

REGISTRO NAZIONALE TUMORI/ Migliorano la sopravvivenza e i dati delle guarigioni

I numeri fanno meno paura

In Italia si guarisce di più che in altri Paesi Ue ma la prevenzione è bassa

Il volume dei «Numeri del cancro in Italia», realizzato da Aiom (Associazione italiana di Oncologia medica) e Airtum (Associazione italiana Registri tumori), raggiunge nel 2015 la quinta edizione, a testimoniare la collaborazione e la condivisione di un importante progetto fra le due società scientifiche.

Questo nuovo rapporto si presenta puntuale alla scadenza annuale come strumento indispensabile per un aggiornamento sull'Oncologia nel nostro Paese, offrendo misure epidemiologiche e interpretazioni cliniche. Si conferma, anche per questo volume, l'apprezzamento delle Istituzioni per la collaborazione fra Aiom e Airtum.

La prefazione del **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, ci onora come segno di riconoscimento del valore di questo strumento. E l'utilizzo sempre più frequente dei dati e delle informazioni riportate nel libro da parte della comunità scientifica e dei mezzi di comunicazione indica che è stato raggiunto l'obiettivo delle due società scientifiche di riuscire a rispondere, con rigore e professionalità senza eccedere nel tecnicismo, a un forte bisogno informativo.

Il primo dato da sottolineare è la conferma della riduzione della mortalità, nei due sessi, per il complesso dei tumori e per molte neoplasie a più elevato impatto. Questo risultato mostra che l'azione del Sistema sanitario nazionale è efficace ed è il frutto della strategia combinata di interventi di prevenzione primaria che riducono l'esposizione ai fattori di rischio oncologico (quindi il numero di nuovi malati), di interventi di prevenzione secondaria con un'anticipazione della diagnosi in una fase precoce e di terapie più efficaci e accessibili. Questi diversi aspetti trovano approfondimenti in capitoli tematici del rapporto 2015.

È stato aggiornato il focus sul fumo di sigaretta, che ancora interessa un terzo degli uomini e un quarto delle donne italiane. Viene anche descritto in dettaglio, fra i fattori di rischio, il ruolo svolto dall'amianto in campo oncologico. Un nuovo approfondimento riguarda lo stato dello screening mammografico per la diagnosi precoce del tumore del seno, che mostra ancora criticità nella diffusione e partecipazione nelle aree del Meridione rispetto al Centro-Nord.

Gli approfondimenti per sede tumorale sono stati aggiornati e si arricchiscono di due nuovi contributi, per il mesotelioma e per i tumori del distretto testa-collo. Nei capitoli sede-specifici sono puntualmente riportate, insieme agli indicatori di frequenza e gravità, le strategie terapeutiche più aggiornate, che evidenziano una crescente disponibilità, per le diverse neoplasie, di trattamenti rivolti a sottogruppi sempre meglio definiti di pazienti.

La sopravvivenza per tumore si presenta in Italia, per molte sedi tumorali, a livelli

pari o superiori a quelli medi europei. Quest'anno è proprio il confronto fra il nostro Paese e gli altri del continente europeo a permettere una migliore e più obiettiva valutazione del buon livello e sviluppo del Sistema sanitario nazionale.

Nonostante la mortalità sia in riduzione e la sopravvivenza in aumento, le malattie oncologiche si confermano un fenomeno estremamente rilevante, con una domanda di assistenza per il nostro Sistema sanitario che arriva dai 363.300 nostri concittadini che avranno nel 2015 una diagnosi tumorale. Senza dimenticare i circa 3 milioni di italiani che hanno avuto questa esperienza nella loro vita e che per questo si sottopongono a visite periodiche di controllo ed esprimono nuovi e differenti bisogni socio-sanitari.

Si stima infatti che nel 2015 siano 3.036.741 i casi prevalenti, con un incremento del 17% rispetto al 2010 (+20% per i maschi e +15% per le femmine). È ragionevole ipotizzare che un aumento più marcato di questo indicatore epidemiologico si osservi nei pazienti diagnosticati da più di 5 anni. Nel 2015, poco più di mezzo milione di persone hanno avuto una diagnosi di tumore da meno di 2 anni, oltre 600.000 tra 2 e 5 anni e circa 1,9 milioni (quasi 2/3 del totale) da oltre un quinquennio. Nel tempo il numero dei prevalenti è sensibilmente variato a seconda del tipo di neoplasia. Si passa da un incremento di oltre il 30% dal 2010 al 2015 per i tumori della tiroide (38%) e della prostata (35%) a meno del 10% per il cancro della vescica, leucemie e tutte le neoplasie ginecologiche. Le donne viventi in Italia nel 2015 che hanno avuto in passato una diagnosi di cancro della mammella sono 692.955, con un aumento del 19% rispetto al 2010. Un dato simile (+21%) è emerso per il numero di italiani (427.562) che vivono nel 2015 dopo una diagnosi di neoplasia del colon-retto. Possiamo affermare che il 4,9% dei cittadini (4,6% dei maschi e 5,2% delle femmine) è rappresentato dalle persone che, nel 2015, vivono dopo una diagnosi di cancro.

