

# Donne in bilico

**Convivono col cancro. Colpite al seno. E non guarite. Ma ancora attive. Per molti anni. Grazie ai farmaci. Sono migliaia. Lavorano. Fanno i figli. Ecco il volto nuovo della guerra al grande male**

DI DANIELA MINERVA

**S**ono moltissime, oltre 12 mila ogni anno. Che vanno sempre più spesso a sommarsi a quelle dell'anno precedente e, anche, dell'anno precedente ancora. Un esercito che cresce, man mano che le cure si fanno più efficaci. E, magari di sei mesi in sei mesi, terapia dopo terapia, permettono alle donne malate di tumore al seno di vivere. E non stiamo parlando di quell'altro esercito che si ammalava ma riesce a estirpare il male prima che si faccia così aggressivo da estendersi ad altre parti del corpo. Perché, se è vero che il 70 per cento di queste combattenti sconfiggono il cancro, è anche vero che molte non ce la fanno, vedono il tumore ritornare, estendersi ad altre sedi. I medici li chiamano "metastatici" (vedi box), ma, tradotto, vuol dire che queste sono donne che vivono col loro cancro, lo affrontano ciclicamente, con terapie serie e pesanti, e, sempre più spesso, riescono a metterlo a tacere, per qualche tempo. Finché non serve un altro ciclo di terapie. E poi ancora un altro.

Ma guai a pensare che sia solo fatica. La maggior parte di loro vive bene, e fa grosso modo quello fanno le coetanee sane: a circa 54 anni, il 40 per cento lavora e la maggioranza ha un marito e dei figli. Un terzo circa, però, sono ragazze più giovani e vivono dunque una situazione, se possibile, ancora più delicata. Lo racconta il sondaggio realizzato da Europa Donna ([www.europadonna.it](http://www.europadonna.it)), il movimento che difende i diritti delle malate, insieme con Eurisko, che

per la prima volta ha cercato di raccontare i vissuti e individuare i bisogni del tutto particolari di queste persone. Donne che spesso si sentono - e in effetti sono - poco considerate e confuse con coloro che affrontano la malattia in fase iniziale e, pur nella difficoltà, hanno davanti a sé prospettive più facili da vivere e immaginare.

La visibilità. L'essere riconosciute. Far sapere che esistono e hanno necessità tutte diverse dalle altre malate: lo chiedono le italiane intervistate da Europadonna come le donne di tutto il mondo interrogate da un grande sondaggio condotto da Novartis in 12 paesi e presentato in occasione dell'Asco,

il congresso degli oncologi americani, la più grande assise al mondo. Perché, ci ha spiegato Avis Halberstadt, cofondatrice dell'associazione Usa METAvivor: «La gente non sa neppure cosa sia un tumore metastatico. E nemmeno molte donne che ce l'hanno vogliono sapere cos'è, perché temono una condanna a morte. Ma si può vivere. Io ho vissuto 15 anni col mio». La signora Halberstadt ha passato i sessant'anni ed è al quarto ciclo di terapie, ha appena chiuso col nuovo farmaco (Affinitor). Ogni ciclo è un calvario, ma poi ci sono mesi di vita e lei scruta ansiosa le novità scientifiche aspettando nuove cure che potrebbero significare altri mesi di vita. «Mi sento come se corressi dietro a un tornado», dice. E se ne va via nel tiepido sole di Chicago dritta come un fuso. Che non ci puoi credere abbia addosso il cancro da 15 anni.

«Un'aspettativa di vita sempre più lunga e la qualità di vita come parte integrante della terapia sono le frontiere della lotta contro il tumore alla mammella», sottolinea Sabino De Placido, direttore dell'Oncologia Medica dell'A-

## Anatomia del killer

**Le italiane con tumore avanzato sono oltre 12 mila. Ma che cosa è esattamente un tumore mammario avanzato? Gli stadi 0, I e II definiscono le forme precoci di questo tumore, quelli per cui è spesso possibile arrivare a una guarigione, lo stadio III, invece, viene considerato tipico di un tumore avanzato: la malattia si è già diffusa in maniera piuttosto estesa ai linfonodi e ad altri tessuti circostanti la mammella, ma non è giunto in sedi distanti. Quando lo fa, entra nello stadio IV, considerato appunto metastatico. In questa fase il tumore può colpire i polmoni, le ossa, il fegato, il cervello e altri tessuti e organi. A prescindere dalla localizzazione, le lesioni sono comunque maligne e vanno trattate come tali, con le terapie previste. Per quanto riguarda la sopravvivenza a cinque anni, le statistiche parlano di percentuali che vanno dal 67 al 49 per cento per i tre sottogruppi dello stadio III (A, B e C, di gravità crescente), e del 15 per cento per le donne con tumore in stadio IV. Tra i fattori che più influenzano in senso positivo la prognosi delle malate ci sono: le condizioni generali di salute, la localizzazione delle metastasi nelle ossa o nei tessuti molli, la sensibilità del tumore agli ormoni e la caratterizzazione genetica, il fatto che siano passati almeno due anni tra il tumore e la recidiva e il fatto di non essere state sottoposte, in precedenza, a terapie dopo l'intervento o ad altre cure per un tumore già metastatico. Tra i fattori negativi vi sono, oltre a quelli contrari ai precedenti, la localizzazione delle metastasi nei visceri o nel sistema nervoso centrale.**

Agnese Codignola



UN'ALTRA IMMAGINE DI NATALIE KRIWY, CHE HA COMBATTUTO UN CANCRO DIAGNOSTICATO NEL 2011

zienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli: «Se in passato la neoplasia mammaria avanzata è sempre stata considerata inguaribile, ad oggi dal 5 per cento di pazienti che è ancora in vita a 5 anni dalla diagnosi siamo passati al 48».

