rare — dice Tonino Aceti, coordinatore del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva — . Inoltre, non è stato ancora aggiornato, dal 1999, il nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili».**



■ SELPRESS ■  
www.selpress.com

**Strategie** La spesa pubblica italiana ha il più basso tasso di crescita nell'Ue

## Otto proposte per riformare (senza tagliare) la nostra sanità

**M**olti pensano che il nostro Servizio sanitario nazionale sia un sistema universalistico che garantisce cure e servizi a tutti in modo equanime, però con grandi sprechi: ma è proprio vero?

Il Servizio sanitario nazionale usufruisce oggi di risorse molto limitate (112 miliardi di euro all'anno) che bastano a garantire le cure per le patologie più importanti, ma lasciano insoddisfatte molte aree di bisogno, dall'odontoiatria alla ginecologia o all'oculistica, tanto che la cosiddetta spesa *out of pocket* (letteralmente, fuori dal portafoglio) ha raggiunto i 30 miliardi di euro all'anno. Già oggi il 55 per cento delle prestazioni ambulatoriali specialistiche sono pagate dai cittadini privatamente: siamo quindi lontani dall'universalismo tanto sperato.

La nostra spesa sanitaria ha conosciuto un tasso di crescita bassissimo negli ultimi anni (1,7 per cento nel periodo 2000-2011) e la spesa pubblica pro capite è oltre il 25 per cento in meno di quella della Francia o della Germania.

Il disavanzo delle regioni con piani di rientro è sceso moltissimo (nel 2012 quello della Campania si è ridotto a un decimo di quanto non fosse nel 2005, quello del Lazio a un quinto, ecc.); così, attualmente, il disavanzo complessivo del Servizio sanitario nazionale è stato praticamente azzerato.

Anche il numero di posti letto ospedalieri per abitante è stato significativamente ridotto e oggi è uno dei più bassi della Unione Europea, mentre i ricoveri ospedalieri tra il 2000 e il 2011 sono scesi in tutto il Paese del 16,9 per cento. Tutto ciò fa pensare che la tenuta finanziaria del Servizio Sanitario non dovrebbe destare grandi preoccupazioni a breve e medio termine.

Il nostro è il sistema sanitario più sobrio di tutti i grandi Paesi della Ue, quello con il più basso tasso di crescita della spesa, e malgrado ciò nel 2012 è riuscito a raggiungere il pareggio di bilancio: questo spiega perché nella situazione attuale sia difficile individuare altri significativi margini di efficientamento se non di ordine minore, anche se magari a forte impatto mediatico. Ulteriori tagli determinerebbero molto probabilmente l'ulteriore riduzione della copertura di alcuni servizi.

Cosa è possibile fare?

1) Dato che sembra impossibile immaginare un aumento del finanziamento pubblico al Servizio sanitario nazionale nei prossimi anni, almeno si definisca che tutti i risparmi ottenibili e ottenuti rimangano all'interno del Servizio sanitario stesso.

2) Si operi per priorità: alcune aree di intervento dovrebbero essere abbandonate e altre lasciate a una sola parziale copertura pubblica, ciò consentirebbe di investire risorse in altri settori oggi emergenti (come, ad esempio, le malattie croniche).

3) La mancata spesa in innovazione tecnologica di questi anni rischia di penalizzare moltissimo la nostra sanità; è indispensabile tornare a investire, anche qui facendo scelte di priorità.

4) Bisogna intervenire sul sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini: oggi l'esenzione per patologia è indipendente da qualsiasi forma di reddito, una situazione da ripensare radicalmente.

5) Lo sviluppo dei sistemi assicurativi e previdenziali necessita di linee di indirizzo, per evitare una eccessiva frammentazione del servizio sanitario che altrimenti rischierebbe di tornare indietro di 40 anni, alle vecchie mutue.

6) Lo sviluppo di una rete di strutture ambulatoriali potrebbe, da un lato migliorare l'offerta di visite specialistiche, l'area più in sofferenza del Servizio sanitario nazionale, dall'altro affiancare la rete ospedaliera nella gestione dei malati cronici.