L'invecchiamento degli italiani contribuisce a rendere più consistente l'impatto della malattia tumorale. Anche se gli uomini si ammalano meno e le donne presentano un andamento stabile dell'incidenza, l'invecchiamento costante della popolazione agisce da amplificatore del carico di assistenza oncologica. Invecchiare significa morire più tardi ed è quindi un segno positivo dell'efficacia del nostro sistema socio-sanitario, ma una popolazione più anziana manifesta maggiormente le patologie, anche tumorali, legate all'età avanzata.

Carmine Pinto

presidente nazionale Aiom

(Associazione italiana di Oncologia medica)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Numero di persone che vivevano nel 2010 dopo una diagnosi di tumore e percentuale di pazienti già guariti

Tipo di tumore *	Prevalenza completa n.	Tempo dalla diagnosi (anni)						Già guariti **	
		>2		>5		>10			
		n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Tutti i tipi	2.587.347	2.093.907	81%	1.543.531	60%	918.439	35%	704.648	27%
Mammella	581.373	495.113	85%	381.517	66%	230.254	40%	90.331	16%
Colon-retto	353.965	277.989	79%	197.223	56%	112.479	32%	130.265	37%
Prostata	295.624	229.139	78%	135.366	46%	40.126	14%	320	0%
Vescica	233.853	193.426	83%	142.831	61%	81.783	35%	4.053	2%
Tiroide	116.485	95.864	82%	70.055	60%	38.049	33%	89.087	76%
Testa e collo	111.520	93.445	84%	74.587	67%	50.219	45%	26.095	23%
Linfomi non-Hodgkin	106.168	87.591	83%	64.260	61%	38.603	36%	1.807	2%
Utero corpo	102.088	88.728	87%	71.143	70%	48.307	47%	53.873	53%
Malanoma cutaneo	100.910	83.877	83%	63.903	63%	38.770	38%	44.796	44%

(*) Esclusi i non melanomi della cute, sono mostrati tipi di tumore che interessavano oltre 100.000 persone
 (***) Numero e proporzione di pazienti che hanno raggiunto un'attesa di vita simile alla popolazione generale

Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati

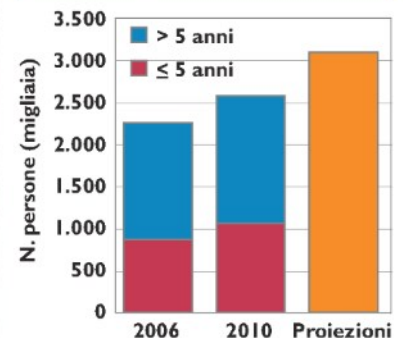
Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Prostata (20%)	Mammella (29%)	Mammella (14%)
2°	Polmone (15%)	Colon-retto (13%)	Colon retto (13%)
3°	Colon-retto (14%)	Polmone (6%)	Prostata (11%)
4°	Vescica * (11%)	Tiroide (5%)	Polmone (11%)
5°	Stomaco (5%)	Utero corpo (5%)	Vescica (7%)

(*) Comprende sia tumori infiltranti che non infiltranti

Fonte: Pool Airtum 2007-2011

La sopravvivenza

Numero di persone che vivevano dopo una diagnosi di tumore nel 2006 e nel 2010, e proiezioni per il 2015 in Italia per tempo dalla diagnosi, entrambi i sessi



Oncologia, fili di speranza

Non è ancora un libro di buone notizie, e non lo sarà mai. Tuttavia, l'ultimo volume sui numeri del cancro, curato dall'Airtum e dagli oncologi dell'Aiom lascia più di qualche piccolo spiraglio aperto alla speranza. Ci si ammala sempre di più, è vero, ma sarebbe più corretto dire che si effettuano più diagnosi, e se c'è una diagnosi ci può essere una guarigione. Per questo si muore di meno, pur ammalandosi di più. Un paradosso. Ma un paradosso che significa cura, appropriatezza, innovazione. E sulle bestie nere come i tumori che si misura la forza di un sistema sanitario. E il nostro, numeri alla mano, può esserne fiero. L'Italia che non va, quella degli sprechi, dei tagli e del braccio di ferro quotidiano per salvaguardare qualità, umanità, sostenibilità e posti di lavoro dovrebbe leggersi il rapporto sull'Oncologia. Da noi si sopravvive di più che in altri civilissimi Paesi dell'Unione, anche per carcinomi il cui solo nome evoca una condanna. Non è battuto il cancro, figuriamoci, ma qualcosa, a volte molto si può fare. E si sta facendo. Per una volta chapeau! (L.Va.)



quotidiano**sanità**.it

Lunedì 28 SETTEMBRE 2015

Lorenzin: "Su problema sanzioni cerchiamo strada condivisa. Ma su appropriatezza non si torna indietro". Ma i medici non ci stanno: "La definizione dei criteri non spetta alla politica"

Confronto durante Porta a Porta su RaiUno tra i camici bianchi e il Ministro sul provvedimento contro gli esami inappropriati. Da Lorenzin è arrivata un'apertura sulle sanzioni ma i medici, in studio Milillo e Troise, tirano dritto e ribadiscono che il decreto così com'è non va: "La definizione dei criteri non spetta alla politica".