E questo grazie anche alle diverse terapie perché, sottolinea ancora De Placido: «Fino a qualche decennio fa il tumore della mammella era considerato una patologia unica, trattata con farmaci sistemici poco selettivi e senza un target specifico; la comprensione dei meccanismi molecolari ha consentito l'individuazione di diversi sottotipi tumorali, portando allo sviluppo di terapie mirate, sempre più personalizzate,

## HANNO UN'ASPETTATIVA DI VITA SEMPRE PIÙ LUNGA. MA È UNA VITA DIFFICILE E TEMONO I TAGLI ALLA SANITÀ

aumentando la possibilità di ottenere risultati soddisfacenti».

Questa la medicina, ma non c'è dubbio che la condizione di una donna che vive di terapia in terapia non è una condizione facile, soprattutto psicologicamente. E le indagini indicano che queste persone

hanno ora bisogno che la società dia loro una mano. Portabandiera in Italia è una donna eccezionale, Francesca Balena, insegnante oggi quarantatreenne, membro del Consiglio Direttivo di Europa Donna, che vive con un cancro che le è stato diagnosticato quando di anni ne aveva 18. «Mastectomia, ricostruzione, terapie: era la prima volta, le ho affrontate e ho ritrovato le speranze di poter iniziare comunque la mia vita adulta. Dopo un paio di anni, però, ho avuto altri tumori, questa volta sulla pelle», racconta. Nuove cure, radioterapia, ma a 27 anni arriva anche un figlio. Poi ancora cure e, dopo otto anni, una bambina. «Tre anni fa è ricomparso e ho fatto ulteriori cicli di chemioterapia», aggiunge. È una vita fatta di slalom tra interventi, farmaci pesanti, radiazioni, controlli e contraccolpi psicologici difficili da immaginare. E i sondaggi disegnano di cosa hanno bisogno queste persone: la maggior parte (l'80 per cento) si preoccupa di riuscire a gestire gli effetti collaterali delle cure, anche con farmaci specifici, e il 76 ritiene fondamentale avere accesso al medico in caso di bisogno. «Ciò di cui ho sempre sentito di più la mancanza», commenta Francesca Balena, «è la presenza di un supporto medico e psicologico costante, per me e i miei familiari, in certi momenti veramente indispensabile, soprattutto se si vive in una città piccola come la mia, Ascoli Piceno». E le fa eco, dagli Usa, Avis Halbertstadt: «Serve supporto psicologico per i mariti. Che all'improvviso si trovano davanti a un baratro. Devono occuparsi dei figli, prestare le cure alla moglie. E non sono preparati perché sono le donne la colonna della famiglia». Halbertstadt è americana e lamenta la mancanza di assicurazione per le malate oltre che il rischio che esse perdano il posto.

Fosse solo perché non sono rischi che si corrono dalle nostre parti ci sarebbe da essere confortati. Ma è sempre il sondaggio Eurisko a sottolineare che il 91 per cento delle intervistate teme i tagli alla sanità e ritiene inalienabile il diritto alle cure e all'assistenza.

ha collaborato Gabriella Verdi

Lunedì 01 NOVEMBRE 2013

## Cancro. Studio Ocse. Mortalità nel mondo in aumento del 70% da qui al 2030. Le politiche da attuare per fermare la strage

***Senza nuove politiche si passerà dai 7,6 milioni di morti l'anno attuali ai 13 milioni in poco meno di un ventennio. Lo rileva l'ultima pubblicazione Ocse "Cancer Care: assuring quality to improve survival". In molti Paesi la mortalità è calata ma restano aree con indici ancora in aumento. Ecco le indicazioni per invertire la rotta. [Lo studio completo](#).***

Quando si parla di cancro, la prevenzione può fare tanto in termini di riduzione dei casi, così come scovare la malattia ad uno stadio precoce fa quasi sempre la differenza rispetto alla prognosi. È proprio così e con cure sempre migliori, spiegano gli esperti che hanno redatto l'ultima pubblicazione Ocse "[Cancer Care: assuring quality to improve survival](#)", che potremmo in futuro ridurre i decessi di circa un terzo, e salvare la vita di circa un milione di persone ogni anno nei paesi industrializzati. Secondo l'analisi, supportata da Commissione europea e Organizzazione mondiale della sanità, è proprio tramite queste misure e grazie agli sforzi per tagliare tempi di attesa e sprechi che si potrebbe migliorare ulteriormente i tassi di mortalità, che stanno già subendo delle riduzioni in quasi tutta Europa.

**Secondo i dati dell'Ocse infatti, i numeri sono lievemente migliorati negli ultimi venti anni** ovunque nel continente, fatta eccezione per Grecia, Portogallo ed Estonia. Tuttavia, ancora molta è la strada da fare, visto che circa 2,4 milioni di persone muoiono ancora ogni anno di cancro in Europa, e 7,6 milioni in tutto il mondo, un dato che è destinato a crescere fino a oltre 13 milioni entro il 2030. Le probabilità di sopravvivenza dopo la diagnosi variano molto tra le diverse nazioni, e continuano ad essere peggiori nell'Europa centrale e dell'Est, mentre nazioni come Islanda in Europa, e Corea e Giappone in Asia sono riusciti a raggiungere risultati migliori.