7) I posti letto in strutture socio-sanitarie, dai quelli post-acuti alle lungodegenze e agli hospice anche non oncologici, vanno potenziati.

8) Si dovrebbero sperimentare modelli di ospedali di insegnamento, dove coesistono università e ospedale anche con nuovi schemi di cooperazione che prevedano, ad esempio, il «prestito» da parte dell'ospedale di figure professionali all'Università, e non solo viceversa come avviene oggi, oltre a una valorizzazione della rete degli Ircs, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Oggi, quattro milioni di europei viaggiano per farsi curare all'estero e il loro numero è destinato a aumentare. Intercettare questo bisogno con politiche di investimento tecnologico e di valorizzazione dei professionisti potrebbe costituire per l'Italia un importante punto di forza e di potenziale finanziamento aggiuntivo per il Servizio sanitario nazionale.

**Sergio Harari  
Francesco Longo**

sharari@hotmail.it; francesco.longo@unibocconi.it

**Le criticità**

## Mancanze che penalizzano i bambini, gli anziani e i disabili

Il più penalizzato sono i cittadini campani: nella loro regione anche nel 2012, l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza rimane «critica», secondo il rapporto del ministero della Salute, a causa delle insufficienze riscontrate per la maggior parte degli indicatori della verifica.

Migliorano leggermente, Puglia e Calabria, che da Regioni «critiche» nel 2011 diventano «sorvegliate speciali» insieme ad Abruzzo, Sicilia e Molise, che già l'anno precedente dovevano recuperare in alcune aree della prevenzione e dell'assistenza. Il Lazio, avendo assolto gli impegni previsti, risulta «adempiente». Ma vediamo quali sono le aree critiche per le quali sono richiesti interventi «riparatori» alle regioni.

In Campania sono ancora insufficienti le vaccinazioni contro l'influenza per gli anziani e la diffusione degli screening per i tumori. Altre note dolenti: l'assistenza ai malati terminali, ad anziani e disabili, l'assistenza ospedaliera appropriata.

Sul fronte della prevenzione sono sotto osservazione anche Calabria, Abruzzo, Molise, Sicilia e Puglia. Queste ultime due Regioni devono migliorare anche la copertura delle vaccinazioni dei bambini contro morbillo, parotite, rosolia.

Per tutte e cinque c'è il rinvio al Piano di rientro sia per l'assistenza residenziale per anziani sia per l'appropriatezza delle cure ospedaliere; Sicilia e Molise devono recuperare anche rispetto all'assistenza alle persone con disabilità, l'Abruzzo, invece, per le cure palliative ai malati terminali.

«Se non esistono servizi sul territorio, o sono carenti, aumenta il rischio di prestazioni inappropriate, come nel caso di anziani che soffrono di più patologie e si rivolgono al pronto soccorso o sono ricoverate in ospedale anche quando non sarebbe indispensabile — afferma Tonino Aceti, del Tribunale dei diritti del malato — . Come segnala il rapporto del ministero, in Emilia Romagna l'assistenza domiciliare integrata (Adi) per gli over 65 arriva quasi al 12%, mentre è al 2-3% in altre regioni. Inoltre, il monitoraggio dei Lea dovrebbe riguardare anche l'Adi per malati «fragili», perché spesso le ore di assistenza domiciliare sono insufficienti a coprire i bisogni dei pazienti». (M.G. F)

01 GIUGNO 2014

## **Speciale Asco. Per Stefano Cascinu (Aiom), in oncologia è tempo di *restyling***

***Per il presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica è necessario ridefinire al più presto il disegno dei trial clinici alla luce dei progressi della biologia molecolare, ridisegnare l'organizzazione dell'assistenza oncologica attraverso reti e centri d'eccellenza, e centralizzare in Europa i processi di autorizzazione e rimborsabilità del farmaco***