Il decreto appropriatezza sbarca in televisione. Ma tra i medici e il Ministro della Salute le posizioni sono ancora distanti e il nodo sanzioni è sempre intricato. Il confronto durante la puntata di *Porta a Porta*, in onda stasera su Rai Uno e che abbiamo seguito durante la registrazione negli studi di via Teulada a Roma, è stato caratterizzato da un dibattito molto acceso, anche con una scaramuccia verbale tra il conduttore **Bruno Vespa** e i rappresentanti dei medici.

Ma veniamo alla puntata. Il Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** ha ribadito che "non è vero che le 208 prestazioni non verranno più prescritte. La differenza è che c'è un criterio di appropriatezza e le sanzioni ci saranno solo nel caso di abusi e quando ci sono sprechi enormi. Una prestazione inappropriata non è inutile né superflua, semplicemente non deve essere prescritta a quel paziente". E poi ha precisato che la questione appropriatezza riguarda anche le liste d'attesa che "sono un'ingiustizia e il tema appropriatezza prescrittiva va affrontato insieme ai medici e alla radice, altrimenti tra poco le liste d'attesa saranno qualcosa di insostenibile".

In ogni caso Lorenzin ha ribadito che "è il medico che decide, e se vuole prescrivere quelle prestazioni lo può fare motivando la scelta". Ma Lorenzin tende la mano ai camici bianchi: "Se il tema è quello delle sanzioni troviamo una strada, ma non possiamo tornare indietro sull'appropriatezza, sarebbe una sconfitta anche per il medico". E poi annuncia che "in Conferenza Stato-Regioni proporrò di levare alcuni ambiti d'incertezza, cioè che la norma sia applicata in modo uniforme in tutta Italia e che ci sia la garanzia che le cose vadano fatte bene e in modo omogeneo".

Ma i medici continuano a non essere convinti. "La battaglia sull'appropriatezza clinica è sacrosanta – sottolinea il segretario nazionale dell'Anao-Assomed, **Costantino Troise** – ma la definizione dei criteri non spetta alla politica. Non si può invadere il campo delle professioni e in più con un atteggiamento intimidatorio, con le sanzioni, praticamente dipingendo la categoria medica come una categoria da commissariare, in piano di rientro come le Regioni canaglia". Pollice verso anche nel merito del decreto: "Sull'allergologia è completamente da riscrivere" e poi ricorda che "le sanzioni già ci sono". Il punto che evidenzia Troise è che "gli esami diagnostici sono importanti anche per escludere eventuali problemi e fornire diagnosi precise e non sbagliate e di cui il medico è sicuro".

Contrario alle sanzioni anche il segretario nazionale della Fimmg, **Giacomo Milillo**. "Non discuto nel merito del decreto però dubito che esistano dimostrazioni scientifiche sull'appropriatezza. Io non discuto l'appropriatezza, ma le sanzioni che le Regioni hanno posto come requisito irrinunciabile. Ed è assurdo che siano le Regioni a proporre le sanzioni quando sono loro che sono state inappropriate per anni".

Il presidente del Consiglio superiore di sanità, **Roberta Siliquini** ha difeso invece il decreto. "L'elenco delle 208 prestazioni mette davanti a tutto il cittadino e la sua salute. La lista è stata stilata sulla base di studi scientifici e ricordiamo che gli esami inutili comportano anche rischi per la salute".

La scaramuccia. Ma durante la puntata c'è stato anche un acceso battibecco tra il segretario della Fimmg Giacomo Milillo e il conduttore Bruno Vespa. Il tutto è nato da un'affermazione di Vespa che ha ricordato come "quando una persona, la mattina mentre si fa la doccia decide che oggi deve risparmiare ci riesce. E un medico lo fa senza compromettere la salute di nessuno, come lo fa chiunque in qualunque mestiere". Ma l'affermazione non è andata giù a Milillo che piccato ha risposto: "Se lei vende dei dogmi così, mandiamo i giornalisti a fare i medici". A quel punto l'atmosfera si è surriscaldata e le voci dei due si sono sovrapposte. A placare gli animi ci ha pensato il lancio di un servizio.