Secondo l'Ocse **le indicazioni da seguire per diminuire il tasso di mortalità** sono chiare, e riassumibili in alcuni punti:

- **fornire risorse adeguate alle cure** per il cancro: le spese pro-capite per la lotta al cancro variano da 32 dollari l'anno a persona in Turchia ai 400 degli Stati Uniti. Come percentuale sulla spesa sanitaria totale, quella per il cancro varia dal 3 al 7 per cento. Ma in molti paesi le risorse vanno aumentate o comunque meglio utilizzate: non è detto che più spesa voglia dire per forza migliori cure, se non sono messe in atto le giuste politiche di ottimizzazione sia della forza lavoro che degli strumenti. Solo così la cura al cancro sarà efficace e giusta;
- **assicurare che le cure oncologiche siano rapidamente accessibili** e di alta qualità per tutti i cittadini: la diagnosi precoce e il migliore trattamento sono la chiave per questo punto. I pazienti devono essere in grado di accedere a reparti che funzionano in maniera eccellente il più presto possibile, e ciò implica ridurre i tempi di attesa della sanità;
- **migliorare continuamente i metodi di rafforzamento della governance** per quanto riguarda la cura del cancro: ciò vuol dire una sola cosa, ovvero emettere un corretto piano nazionale di controllo

per il cancro. Questo permette all'attenzione politica e sociale di essere focalizzata sulle performance dei sistemi sanitari e sui risultati, ma vuol dire anche attirare nuove risorse, e indirizzare il dibattito pubblico nella giusta direzione, quella della corretta allocazione di queste risorse;

- **monitorare e verificare le performance grazie a una migliore sorveglianza basata sui dati:** le nazioni dovrebbero essere in grado di collezionare i risultati dei servizi in maniera massiccia per valutare costi e qualità del sistema sanitario. Inoltre, la disseminazione dei risultati, il controllo incrociato dei dati e la predisposizione di incentivi finanziari in base alla qualità dell'offerta sanitaria possono essere tutte iniziative volte a incoraggiare a migliorare le cure.

## **PANI (AIFA), INDIRIZZARE RICERCA FARMACI A MEDICINA DI GENERE**

(ANSA) - ROMA, 01 NOV - "Indirizzare la ricerca farmacologica verso la medicina di genere". A chiederlo e' Luca Pani, direttore dell'Agenzia del farmaco (Aifa), intervenuto oggi al convegno 'Salute di genere: una proposta per il futuro', organizzato dall'Istituto Superiore di Sanita'. La medicina attuale e' ancora pensata e testata 'al maschile', ma "stessi farmaci hanno effetti diversi a seconda del sesso di appartenenza, e potrebbero rivelarsi piu' efficaci se le sperimentazioni cliniche venissero eseguite tenendo conto anche delle particolarita' delle pazienti donne". Pani punta quindi il dito verso quella che definisce "cecita' di genere" e contro "l'inadeguatezza della metodologia utilizzata nelle sperimentazioni cliniche", essenzialmente focalizzate sugli 'uomini', ed evidente da due aspetti: "la sottorappresentazione della componente femminile" nei trial e "l'assenza di un'adeguata analisi di genere dei dati ottenuti". Per questo, aggiunge, l'Aifa ritiene utile "sensibilizzare le aziende farmaceutiche che presentano dossier di registrazione di nuovi medicinali ad effettuare anche l'elaborazione dei dati disaggregati per genere, in maniera tale da evidenziare eventuali differenze" di risposte su soggetti di sesso diverso. Una prospettiva questa, che potrebbe tradursi anche in risparmi sulla spesa.(ANSA).

**GENTE** SALUTE GOGGI E LIPPI IN PRIMA LINEA NEI GIORNI DELLA RICERCA AIRC

# CANCRO, IL TUO NOME NON CI FA PAURA

**«DA QUEL MALE, CHE ANCORA MOLTI NON OSANO NEMMENO PRONUNCIARE, SI GUARISCE: L'87 PER CENTO DELLE DONNE COLPITE AL SENO VIVE», DICONO LORETTA E CLAUDIO**

di Francesco Vicario

**F**ino all'11 novembre andrà in scena una vera e propria maratona: "I giorni della ricerca" di Airc, l'associazione italiana per la ricerca sul cancro. Una staffetta tra scienziati, che spiegheranno i progressi nella lotta contro i tumori, e persone comuni, che racconteranno come hanno vissuto il trauma della malattia e vinto. Questo accadrà con approfondimenti nei programmi Rai, con incontri in scuole e università, con il supporto del campionato di calcio (il programma completo su [www.airc.it](http://www.airc.it)). Una settimana durante la quale tutti potranno dare il proprio contributo inviando un sms del valore di 2 euro al 45503, o chiamando lo stesso numero da telefono fisso per donare fino a 10

**«MI BATTO PER GIANNI»**  
Loretta Goggi, 63 anni, posa con un microscopio. «Da sempre sostengo Airc, anche perché ho perso mio marito Gianni a causa del cancro».