La crisi economica da una parte e la velocità con la quale la ricerca consegna alla pratica clinica molecole sempre più sofisticate, richiede al più presto un cambiamento delle regole generali: da quelle con le quali sono stati disegnati finora i *trial* clinici, ai processi registrativi e di rimborso, all'assistenza oncologica. “Le aziende – afferma **Stefano Cascinu**, presidente Aiom (Associazione italiana di oncologia medica), da Chicago, dove è in corso il 50° Congresso dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) – cominciano a capire che se si continua così non ci sarà più sostenibilità per nessuno: né per lo Stato, né per loro, perché è inutile produrre farmaci, che non possono essere venduti perché nessuno può permetterseli. Un campanello d'allarme in questo senso, viene dalla fascia Cnn (fascia C non negoziata), dove tutti i nuovi farmaci approvati dall'EMA vanno a finire da un anno circa a questa parte. Nata con l'intento di far restare i medicinali in questo stato per un periodo breve di approvazione, in realtà si sta trascinando per molti farmaci. E intanto ci sono Regioni che autorizzano l'acquisto di questi nuovi farmaci, altre che non autorizzano; e addirittura, anche all'interno di una stessa Regione, ci sono Aziende Ospedaliere che comprano il farmaco e altre no; oppure a comprarlo deve essere lo stesso cittadino, magari attraverso la sua assicurazione sanitaria. Un fatto questo che innesca dei processi di diseguaglianza incredibili”.

Allo stesso tempo, per rendere sostenibile il progresso terapeutico, è necessario ridurre il carico di malattia e fare prevenzione, che significa diagnosi precoce, attraverso le campagne di *screening*, e attenzione agli stili di vita. “Questo congresso – prosegue **Cascinu** - segna un cambio di orientamento di una società importante come l'ASCO che, come già sta facendo da molti anni l'Aiom, si è aperta molto più alla prevenzione, come elemento fondamentale per preservare la sostenibilità del sistema”.

In cinque anni, solo attraverso l'implementazione delle campagne di *screening* oncologico, nel nostro Paese si potrebbero risparmiare 6 miliardi di euro e ben 50 miliardi in tutti i Paesi della comunità europea. Attualmente, il conto che il tumore presenta ai sistemi sanitari è di 16 miliardi l'anno in Italia e di 126 miliardi in Europa, mentre il carico umano della malattia è impressionante, con tre decessi al minuto. Nel 2012, i casi di tumore diagnosticati in Europa sono stati 3.450.000 e i decessi correlati 1.750.000. Per questo l'Aiom chiede al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin che i sei mesi di presidenza italiana del Consiglio dell'UE, diventino il semestre di prevenzione contro il cancro.

Le patologie tumorali che assorbono maggiori risorse finanziarie in Europa sono il tumore del polmone (18,8 miliardi l'anno), quello del seno (15 miliardi), del colon-retto (13,1 miliardi) e della prostata (8,43 miliardi). La spesa media in Europa per la cura del cancro è pari a 102 euro per cittadino; L'Italia si colloca al di sopra della media europea, con 114 euro a persona. In Italia per alcuni tipi di tumore, la sopravvivenza è superiore alla media europea; nel 2013 erano 2,8 milioni i pazienti con sopravvissuti al tumore e nel 2020 si stima che saranno 4,5 milioni.

L'aumento di sopravvivenza più importante negli ultimi anni è indubbiamente imputabile alle terapie

adiuvanti; ne sono esempi il tumore della mammella e quello del colon-retto. “Ma questi milioni di persone sopravvissute alle neoplasie – ricorda la dottoressa **Stefania Gori**, segretario AIOM - presentano una serie di problematiche, alle quali gli oncologi non sono abituati a rispondere e che richiedono per essere affrontate adeguatamente una forte sinergia con la medicina generale; su questo Aiom sta costruendo dei progetti specifici”.