Medici sotto accusa troppi accertamenti

Non servono a nulla ma costano alle casse dello Stato 13 miliardi di euro. Gli accertamenti diagnostici – per esempio le radiografie, le risonanze magnetiche, gli esami del sangue... – non sempre sono necessari. I medici, che ne sono consapevoli, confessano però di prescriberli lo stesso: si chiama “medicina difensiva” – ci si difende da eventuali proteste o denunce dei pazienti, dalla loro insistenza e da quella dei loro familiari – e il 58% degli specialisti sostiene di farvi ricorso spesso anche se non proprio volentieri. Per questo, il **ministero della Salute** ha messo sotto osservazione alcuni esami – quelli più prescritti – e stabilito delle “condizioni di erogabilità”, cioè i criteri in base ai quali il medico può chiederli al Servizio sanitario per il suo paziente. Molti medici minacciano lo sciopero, altri sono d'accordo con il ministero. Alcune associazioni di radiologi, per esempio, hanno denunciato l'eccessivo ricorso alle radiografie per i bambini: un'ingiustificata esposizione alle radiazioni ionizzanti – ricordano – nel lungo periodo può avere effetti dannosi sulla salute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Scrupoli e paure

Negli ultimi anni è venuta meno l'alleanza tra i pazienti e gli specialisti che li curano, la fiducia ha lasciato il posto alla diffidenza. Negli ospedali aumentano le cause e le denunce: moltiplicare gli accertamenti diagnostici – cioè i vari tipi di esami possibili – è un modo per mettersi al sicuro, per non rischiare di sbagliare. Giusto essere scrupolosi, sbagliato sperperare il denaro dello Stato, cioè di tutti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Ezio Mauro

RSALUTE

> LUI & LEI

ROBERTA GIOMMI



TUTTI A SCUOLA DI SESSO

Da tre anni la Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica, promuove la settimana del benessere sessuale. Dal 28 settembre al 2 ottobre i centri che costituiscono la FISS e i singoli iscritti all'Albo Interno e formati ad essere esperti in educazione sessuale, consulenti in sessuologia e sessuologi clinici (le tre figure che svolgono attività all'interno dei diversi contesti della sessuologia), hanno dato la loro disponibilità, per conferenze, incontri, consultazioni gratuite. E tutte le informazioni le trovate sul sito www.fissonline.it. Sappiamo che la domanda è grande sia per l'educazione alla sessualità a scuola, per gli incontri con i genitori e per le consulenze e terapie sessuologiche. Avere informazioni, chiedere quali sono le

possibili soluzioni, permette di intervenire su problemi che non risolti possono generare rischi per la salute di giovani e adulti. Ma anche disagi significativi per le sicurezze individuali e per le coppie, sempre più a rischio proprio per i problemi della sessualità. La settimana del benessere sessuale risponde alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che propone la buona sessualità come componente importante della salute generale. Gli incontri e le consultazioni, su tutto il territorio, offriranno punti di riferimento e risposte. Aprire spazi e contenuti è un modo per dare un servizio e superare il tabù del silenzio e della disinformazione. www.irf-sessuologia.it
facebook.com/irfsessuologia



Salute. Le farmacie hanno una Carta della qualità

**Punti qualificanti,
l'assenza di barriere
architettoniche, turni
adeguati al territorio
e accoglienza
dell'utenza fragile**

Roma. Farmacie accessibili a tutti, senza barriere architettoniche e con turni di servizio adeguati alla copertura del territorio. Accoglienza particolare per le persone fragili. E poi personalizzazione dei servizi e informazione adeguata. Sono i principi della nuova "Carta della qualità della farmacia", che dovranno essere osservati da tutte le farmacie che vi aderiscono. Presentata al [ministero della Salute](#), la Carta è nata nel 1994 grazie alla collaborazione tra Federfarma, associazione di categoria dei farmacisti, e Cittadinanzattiva.

«Questa Carta della qualità - spiega il segretario generale di Cittadinanzattiva, Antonio Gaudio - è un favore che facciamo al Servizio sanitario nazionale. Non è una dichiarazione di intenti, ma un impegno concreto da parte di Federfarma e Cittadinanzattiva per dare più servizi ai cittadini». La Carta è stata inviata a tutte le farmacie aderenti a Federfarma insieme a una locandina per informare i cittadini dell'adesione della singola farmacia all'iniziativa. I cittadini possono quindi richiederla in farmacia, consultarla e ricevere maggiori informazioni. «In vent'anni - ha affermato la presidente di Federfarma, Annarosa Racca - tante cose sono cambiate e la farmacia si è evoluta per essere più vicina ai cittadini. Con i nuovi servizi, da ultimo la consegna gratuita dei farmaci a domicilio riservata a categorie particolarmente fragili, la farmacia consolida il proprio ruolo di primo presidio sociosanitario sul territorio a disposizione della popolazione». Cittadinanzattiva assicura che il prossimo anno realizzerà anche un monitoraggio sul grado di applicazione della Carta, scaricabile dai siti federfarma.it e Cittadinanzattiva.it.