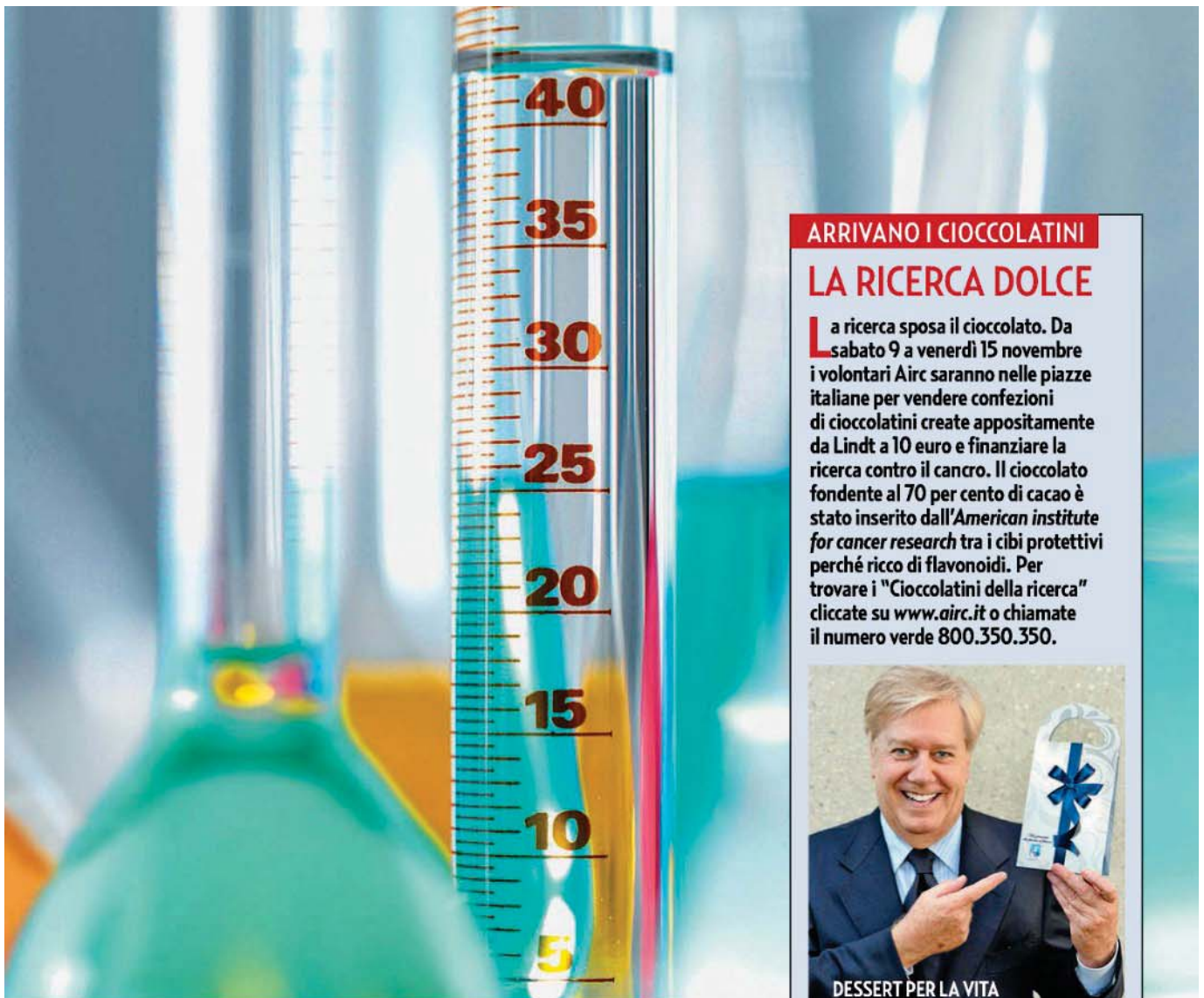
euro. Una settimana per promuovere la vita. Che ancora oggi ha un grande nemico, il tumore appunto. Ogni giorno in Italia vengono diagnosticati 1.000 nuovi casi. Nel corso dell'esistenza, il 55 per cento degli uomini e il 45 per cento delle donne si ammalano di cancro. «Ecco perché non bisogna mai abbassare la guardia e sostenere la ricerca», spiegano Loretta Goggi e Claudio Lippi, giurati di *Tale e quale show*, il programma del venerdì sera di Raiuno, e testimonial d'eccezione di questa campagna. I due conduttori, durante la

trasmissione dell'8 novembre, inviteranno il pubblico alle donazioni. E saranno

anche ospiti domenica 11 a *Speciale Elisir*, alle 21.30 su Raitre. Spiega Lippi: «La lotta al cancro ha risultati importanti. Oggi l'87 per cento delle donne cui è stato curato un tumore al seno vive, ha superato i cinque anni dalla diagnosi, e il tasso di guarigione dai tumori ossei è sette volte superiore rispetto a 30 anni fa.

«La maggior parte delle famiglie italiane si sono confrontate con il cancro», dice ancora Lippi, «una parola che fino a qualche anno fa molti non riuscivano neanche a pronunciare tanto faceva paura. Oggi invece questa malattia si chiama con il suo nome, anche





**ARRIVANO I CIOCCOLATINI**

**LA RICERCA DOLCE**

**L**a ricerca sposa il cioccolato. Da sabato 9 a venerdì 15 novembre i volontari Airc saranno nelle piazze italiane per vendere confezioni di cioccolatini create appositamente da Lindt a 10 euro e finanziare la ricerca contro il cancro. Il cioccolato fondente al 70 per cento di cacao è stato inserito dall'*American institute for cancer research* tra i cibi protettivi perché ricco di flavonoidi. Per trovare i "Cioccolatini della ricerca" cliccate su [www.airc.it](http://www.airc.it) o chiamate il numero verde 800.350.350.



**DESSERT PER LA VITA**  
Claudio Lippi, 68, con i cioccolatini per la ricerca. «Gli italiani sono molto generosi quando si tratta di ricerca scientifica», dice.

grazie all'impegno Airc. E la cosa più bella è che gli italiani sono un popolo generosissimo quando si tratta di lottare contro la malattia». Lo dimostrano i dati: nel 2012 sono stati raccolti 100 milioni di euro. Una crescita continua, se pensiamo che nel 2011 erano 99,4 e l'anno precedente 89,2. Tantissimi i traguardi raggiunti, oltre a quelli spiegati da Lippi. Basti pensare a uno dei più recenti: negli anni 2000 la sopravvivenza di chi si ammala di leucemia si attesta al 45 per cento (70 tra i bambini), per arrivare al 63 per cento in quella linfatica.