L'assistenza oncologica in Italia va ridisegnata, su due capisaldi: i centri d'eccellenza, per il trattamento delle malattie rare (es. osteosarcoma nei bambini) e le reti oncologiche, per i tumori più diffusi (mammella, colon-retto, polmone e prostata). “Il Piano Oncologico 2011-2013 – spiega il prof. **Cascinu** - è finito in fondo ad un cassetto, senza essere stato mai approvato. Quel piano prevedeva, come punti chiave, le reti oncologiche, che sono state realizzate solo in Lombardia, Piemonte/Val d'Aosta, Toscana e Provincia autonoma di Trento e la prevenzione. Le reti devono superare il problema della logistica e della competenza; se si lavora tutti insieme in più punti, non si fa muovere il paziente, ma si garantisce lo stesso tipo di trattamento a tutti. E a questo, continuiamo a credere. Non è questione di chiudere le piccole oncologie, ma di garantire la migliore qualità di cura ai pazienti: chi si farebbe operare da un chirurgo che fa un intervento all'anno per un tumore del pancreas? Gli interventi più complessi vanno centralizzati, anche attraverso la collaborazione con centri di altre regioni. Allo stesso tempo, non è pensabile far spostare un paziente di 150 Km per fare chemioterapia; non è etico ed è anche antieconomico. Con il Cipomo stiamo lavorando in Agenas, a costruire i requisiti minimi delle reti oncologiche. Speriamo che entro la primavera del 2015 sia pronto il documento da sottoporre alla Conferenza Stato-Regioni”.

Le nuove conoscenze di biologia molecolare porteranno intanto a disegnare nuovi *trial* clinici. “Non sarà più necessario fare *trial* clinici con migliaia di pazienti – spiega **Cascinu** - ne basteranno magari 50-100, accuratamente selezionati dal punto di vista molecolare; con uno studio così, si registrerà un farmaco e questo porterà a cambiare tutto il sistema di registrazione dei farmaci. Sarà necessario che le autorità regolatorie seguano questi progressi, con la stessa elasticità e prontezza con le quali, noi oncologi li seguiremo dal punto di vista clinico. Anche i processi registrativi e di rimborso andranno rivisti. In linea con quanto espresso da un recente editoriale pubblicato su *Lancet Oncology*, riteniamo che l'EMA debba occuparsi non solo della valutazione del beneficio clinico della terapia, esaminata in termini di efficacia, ma anche del suo prezzo e rimborsabilità. In questi giorni si terrà infine una *joint committee* EMA-FDA per discutere come rendere omogeneo il processo di autorizzazione regolatoria delle due agenzie, alla luce delle nuove evidenze, che evidentemente i vecchi *trial* clinici non riescono più a soddisfare”.

**Maria Rita Montebelli**



## **RICERCA: I GIOVANI BIANCHI SOPRAVVIVONO DI PIU' AD UN TRAUMA**

(AGI) - Washington, 31 mag. - La sopravvivenza a un trauma puo' essere anche una questione di etnia e di eta'. Secondo un nuovo studio condotto dalla Johns Hopkins School of Medicine di Baltimora, infatti, i pazienti con migliori tassi di sopravvivenza dopo un trauma sarebbero bianchi e giovani. Lo studio e' stato pubblicato sulla rivista JAMA Surgery da Caitlin W. Hicks e colleghi. Studi precedenti avevano ben descritto, tra i piu' giovani, una disparita' di dati nella sopravvivenza a infortuni originati da trauma tra le minoranze e i pazienti non assicurati. Gli scienziati, nel nuovo studio, hanno esaminato la mortalita' post-trauma tra pazienti neri e bianchi. Lo studio ha incluso oltre 1 milione di pazienti. (502.167 con eta' compresa tra 16 e 64 anni e 571.028 con oltre 65 anni). I pazienti bianchi piu' giovani avevano migliori esiti di sopravvivenza dopo il trauma, rispetto ai piu' giovani di colore, ma tra gli anziani questa differenza si assottigliava. .

## Ulcera, il batterio va e viene Più spesso di quanto si pensi

*Studiati la diffusione e il comportamento nel tempo dell'infezione da **Helicobacter pylori** in un paesino di mille abitanti a pochi chilometri da Catanzaro*

**di Franco Marchetti**



Sorbo San Basile è un paesino di poco meno di mille abitanti ai piedi di una collina fra Ionio e Tirreno a pochi chilometri da Catanzaro. I partecipanti alla «Digestive Disease Week», il congresso dei gastroenterologi statunitensi, ne hanno sentito parlare diffusamente perché è in questa località che è stato condotto uno dei pochi studi di popolazione (cioè un'indagine in cui vengono coinvolti tutti gli abitanti e in cui vengono valutati anche degli aspetti socio-demografici) sulla diffusione e il comportamento nel tempo dell'infezione da *Helicobacter pylori*, il germe responsabile di ulcere e gastriti. La ricerca, durata oltre dieci anni, ha fornito una serie di indicazioni, alcune anche inattese: «Probabilmente l'infezione è molto più dinamica di ciò che potevamo pensare - spiega l'ideatore dello studio, Francesco Lizza, dell'Università Magna Grecia di Catanzaro -: scompare e ricompare frequentemente, con un'alta probabilità di eliminazione spontanea, ma la comunità continua a essere molto esposta all'infezione, in particolare nella fascia d'età più avanzata».