(L.Liv.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RSalute

C'è un bimbo in freezer

Cura degli occhi. Si chiama ottica adattativa, ed è una tecnica sperimentata dalla Nasa. Che oggi cura le retinopatie ■ **Antiage.** Per ringiovanire il sommo tutti i metodi degli odontoiatri cosmetici ■ **Diritti.** Come farsi rimborsare le nuove medicine contro l'epatite C ■ **Chirurgia.** Quando il medico sbaglia perché fa interventi utili solo alle casse della Asl ■ **Sessualità.** Una settimana di porte aperte dagli specialisti per imparare a vincere le paure e curare le disfunzioni

Congelare gli ovociti
a vent'anni per poi
scegliere la gravidanza
oltre i 40. È la nuova
tendenza. Che non
piace ai medici

Fecondazione assistita. Congelare gli ovociti da giovani per diventare mamme quando si è pronte. La tecnica funziona, ed è già business. Ma gli esperti avvertono: è una terapia, non una moda

Tutte in fila per l'egg freezing

di ANSELLI

I più ottimisti - o i più spregiudicati - lo chiamano time freezing. Ma il tempo può davvero essere congelato e consentire ad una donna di diventare mamma a quarant'anni usando gli ovociti di dieci anni prima? Il social freezing, ovvero il congelamento di ovociti per motivi non medici, negli Stati Uniti è diventato così di moda da diventare regalo delle mamme per le figlie che si iscrivono al college. E sta prendendo piede anche in Italia. Tanto, tra anni di studio, inizio della carriera e ricerca di un partner prima dei 38 anni a fare un figlio poche ci pensano. E allora ecco gli esperti di fertilità che raccomandano di congelare gli ovociti da giovani - sotto i 30 anni - per diventare mamma dopo. Quando però si è biologicamente anziane. Costo, nel nostro Paese, dai due ai tremila euro con costi di conservazione in azoto liquido dai 150 ai 300 euro annui.

Le domande - e i dubbi etici - sono tante: la scienza può davvero aiutare le donne in

questa missione bebè? Oppure, piuttosto che una polizza assicurativa, come alcuni definiscono l'egg freezing, si sta invece vendendo un biglietto della lotteria? Inoltre, ha senso compiere un atto medico - tra farmaci per la stimolazione dei follicoli, prelievo in anestesia e contorno di ecografie ed esami vari - senza un'indicazione precisa? E, non ultimo, siamo sicuri che il free-



zing aiuti davvero le donne?

I punti critici di questa faccenda sono tanti, e, insieme alle molte questioni aperte in materia di fecondazione assistita, verranno affrontati durante il Tecnobios Symposium (1-3 ottobre). Gli scienziati, infatti, sottolineano che ci sono almeno due ostacoli all'egg freezing legati a questioni puramente biologiche: l'età in cui si decide di congelare i propri ovociti e quella in cui si tenta una gravidanza. «In Italia - premette Andrea Borini, presidente Sifes-Mr - le donne chiedono di congelare gli ovociti tra i 38 e i 39 anni. A quell'età le probabilità sono talmente basse che dovrebbero essere scoraggiate. Si dovrebbero congelare entro i trent'anni di età, sia perché più si è giovani e migliori sono le possibilità di gravidanza futura, sia perché per tentare successivamente una gravidanza bisogna congelare almeno una quindicina di ovociti e nelle donne più anziane non è facile trovarli. Inoltre è del tutto ovvio che congelare ovociti prelude al ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita. Anche se, negli Stati Uniti, dove persino aziende come Apple e Facebook hanno offerto l'egg freezing alle proprie dipendenti, in quasi 70 casi su cento le donne riescono ad avere un figlio naturalmente».

Un altro punto critico è l'età in cui si tenta di diventare mamme. Sempre più alta. «Sebbene le probabilità di gravidanza siano legate alla qualità dell'ovocita congelato, alta nelle giovani - continua Borini - una gravidanza a 40 anni è gravata da rischi e problemi anche importanti.

Per questo penso che si debbano fare campagne, a partire dalle scuole, per far capire che non si possono fare figli così tardi. Bisogna pretendere aiuti dalle istituzioni, non posticipare continuamente». Qualcosa comincia a muoversi, e il Piano nazionale per la fertilità, predisposto dal [ministero della Salute](#), va in questa direzione: tanta informazione, prevenzione e persino un fertility day, il prossimo 7 maggio.

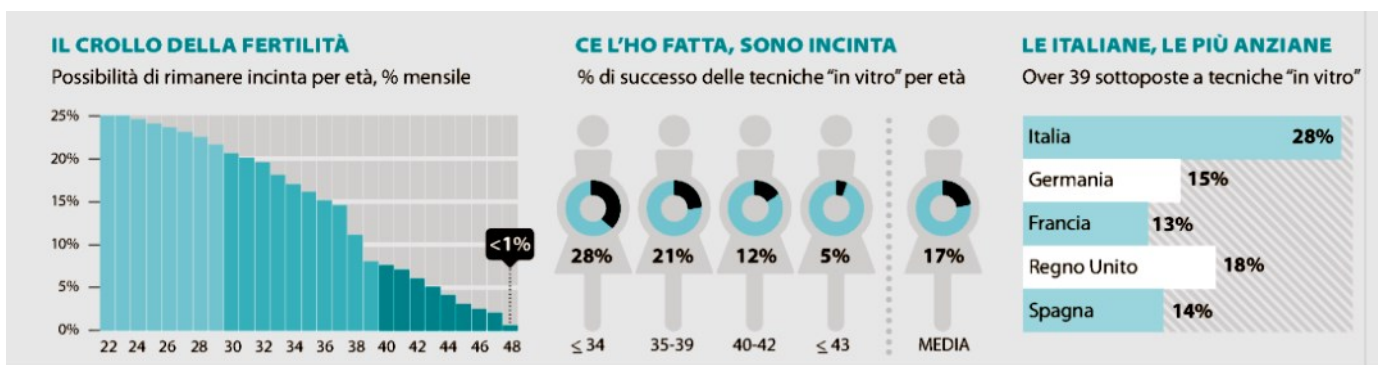
Ma il punto resta un altro: asili nidi con turni lunghi ed elastici, sgravi fiscali per chi fa figli, facilitare il lavoro delle mamme nelle aziende. Praticamente fantascienza. E allora ha ragione Antonino Guglielmino, direttore del centro Hera-Umr di Catania, il più grande del Meridione, quando dice che - così com'è - anche la tecnica dell'egg freezing rischia di essere un ammortizzatore sociale. «È il conflitto tra biologia della riproduzione e l'organizzazione