Per arrivare a questi risultati è però preziosissimo il lavoro di ricercatori e scienziati, su cui è focalizzata questa campagna. «Perché è fondamentale che questi giovani cervelli, che sono i nostri

fiori all'occhiello, rimangano in Italia, che abbiano a disposizione tecnologie all'avanguardia. Perché gli studi, il lavoro spesso massacrante di questi giovani scienziati venga davvero valorizzato qui, in Italia. Ecco perché è importante questa raccolta fondi», spiega Loretta Goggi. Per l'amatissima conduttrice il desiderio di "metterci la faccia", di essere in prima linea per questa campagna di raccolta fondi, nasce dal dolore. «Io sono accanto ad Airc sin dal 1981: per sostenere la ricerca ho

**OGGI IL 45 PER CENTO DI CHI SI AMMALA DI LEUCEMIA SOPRAVVIVE**

venduto di tutto, dalle azalee alle arance. Questa volta ho avuto una spinta maggiore dalle disgrazie di

aver perso mio marito Gianni e mio padre, scomparsi entrambi di tumore. Mio marito ha avuto un cancro al colon poi uno all'intestino che non è stato preso in tempo e si è trasformato in un tumore al peritoneo, inoperabile. La ricerca è così importante perché può intervenire su malattie che la chirurgia non può curare. Quando ti capitano queste disgrazie devi fare in modo che non succedano più a nessuno. Che non si debba più dire: "Non me ne sono accorto in tempo". Che la morte non sia più un epilogo del male». ●



SANITA': PATTO SALUTE, 6 NOVEMBRE CONFERENZA STRAORDINARIA REGIONI =

Roma, 31 ott. (Adnkronos Salute) - E' fissata per mercoledì 6 novembre, alle 15, la seconda conferenza straordinaria delle Regioni con all' ordine del giorno un unico punto: il nuovo Patto per la salute, una sorta di piano regolatore per il settore, frutto dell' accordo tra Stato e Regioni. La seduta dovrà tirare le fila dei documenti messi a punto dai dieci tavoli tecnici: dalla riorganizzazione della rete ospedaliera all' edilizia sanitaria, dall' assistenza farmaceutica ai livelli essenziali di assistenza, dalla revisione del prontuario farmaceutico alla ridefinizione dei piani di rientro.

Sull' incontro pesa però il ' macigno' dei costi standard. L' intenzione dei governatori - non tutti - sembrerebbe quella di tenere fuori dal Patto della Salute la definizione dei costi standard e delle Regioni benchmark. L' ipotesi che circola è quella di una modifica del decreto legislativo sul federalismo fiscale che li prevede, puntando all' ampliamento delle Regioni di riferimento - al momento cinque (Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lombardia e Veneto), tra le quali ne andrebbero scelte tre - a tutte quelle che non sono in piano di rientro.  
(Fed/Adnkronos Salute)



# quotidianosanita.it

Lunedì 31 OTTOBRE 2013

## Patto per la Salute. I tecnici regionali: "Abolire la dirigenza generalizzata per i medici e i sanitari del Ssn. Dirigenti solo per concorso"

***E' solo una delle ipotesi avanzate dai tecnici regionali al lavoro per la definizione delle proposte per il nuovo Patto ora all'esame dei presidenti delle Regioni. Ma si parla anche di farmaci con l'ipotesi di riformare i prontuari in base al costo beneficio e di mettere a gara i medicinali per classi terapeutiche omogenee. Di costi standard, ospedali e molto altro ancora. I documenti anticipati dal Sole 24 Ore Sanità.***

Nel corso della [Conferenza delle Regioni](#) dedicata al Patto per la Salute, sono state presentate all'attenzione dei presidenti alcune schede di lavoro, pubblicate ieri dal *Sole 24 Ore Sanità* (che potete leggere di seguito, in allegato ai titoli dei paragrafi, ma purtroppo non stampabili), redatte dai tecnici regionali al lavoro [nei 10 tavoli](#) per la definizione del nuovo Patto e che sintetizzano le criticità e avanzano proposte sui diversi temi oggetto dell'accordo.

Il lavoro dei tavoli è infatti andato avanti su costi e fabbisogno standard, ospedali e carriera del personale dipendente, cure primarie e integrazione sociosanitaria, farmaci e farmacie, dispositivi medici e università, ricerca e edilizia sanitaria, piani di rientro, mobilità e tariffe.

La Conferenza dei presidenti, da noi interpellata stamani, conferma che nessuna decisione politica è stata ancora presa in merito a tali documenti che però rappresentano indubbiamente lo "stato dell'arte" dell'istruttoria tecnica sulla quale nei prossimi giorni si comincerà a trarre la sintesi politica da portare al confronto con il Governo.

**Ecco una sintesi (con i documenti integrali allegati pubblicati ieri dal Sole 24 ore Sanità) delle ipotesi formulate dai tecnici regionali.**

### **FABBISOGNO E COSTI STANDARD ([VEDI SCHEDA](#))**

Sono i Livelli essenziali di assistenza, erogati con efficienza e appropriatezza, a dover stabilire l'ammontare del **fabbisogno standard**, secondo le Regioni. Fabbisogni e costi standard che dovranno essere definiti annualmente dal ministero della Salute, di concerto con il ministero dell'Economia e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sulla base dei dati forniti dal Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis).