### ***I risultati dello studio***

Lo studio ha preso avvio nel 2001 con una fase di reclutamento accompagnata da un intervento educativo e di sensibilizzazione sulla popolazione di Sorbo San Basile che a quel tempo contava 932 abitanti. I 595 residenti che hanno aderito (65% della popolazione) sono stati invitati a rispondere a un questionario che indagava le caratteristiche demografiche e a effettuare il test del respiro (*Urea breath test*) per rilevare la presenza dell'*Helicobacter pylori* e degli esami del sangue alla ricerca di anticorpi contro il germe che indicassero un precedente contatto col batterio. «Nel 2002 il 58,9% popolazione risultava avere in atto un'infezione da

*Helicobacter pylori* - spiega il ricercatore -. La positività era maggiore fra gli anziani, mentre non vi erano differenze fra i sessi. Oltre all'età, solo la densità abitativa si correlava all'infezione, almeno negli adulti. In età pediatrica invece l'unica correlazione era con il sesso: l'infezione risultava infatti più frequente nelle bambine». Uno degli aspetti interessanti di questa prima fase dello studio è la presenza di un'ampia discrepanza fra il numero di coloro che avevano l'infezione in atto e quelli che l'avevano avuta ed erano guariti, ovviamente senza essere stati sottoposti ad alcuna terapia specifica. Un dato particolarmente evidente nei più giovani: «Abbiamo visto che l'infezione viene eliminata più facilmente in un certo profilo di popolazione: giovani, maschi e che abitano in un ambiente con più bassa densità abitativa» aggiunge Luzza.

### ***Eliminazione spontanea***

Nel 2012, a distanza di dieci anni, i ricercatori sono andati a vedere cosa era accaduto alle persone che, in occasione della prima parte dell'indagine, erano risultate negative. Solo quattro di queste (2,5%) risultavano avere un'infezione in atto, anche se in realtà circa i due terzi di coloro che non erano mai entrati in contatto con il germe prima del 2002 nel frattempo avevano avuto l'infezione e, tranne i quattro con la forma in atto, ne erano guariti. «Il fatto che l'infezione compaia e scompaia più di quanto pensassimo suggerisce che il tasso di infezioni è comunque alto, ma che è migliorata la nostra capacità di eliminarle - dice il gastroenterologo -. A ciò possono contribuire le migliorate condizioni socioeconomiche, come emerso anche nella nostra valutazione effettuata durante lo studio del 2012». Una delle possibili conseguenze dello studio riguarda l'opportunità di non ricorrere a tappeto alla terapia di eradicazione dell'*Helicobacter pylori*, in particolare nella popolazione infantile, considerata l'elevata probabilità di eliminazione spontanea.

[http://www.corriere.it/salute/14\\_maggio\\_26/ulcera-batterio-va-viene-piu-spesso-quanto-si-pensi-1b32126a-e4ee-11e3-8e3e-8f5de4ddd12f.shtml](http://www.corriere.it/salute/14_maggio_26/ulcera-batterio-va-viene-piu-spesso-quanto-si-pensi-1b32126a-e4ee-11e3-8e3e-8f5de4ddd12f.shtml)