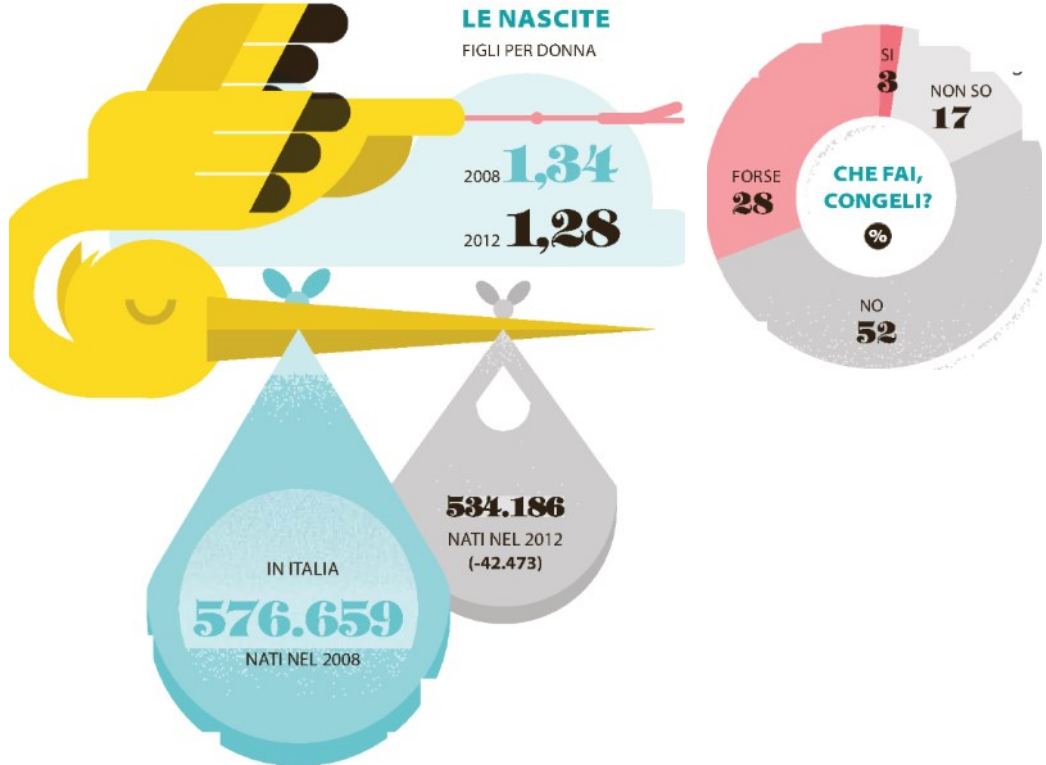
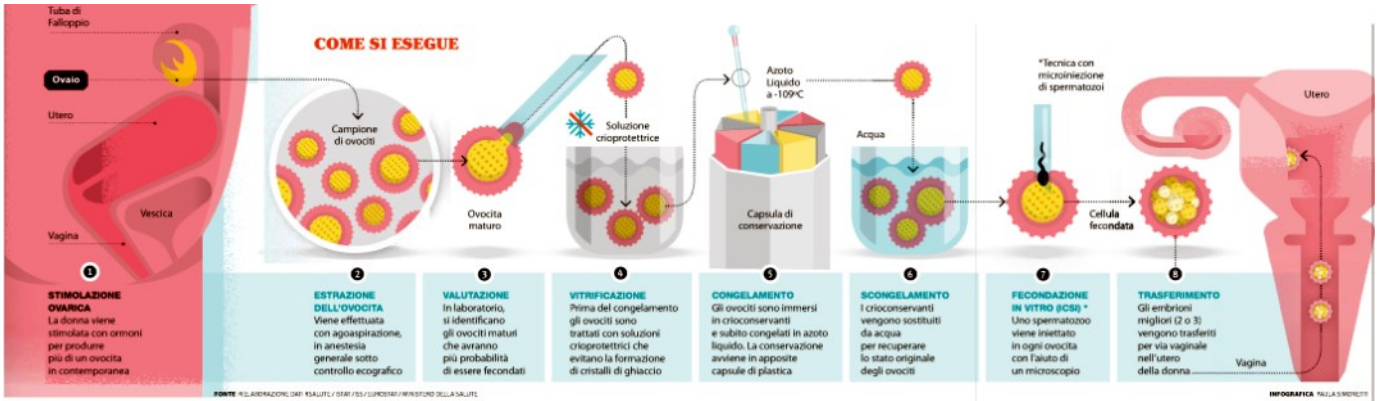
sociale che si deve risolvere - ragiona - aiutando le donne a far figli. E invece la scelta che sta vincendo è posporre la maternità: in Italia il primo figlio si fa a 32 anni, una mostruosità. E l'età media nei centri di fecondazione assistita è la più alta al mondo, 36,6 anni. Con l'egg freezing è la stessa cosa: convinciamo le donne a congelare i propri ovociti a 30 anni per fare un figlio a 40 con la fecondazione assistita. Per questo forse negli Stati Uniti viene proposto come anti-aging. Altra follia. Non deve passare il messaggio che congelare dà certezze. Inoltre, gli ovociti congelati provengono da donne fertili e giovani e potrebbero essere utilizzati per la fecondazione eterologa una volta che le donne siano riuscite ad avere un figlio».