L'ammontare dovrà poi essere suddiviso nelle classiche macroaree (prevenzione, assistenza territoriale, assistenza ospedaliera) in percentuali che, a partire dal 2014, saranno determinate annualmente sulla base degli obiettivi raggiunti dalla Regioni di riferimento. Queste ultime, però, non saranno più 5, tra le quali scegliere le 3 benchmark. Saranno infatti "**Regioni di riferimento**" tutte le Regioni che non sono in piano di rientro, che superano l'esame del Tavolo di verifica e che rispondono a una serie di indicatori di qualità, quantità, appropriatezza ed efficienza determinati per ciascuna macroarea attraverso un Dpcm, previa intesa con la Conferenza Stato Regioni. Questi standard dovranno essere raggiunti anche dalle Regioni in piano di rientro nel giro di 5 anni. Lo stesso Dpcm, peraltro, dovrà stabilire criteri di premialità per le Regioni che raggiungono gli standard.

Quanto al **"costo standard"**, questo sarà applicato alla popolazione pesata regionale e determinato, per ciascuna macroarea, dalla media procapite pesata del costo registrato nelle Regioni di riferimento. A tal fine il livello di spesa sarà considerato al lordo della mobilità passiva e al netto di quella attiva extraregionale, depurato delle entrate proprie, depurato della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori a quelli essenziali e depurato delle quote di ammortamento che trovano ulteriori coperture. La quota percentuale per ogni Regione di riferimento non potrà comunque essere inferiore a quella già assegnata l'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione. Eventuali risparmi rimarranno a disposizione delle Regioni che li hanno ottenuti.

### **FARMACI, FARMACIE E DISPOSITIVI MEDICI ([VEDI SCHEDA](#))**

Per i **farmaci** le Regioni chiedono che siano definiti, a livello nazionale, prezzi di riferimento per singole categorie terapeutiche omogenee, cioè contenenti principi attivi diversi di efficacia sovrapponibile. Dovrà dunque essere rivisto anche il Prontuario terapeutico nazionale, sulla base del criterio costo/beneficio ed efficacia terapeutica. Le gare dovranno essere effettuate in equivalenza terapeutica tra diversi principi attivi, sfruttando così l'aumento della concorrenzialità per ottenere risparmi.

Per sostenere l'innovazione terapeutica a carico del Ssn, si stabilisce che l'Aifa trovi gli strumenti giusti per verificare il reale vantaggio dell'innovazione in termini di salute, considerati anche i costi. Di conseguenza andrà rivista la norma che oggi consente la commercializzazione dei farmaci anche senza contrattazione del prezzo con l'Aifa.

Per farmaci e dispositivi medici, inoltre, le Regioni chiedono che il monitoraggio dei consumi sia effettuato in linea con l'attività già svolta dall'Agenas per il monitoraggio degli esiti.

Le Regioni chiedono inoltre di togliere al ministero della Salute e al ministero dell'Economia il compito di rivedere il sistema di remunerazione delle **farmacie convenzionate**, passandolo alla Sisac. Il sistema, secondo le Regioni, dovrà poi essere trasformato in remunerazione per prestazione. Da rivedere anche la legge 405 del 2011 per estendere la possibilità delle Regioni di erogare farmaci attraverso le farmacie convenzione pubbliche e private al di fuori del regime convenzionale.

Anche per i **dispositivi medici** andranno introdotte le classi omogenee e chiari criteri di innovatività in grado di giustificare i costi aggiuntivi per il Ssn. Dovrà poi trovare realizzazione un sistema di tracciabilità alimentato dalle Regioni per garantire la sicurezza dei dispositivi impiantati. Da rivedere anche il Nomenclatore tariffario nazionale delle protesi e degli ausili identificando quelli che possono essere sottoposti a procedura pubblica di acquisto. Le Regioni chiedono poi regole più precise sui rapporti tra aziende e produttori sanitari, e quindi sull'informazione scientifica.

### **ASSISTENZA OSPEDALIERA ([VEDI SCHEDA](#))**

La base da cui partire è il regolamento sugli **standard ospedalieri** elaborato a dicembre 2012 dal ministero della Salute. Documento che non piaceva alle Regioni che ora, con il Patto della Salute, spera di risolvere alcune criticità e, in particolare, quella sul tetto dei posti letto delle strutture private fissata nel regolamento a non meno di 60 **posti letto** e quella sulla modalità di calcolo dei posti letto per la mobilità interregionale per la quale il regolamento prevede saldo zero. Per il primo punto le Regioni chiedono una deroga per le strutture monospécialistiche mentre per il secondo propongono una gradualità con tappe successive fino al raggiungimento dell'obiettivo regionale che resta nell'ambito dei 3,7 posti letto per mille abitanti.

### **PERSONALE ([VEDI SCHEDA](#))**

Si chiede un'attenta analisi del fabbisogno di personale che dovrà tenere conto delle nuove dinamiche pensionistiche derivanti dalla legge Fornero. In materia di formazione, le Regioni chiedono di indicare nel Patto "con grande chiarezza" la stretta connessione tra **Ecm e formazione obbligatori e sistema di valutazione**. Sottolineata la necessità di sviluppare la formazione sanitaria secondo le indicazioni comunitarie. Ma soprattutto, il Patto dovrà indicare gli strumenti a livello di disciplina concorsuale di rango legislativo, regolamentare e contrattuale per regolare ingresso e fuoriuscita dal sistema dei professionisti, in particolare i medici, considerata l'età elevata di molti di loro. A questo scopo le Regioni chiedono di riconsiderare la posizione degli **specializzandi** che, durante l'ultimo o penultimo anno di specializzazioni, potrebbero essere inseriti nel Ssn attraverso appositi strumenti contrattuali, prevedendo quindi un percorso concorsuale ma anche selettivo.