## **ESPERTI A OMS, 'NON CRIMINALIZZARE SIGARETTE ELETTRONICHE'**

### **LETTERA DI 53 RICERCATORI, TRA FIRMATARI ANCHE VERONESI**

(ANSA) - ROMA, 02 GIU - L'Organizzazione Mondiale della Sanita' (Oms) non dovrebbe trattare le sigarette elettroniche come quelle normali, perche' sono 'parte della soluzione' ai danni causati dal fumo, e non 'parte del problema'. Lo afferma una lettera aperta al segretario generale Margareth Chen firmata da 53 esperti mondiali tra i quali l'italiano Umberto Veronesi. La lettera, pubblicata sul blog Nicotine and Science Policy, e' una risposta ad alcune indiscrezioni secondo cui l'Oms, nelle sue linee guida di prossima pubblicazione, potrebbe indicare le e-cig come 'pericolose per la salute'. "Questi prodotti potrebbero essere tra le piu' significative innovazioni nel campo della salute del ventunesimo secolo - scrivono gli autori, fra cui Umberto Tirelli, oncologo del Cro di Aviano, e Riccardo Polosa, dell'universita' di Catania – e potrebbero salvare milioni di vite. L'urgenza di trattarli come le sigarette dovrebbe lasciare il posto a una serie di norme che possano realizzare questo potenziale". Secondo gli esperti non bisognerebbe applicare alle sigarette elettroniche le stesse leggi di quelle normali, anzi servirebbe una politica di tassazione che spinga i consumatori a passare dalle seconde alle prime. Norme troppo restrittive, spiega il documento, potrebbero avere l'effetto 'perverso' di prolungare l'uso delle sigarette normali, e dovrebbero essere evitate, almeno finche' non saranno disponibili dati precisi sul loro impatto sulla salute. "Ad esempio si e' parlato molto di un 'effetto gateway' per chi usa questi prodotti che li porterebbe verso quelli piu' dannosi - si legge nel documento - ma non siamo a conoscenza di nessuno studio scientifico che abbia dimostrato che questo e' vero".(ANSA).



SALUTE

## Fumo: oltre 11 mln italiani col 'vizio', aumentano donne

Nella Penisola si contano oltre 5 milioni di fumatrici, in crescita rispetto allo scorso anno

30/05/2014 16:32

Consiglia Condividi [Iscriviti](#) per vedere cosa consigliano i tuoi amici.

 indoona

0

Tweet 0

Roma Le donne non rinunciano più alle 'bionde'. Aumenta tra le italiane il vizio del fumo. Nella Penisola si contano oltre 5 milioni di fumatrici, in crescita rispetto allo scorso anno. Resta invece stabile il dato relativo agli uomini. Nel complesso, il numero dei fumatori è pari a 11,3 mln. E' quanto emerge dai dati dell'Istituto superiore di sanità (Iss) illustrati oggi a Roma nell'ambito del convegno 'Tabagismo e Servizio sanitario nazionale', in occasione della Giornata mondiale senza tabacco che si celebra domani, 31 maggio. A fumare è il 22% della popolazione: 6,2 milioni di uomini (il 25,4%) e 5,1 mln di donne (18,9%). Gli ex fumatori sono 6,6 mln (il 12,8%) 4,6 mln di uomini e 2 mln di donne. Per la prima volta dal 2009 si osserva un aumento della prevalenza di fumatrici, che passano dal 15,3% del 2013 al 18,9% del 2014. Viceversa, si osserva un lieve ma costante decremento della prevalenza di fumatori che passano dal 26,2% al 25,4%. L'analisi della prevalenza del fumo di sigarette tra gli uomini e le donne di varie età mostra che la percentuale di fumatori è ancora superiore a quella delle fumatrici in tutte le fasce di età. Nella fascia di età compresa tra i 25 e 44 anni si registra la prevalenza maggiore di fumatori di entrambi i sessi (26% delle donne e 32,3% degli uomini). "La prevalenza di fumatori in Italia - spiega Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano - anche quest'anno mostra una situazione di stallo, ad eccezione delle fumatrici che interrompono un trend in discesa registrato negli ultimi 5 anni, con un incremento di 3,6 punti percentuali". Il consumo medio di sigarette al giorno si attesta intorno alle 13 sigarette. Oltre il 70% di fumatori consuma più di 10 sigarette al giorno e il 28,5% più di un pacchetto. Ne fuma meno di 9 soltanto il 26%. Aumentano i forti fumatori, soprattutto tra i giovanissimi. Tra i 15 e i 24 anni il 67,8% fuma meno di 15 sigarette al giorno, ma nel 2013 erano l'81%. Compare quest'anno un 1,3% che fuma più di 25 sigarette (nel 2013 il dato era pari a zero). Si inizia a fumare mediamente a 17,8 anni, con un gap tra uomini e donne di un anno e 4 mesi (17,2 gli uomini, 18,6 le donne). Oltre il 72,5% dei fumatori ha iniziato tra i 15 e i 20 anni e il 13,2% anche prima dei 15 anni. La motivazione principale all'iniziazione al fumo di sigaretta rimane, costantemente nel tempo, l'influenza dei pari. Rispetto alla tipologia di prodotti del tabacco acquistati, si osserva quest'anno il raddoppio della percentuale di fumatori che scelgono le sigarette fatte a mano (18% contro il 9,6% del 2013). Questo dato è confermato anche dall'aumento delle vendite di trinciati