Insiste sulla mancanza di certezza anche Eleonora Porcu, responsabile del Centro di infertilità e Prima dell'università di Bologna nonché la prima ad aver avuto una nascita da ovociti congelati. «Io ho inventato il congelamento di ovociti per utilizzo terapeutico - premette - per donne che stavano affrontando chemioterapia, o che rischiavano la menopausa precoce. Ma differire la maternità è un'altra cosa: parliamo di iperstimolazione dell'ovaio in donne giovani, pratica che può non essere scevra da rischi. E poi non c'è una sopravvivenza al cento per cento dell'ovocita scongelato, che poi va fecondato, deve diventare embrione e si deve impiantare. Passaggi che abbassano la percentuale di successo. Inoltre mi pare che sia quasi una violenza verso le donne, costrette a ricorrere alla fecondazione assistita per lasciar spazio a tutto ciò che impedisce la maternità, studi, carriera, la casa. Se il congelamento degli ovociti è una scelta volontaria, e non obbligata perché si è tagliati fuori dal mercato del lavoro, allora va bene. In caso contrario mi pare una sottile coercizione travestita da libertà».

Come precisa Claudia Livi, responsabile del centro Demetra di Firenze, si tratta di una medaglia che non ha solo due facce ma molte di più. «Sono dubbiosa - racconta - e trovo difficile sostenere il social freezing a spada tratta. Mi sentirei più serena a raccomandarla in uno stato come la Svezia o la Finlandia, dove la maternità è incentivata e tutelata. Ma in Italia le donne oggi chiedono di avere un solo figlio perché non ce la fanno a star dietro a due. E allora professionalmente non mi sento di non parlare di una tecnica che c'è e dà buoni risultati, ma come donna non la considero una scelta di libertà».

GRIPRODUZIONE RISERVATA





Oncologia, fili di speranza

Non è ancora un libro di buone notizie, e non lo sarà mai. Tuttavia, l'ultimo volume sui numeri del cancro, curato dall'Airtum e dagli oncologi dell'Aiom lascia più di qualche piccolo spiraglio aperto alla speranza. Ci si ammala sempre di più, è vero, ma sarebbe più corretto dire che si effettuano più diagnosi, e se c'è una diagnosi ci può essere una guarigione. Per questo si muore di meno, pur ammalandosi di più. Un paradosso. Ma un paradosso che significa cura, appropriatezza, innovazione. E sulle bestie nere come i tumori che si misura la forza di un sistema sanitario. E il nostro, numeri alla mano, può esserne fiero. L'Italia che non va, quella degli sprechi, dei tagli e del braccio di ferro quotidiano per salvaguardare qualità, umanità, sostenibilità e posti di lavoro dovrebbe leggersi il rapporto sull'Oncologia. Da noi si sopravvive di più che in altri civilissimi Paesi dell'Unione, anche per carcinomi il cui solo nome evoca una condanna. Non è battuto il cancro, figuriamoci, ma qualcosa, a volte molto si può fare. E si sta facendo. Per una volta chapeau! (L.Va.)



PANORAMA DELLA SANITÀ



Segreteria e Provider ECM
KOS Comunicazione e Servizi
Tel. 06/59290256 - Fax 06/31052392
segreteria@koscomunicazione.it

www. associazionepodologi.it

Home Chi siamo Contatti I miei abbonamenti

Cerca nel sito

Appropriatezza: "Fare l'ultimo miglio per passare dalla spending review all'HTA"

28/09/2015 in News

0



A Roma l'VIII Congresso Nazionale di health technology assessment. Tra i partecipanti, Beatrice Lorenzin, Massimo Scaccabarozzi, Luca Pani, Walter Ricciardi

"Il dibattito che si è aperto in questi giorni sul "Decreto appropriatezza", mette ben in evidenza che si è arrivati a toccare il "cuore del problema". È quanto sottolinea Americo Cicchetti, Presidente della Società italiana di health technology assessment e Ordinario di Economia alla

Cattolica di Roma, alla vigilia dell'VIII Congresso nazionale della Sihta che si aprirà a Roma (Palazzo Rospigliosi) il prossimo 1° ottobre alla presenza del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin.