Le Regioni chiedono poi l'eliminazione per tutti i medici e i professionisti sanitari della **qualifica dirigenziale** senza distinzioni. Questa potrà essere acquisita solo con un'apposita procedura

concorsuale. In questo contesto dovrà comunque essere costruito anche un percorso di carriera che permetta il riconoscimento economico delle "altissime" professionalità, oggi sminuite dalla costruzione di strutture semplici e complesse "spesso del tutto inutili in quanto non legate a funzioni di reale gestione di risorse umane e strumentali".

Da definire poi i livelli minimi assistenziali per vincolare la quantificazione del personale delle **professioni non mediche** di supporto e abrogare per le Regioni in piano di rientro il vincolo di costo del personale inferiore dell'1,4% al costo 2004 che non consente un turn over adeguato.

Il nuovo Patto, inoltre, dovrà indicare "con forza" che le attività della **medicina convenzionata** sarà vincolata dagli obblighi di presa in carico già ampiamente presenti nelle leggi e nei contratti, precisando che tutti gli adempimenti relativi alla costruzione del **fascicolo sanitario, alla ricetta elettronica, alla dematerializzazione** documentale sono isorisorse.

Rivedere anche i rapporti con gli **specialisti ambulatoriali** introduce vincoli nella costituzione di nuove fasce orarie e, in generale, "la stipula incontrollata di contratti al fine di evitare che attraverso tali strumenti si aggirino i vincoli di spesa per il personale".

### **CURE PRIMARIE (VEDI SCHEDA)**

La parola d'ordine è **multiprofessionalità** e **multidisciplinarietà**. Basta, quindi, col il medico di famiglia che esercita da solo, nel suo studio isolato. Le Regioni vogliono medicina d'iniziativa; dimissioni protette; coinvolgimento dei professionisti dell'area sociale; ridefinizione di ruoli, competenze e relazioni che rispondano a una logica di "responsabilità", precedendo anche l'utilizzo di **personale dipendente** nell'erogazione dell'assistenza primaria.

Dovranno essere identificate strutture territoriali di riferimento e definire modelli per lo sviluppo delle **cure intermedie**. La continuità assistenziale dovrà essere ridisegnata in collegamento funzionale con la rete dell'emergenza-urgenza e con la creazione di centrali operative per la continuità assistenziale 116 e 117 (i nuovi numeri europei dell'emergenza).

Attenzione, poi, alla presa in carico della cronicità e dell'area materno-infantile; alla tutela della fascia di bimbi più giovani e fragili e alla rimodulazione della rete ospedaliera delle pediatrie e dei punti nascita, ma andare anche avanti con il completamento delle reti regionali di cure palliative.

### **UNIVERSITA' E RICERCA (VEDI SCHEDA)**

Rivedere il sistema tenendo però conto della necessità di garantire alcuni principi a partire dalla rappresentanza di tutti i settori disciplinari scientifici necessari alla formazione e della massima integrazione tra attività assistenziali, ricerca e didattica.

Andranno poi analizzati i risultati ottenuti dal quadriennio di sperimentazione del modello di "azienda ospedaliero universitaria", apportando eventuali correttivi al modello attuale. Tanti gli aspetti sotto la lente delle Regioni. Per fare due esempi, per le Regioni vanno riconsiderati gli indicatori di sistema che oggi vincolano il rapporto tra numero di posti letto e il numero programmato degli iscritti al primo anno di Medicina, ma vanno anche pensati ulteriori parametri organizzativi correlati ai corsi di specializzazione riguardanti le professioni sanitarie.

Per la **ricerca sanitaria** la priorità è quella di individuare aree di intervento su cui la ricerca scientifica possa tentare di rispondere ai quesiti essenziali e importanti per il Ssn e i cittadini. Per questo è necessaria la condivisione e individuazione delle tematiche secondo le esigenze regionali e in sintonia con le direttive Ue; la definizione e suddivisione delle tipologie di ricerca tra biomedica/traslazionale, clinica: diagnostica avanzata e nuove strategie terapeutiche, ricerca epidemiologica e determinanti di salute, valutazione delle tecnologie sanitarie, modelli organizzativi (inclusi percorsi di cura integrati), Ict per la salute, tecnologie integrate per la salute. Fondamentale sarà anche l'implementazione dell'Hta.

Per quanto riguarda la governance, non bastano regole e parole, servono, secondo le Regioni, strumenti di finanziamento e modalità di acquisizione del personale. Infine, per misurare i risultati, si chiede un confronto sul tema dei diritti di proprietà intellettuale e sugli strumenti di condivisione dei risultati.

### **MOBILITA' E TARIFFE (VEDI SCHEDA)**

E' necessario definire un modello complessivo della remunerazione degli erogatori che ricomprenda in maniera organica i criteri applicabili ai residenti, alla mobilità interregionale e a quella internazionale. Vanno poi definiti criteri tariffari e di appropriatezza per indirizzare la mobilità per

prestazioni di alta specialità verso le strutture a elevata qualificazione. Pur essendo correlati al tariffario nazionale, i tariffari regionali devono tuttavia poter godere di un margine di flessibilità. Altro strumento strategico per il governo della mobilità sanitaria sono gli accordi fra le Regioni, che vanno quindi incentivati. Per quanto riguarda la compensazione della mobilità internazionale, si ritiene che debbano essere adottati i tariffari regionali, anche per evitare che le strutture erogatrici siano penalizzate da livelli tariffari inadeguati a coprire i costi di produzione. L'ipotesi di una Tuc internazionale è infatti una strada ancora lunga: più realistico pensare a uno sviluppo graduale di accordi tra Stati, a cominciare da quelli confinanti.