(+400% circa rispetto al 2005). Il consumo di sigarette 'fai-da-te' è significativamente più diffuso tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 20 anni (34,3%). C'è anche chi prova a smettere. L'indagine evidenzia che si smette di fumare mediamente a 43,2 anni, ma le donne lo fanno prima (42 anni) rispetto agli uomini (43,7 anni). Le ex fumatrici hanno smesso prevalentemente in un'età compresa tra i 36 e i 45 anni, mentre gli ex fumatori per lo più tra i 46 e 55 anni. I tentativi di smettere senza successo riguardano circa il 30% dei fumatori, i quali hanno tentato nella maggior parte dei casi senza alcun aiuto (75%), e soltanto nel 5% circa dei casi utilizzando i farmaci per la disassuefazione. L'Italia è infatti agli ultimi posti in Europa nella vendita di medicinali utilizzati nella terapia di disassuefazione dal fumo. Dall'indagine risulta inoltre che quasi la metà degli intervistati non ha ricevuto suggerimenti per smettere di fumare né dal medico né dal proprio dentista.

## Cassazione: no alle sentenze "fotocopia". I giudici danno ragione a un'Asl

di Paola Ferrari

01 giugno 2014

### [approfondimenti](#)

### [documenti](#)

- [Il testo della sentenza](#)

Il giudice ha l'onere di dimostrarsi imparziale e non può fare propria, copiandola integralmente, l'argomentazione di una delle parti in causa. Perché la motivazione di una sentenza non deve essere tale solo nell'apparenza, ma anche nella sostanza. Con questa motivazione la Cassazione civile a Sezioni Unite, con la sentenza n. 10628/2014 depositata il 15 maggio, ha confermato la rilevanza disciplinare (seppure riformando la decisione del Consiglio superiore della magistratura per errore nell'individuazione della norma violata) del comportamento del giudice che aveva copiato la motivazione della sentenza dall'atto di una delle parti in causa. La decisione ha permesso all'Asl di Napoli di togliersi un sassolino nella scarpa e prendersi una rivincita nei confronti del magistrato che si era pronunciato in due azioni nelle quali era parte e che l'aveva vista soccombente.

Il dovere di dar conto delle ragioni della decisione, quale connotazione tipica dell'esercizio del potere giurisdizionale, non si pone nei confronti delle sole parti, e tanto meno nei confronti di una sola di esse. Una sentenza la cui motivazione si esaurisca nella pedissequa riproduzione di un atto difensivo della parte vittoriosa è scorretta non solo nei confronti della parte soccombente e del suo difensore, ma anche della parte vittoriosa e, a ben vedere, di tutti i consociati, in relazione al generale interesse all'autonomia della funzione giurisdizionale.

Al magistrato era stato addebitato di avere, quale giudice monocratico, redatto due sentenze civili con motivazione sostanzialmente costituita dalla pedissequa riproduzione, anche nella forma grafica e inclusa la punteggiatura, della comparsa conclusionale depositata dalla parte vittoriosa, con le sole modifiche imposte dalla forma grammaticale del provvedimento decisorio rispetto all'atto di parte, così mancando all'elementare dovere di garantire, al di là di ogni sospetto del contrario, che la decisione fosse assunta in piena autonomia di giudizio, commettendo una grave scorrettezza nei confronti di una delle parti in causa ed emettendo provvedimenti sostanzialmente privi di motivazione per essere state ignorate le ragioni delle parti soccombenti dando, di conseguenza, il fianco al dubbio di assenza di

parzialità. Il giudice può riportare passaggio delle posizioni delle parti, ma con chiara attribuzione alle singole posizioni, rispetto alla quali con idonea argomentazione può fondare il proprio convincimento.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

# quotidiano**sanità**.it

Sabato 31 MAGGIO 2014

## Il Fatto Alimentare lancia petizione per fermare vendita di dolci, caramelle e snack alle casse dei supermercati

***Obiettivo è spostare il junk food lontano dalle casse per tutelare i bambini che spesso, quando sono in fila con i genitori in attesa di pagare la spesa, fanno capricci finché non ottengono uno di questi snack. La petizione online, rivolta alle catene dei supermercati presenti nel nostro Paese, in poche ore ha già raggiunto 7800 firme.***

Basta alla vendita di quello che viene definito *junk food* ovvero dolci, caramelle e snack vicino alla casse dei supermercati che sono una tentazione per i bambini. Infatti l'esposizione di questi prodotti, generalmente ricchi di zuccheri, grassi, sale, conservanti e coloranti rappresenta spesso un elemento di conflitto tra genitori e figli, che quando sono in fila per pagare la spesa, fanno capricci finché non ottengono uno di questi snack.

Per cercare di bloccare questa che è una scelta di marketing rivolta ai più piccoli **il Fatto Alimentare** ha lanciato una petizione online su **Change.org** rivolta alle catene di supermercati per dire "stop alla vendita di dolci, caramelle e snack in prossimità delle casse". A distanza di 24 ore sono state raggiunte già 7800 firme.

"Si tratta – si legge nella petizione – di prodotti disposti appositamente in quella posizione per attirare l'attenzione dei bambini e incentivare l'acquisto di impulso. Siamo di fronte a una scelta di marketing molto aggressiva perché rivolta a minori che diventa ancor più inaccettabile considerando i problemi di sovrappeso che interessano il 30% dei piccoli e molti adulti. Se ti sembra una buona idea e vuoi aderire alla campagna aiutaci a diffondere la notizia e clicca su questo link per firmare".

### **Il tema non è nuovo.**

Più volte, riferisce la petizione "nei dibattiti e nei convegni è stata fatta questa richiesta ai responsabili delle catene di supermercati, ma le risposte non sono mai arrivate. Spostare dolci, caramelle e snack situati in prossimità delle casse in altri scaffali probabilmente rallenta le vendite, ma si tratta di un gesto doveroso da parte delle catene di supermercati che ogni giorno si dichiarano vicine ai problemi e alle esigenze dei consumatori".

**Lo spunto questa volta arriva dall'Inghilterra** dove in seguito ad un appello di alcune associazioni di cittadini e consumatori, Tesco, la più grande catena di supermercati, ha annunciato che entro la fine dell'anno eliminerà snack e dolci dagli espositori posizionati vicino alle casse in tutti i negozi. L'azienda ha preso la decisione dopo avere valutato l'esito di un'indagine secondo cui il 65% delle persone voleva l'eliminazione di questi prodotti dalle casse. La motivazione addotta è stata la volontà di acquistare alimenti più sani per i propri figli (67%). Sempre in Inghilterra la catena di hard discount Lidl (presente in Italia) pochi mesi fa ha sostituito qualche mese fa le caramelle e gli snack in vendita in prossimità delle casse con succhi di frutta e altri prodotti meno attraenti per i bambini. "La scelta di posizionare alimenti classificati come junk food vicino alle casse – conclude la petizione – è una forma di marketing inaccettabile perché rivolta a minori".

**Il Fatto Alimentare** ha inviato la richiesta alle più importanti catene (Coop, Conad, Esselunga,

Auchan, Carrefour, Simply, Eurospin, Lidl, Il Gigante, Pam, Iper, Billa, Crai, Unes, Selex, Sma, Gruppo Lombardini, MD Market, LD Market, Supersigma, NaturaSi).