#### **EDILIZIA SANITARIA [\(VEDI SCHEDA\)](#)**

Nuovi progetti per le strutture ospedaliere di eccellenza e di riferimento regionale e aziendale per accompagnare il processo di riorganizzazione delle reti ospedaliere; manutenzione straordinaria dei presidi esistenti con particolare riguardo all'adeguamento delle normative antisismiche e antincendio; grandi investimenti per la riconversione del parco ospedaliero dismesso in nuove strutture per il territorio. Proposto dalle Regioni anche l'incremento delle dotazioni tecnologiche per potenziare la diagnostica specialistica e la telemedicina e l'innovazione delle norme e delle procedure.

#### **INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA [\(VEDI SCHEDA\)](#)**

L'obiettivo minimo è trovare le risorse per mantenere le attività del Fondo per le non autosufficienze e per le politiche sociali. Poi via ai Livelli essenziali integrati, come risultante dei Lea aggiornati e degli "obiettivi di servizio socio assistenziali" (in attesa dei Lep). Le Regioni disciplineranno in sede locale i principi per l'integrazione, particolarmente per le aree della non autosufficienza, dei disabili, dei minori e della famiglia; danno indicazioni alle Asl e alle associazioni intercomunali per l'erogazione congiunta degli interventi sociosanitari e per la gestione finanziaria dei fondi; facilitano la formazione del personale. I comuni e le aziende sanitarie spetterà di realizzare le attività sociosanitaria organizzando i fattori produttivi nella maniera più consona e meno burocratica. I servizi sociosanitari sono responsabili della presa in carico complessiva, comprese le verifiche di efficacia/ efficienza e di spesa. Va prevista, infine, la coincidenza territoriale tra distretto e Zona.

#### **PIANI DI RIENTRO**

La ridefinizione dei piani dovrà avere effetti duraturi in termini di modifica degli elementi strutturali generatori di spesa e intervenire in chiave di reingegnerizzazione dei Ssr focalizzandosi su pochi macro obiettivi strategici che vincolino le Regioni al raggiungimento, in tempi dati, di obiettivi misurabili in termini di salute.

## MATTINO, AL RISVEGLIO MEGLIO IL CAFFÈ DEL SESSO

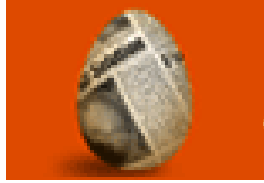


ROMA Al mattino preferisci affrontare la giornata con un buon caffè o facendo del sesso? Questa è solo una delle domande poste dalla catena Le Méridien Hotels & Resorts a 7.455 bevitori di caffè e viaggiatori, per un sondaggio condotto in sei diversi paesi chiave del mercato, dall'India agli Stati Uniti, dalla Cina agli Emirati Arabi Uniti, in occasione della Giornata internazionale del caffè che è stata a settembre. Il 50% del campione preferisce per svegliarsi la bevanda calda al corpo della compagna e il 78% sarebbe disposto a rinunciare, oltre che al sesso, anche all'alcol e ai social network piuttosto che al rito del caffè. Allo stesso modo, il 51% ha affermato di essere sicuro di poter passare più tempo senza sesso con il partner che senza caffè al mattino. Questo soprattutto perché la bevanda ha un ruolo importante nell'aiutare, gli adulti (ai piccoli è opportuno evitare), concentrarsi ed avviarsi verso al giornata.

Non è la prima volta che il sesso, nei sondaggi, si trova tra i desideri secondari dell'intervistato e non tra i principali, come la grande importanza che i media danno all'argomento farebbe supporre. Una ricerca ha riportato come il 12% degli intervistati avrebbe scelto una notte di buon sonno piuttosto che una di sesso. Uno studio del 2011 ha rivelato che i giovani americani preferiscono ottenere una spinta alla proprio autostima con un complimento o un augurio piuttosto che avere rapporti sessuali, mentre un sondaggio del 2012 promosso da Today.com e Match.com ha scoperto che il 39% delle donne sole preferisce rinunciare al sesso per un anno che al cibo preferito.

Meglio del sesso risulta anche, per gli studenti in Usa, avere uno zaino più leggero sulle spalle al posto di uno carico di libri e, sempre per il gentil sesso, rallentare il processo di invecchiamento.

[http://salute.ilmessaggero.it/la\\_coppia/notizie/caff\\_amp\\_egrave\\_risveglio\\_sesso\\_sondaggio/347727.shtml](http://salute.ilmessaggero.it/la_coppia/notizie/caff_amp_egrave_risveglio_sesso_sondaggio/347727.shtml)



## **CERVELLO: SCOPERTO GENE CHE STIMOLA FORMAZIONE SINAPSI**

(AGI) - New York, 7 nov. - Identificato un gene che favorisce la formazione delle sinapsi nel cervello. La scoperta della Johns Hopkins University potrebbe avere implicazioni su autismo, epilessia e sviluppo del linguaggio. Si tratta del gene SRPX2: quando agisce a livelli superiori a quelli normali induce le cellule cerebrali a produrre nuove sinapsi, quando è bloccato il numero di sinapsi diminuisce. La descrizione degli esperimenti effettuati sui modelli murini è stata pubblicata sulla rivista 'Science Express'. - Nella ricerca, gli scienziati hanno chiesto ad alcune donne incinte di cantare 'Twinkle Twinkle Little Star' (l'equivalente del nostro "Ninna Nanna Ninna Oh") per cinque volte alla settimana durante l'ultimo trimestre di gravidanza, mentre in un altro gruppo non veniva riprodotta alcuna musica. Gli scienziati hanno misurato l'attività cerebrale dei bebè subito dopo la nascita e di nuovo dopo quattro mesi: quando i bambini sentivano la melodia originale così come era stata cantata loro, l'attività cerebrale mostrata era maggiore rispetto a quella che si produceva nei bambini a cui non era stata fatta ascoltare musica e questo effetto permaneva anche a quattro mesi di età.