"Con questo decreto infatti" chiarisce Cicchetti "il governo – per la prima volta – e per evidenti questioni di carattere economico (o meglio finanziario), intende entrare nel merito delle scelte cliniche adottando uno strumento di finanza pubblica (la spending review). In qualche modo il provvedimento non è molto diverso da una revisione straordinaria del prontuario farmaceutico. La differenza è che questa volta ad essere de-listati non sono farmaci ma prestazioni.

Pur non volendo entrare nel merito delle 208 prestazioni che sono state considerate inappropriate, è da apprezzare lo sforzo fatto dal commissario per la spending review e da coloro che lo hanno supportato (in questo caso lodevole il coinvolgimento del Consiglio Superiore di Sanità), nel tentativo di fare quello che molte volte si è detto: ovvero abbandonare la logica dei tagli lineari entrando nel merito.

Credo però che sia il "contesto" scelto – ovvero quello della spending review – ad essere sbagliato. È comprensibile la necessità e l'urgenza che ha stimolato questa proposta ma se si vuole entrare nel merito e agire sull'appropriatezza sono altri gli strumenti. È chiaro che il rischio è allungare i tempi e non conseguire gli obiettivi "finanziari" imposti dalla norma di stabilità. Agire, come qualcuno ha suggerito, affidando il tutto alle società scientifiche e alla produzione di linee guida e protocolli diagnostico terapeutici regionali sperando che questi poi vengano applicati, non garantirebbe né tempestività, né "razionalità", e né – ahimé – soluzioni condivise.

Fortunatamente la "terza via" c'è e si chiama Health technology assessment (HTA). L'avvio della cabina di regia presso il Ministero della Salute e il contributo dell'attiguo tavolo dell'innovazione sono gli strumenti per percorrere questa strada. I lunghi anni che ci separano dalle prime esperienze internazionali (più di 40!) e i primi sviluppi operativi all'interno delle aziende sanitarie in Italia (15!) e nelle Regioni con il contributo di Agenas (a partire dal 2008) ci permettono oggi di avere un quadro chiaro e un modello istituzionale che, anche grazie alla Società Italiana di Health Technology Assessment e al suo Health Policy Forum (dal 2010), è ormai ampiamente condiviso tra i diversi livelli istituzionali (centrale, regionale e aziendale) e dai principali stakeholder, pazienti, cittadini e industria. Più di quanto al livello governativo si possa credere. Il tempo dei grandi dibattiti e delle grandi discussioni è finito, ora ci sono gli strumenti "normativi" (la legge di stabilità del 2015) e istituzionali (la "cabina di regia") per dare attuazione ad un modello già ampiamente condiviso. Manca, a quanto pare, un "ultimo miglio" da percorrere che è quello che separa l'HTA dalla spending review, Lungotevere Ripa da Palazzo Chigi".

Questo mese su



Abbonati alla rivista

Un anno di Panorama della Sanità

Iscriviti alla Newsletter

Email *

ISCRIVITI

Login

Username

Password

Remember Me

LOGIN

Lost Password?

Agenda

8° Congresso Nazionale Sihta:

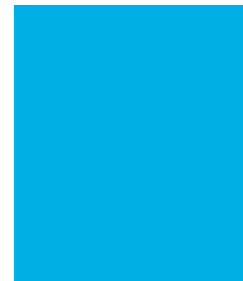
HTA tra decisione e consenso

01/10/2015 - 03/10/2015

Roma

IX Congresso nazionale Fimp,

Federazione Italiana Medici



E' proprio sul come percorrere "l'ultimo miglio" che si concentrerà l'attenzione dell'Health Policy Forum e del susseguente VIII Congresso Nazionale della SIHTA che si celebra a Roma dal 1 al 3 ottobre. Durante il convegno i temi della spending review saranno affrontati a fianco ai numerosissimi contributi scientifici giunti e alle sessioni plenarie che, quest'anno, hanno volutamente un taglio istituzionale oltre che scientifico.

Ancora una volta la SIHTA prova a gettare un ponte tra mondo scientifico e "decisioni" coinvolgendo nella propri azione professionisti sanitari, società scientifiche, produttori di tecnologia e decisori politici.

Condividi:


< Dalla medicina difensiva al rischio di quella "astensiva". La mozione finale del Congresso Simet

Non ci sono ancora commenti.

Lascia una risposta

Occorre aver fatto il [login](#) per inviare un commento

Pediatri: Non si cresce da soli

01/10/2015 - 03/10/2015

Roma

XXIX Congresso Nazionale di
Podologia

01/10/2015 - 04/10/2015

Principina Terra

- Tutti gli eventi

Gli ultimi commenti agli articoli pubblicati

Emanuele su **Amcli: infezioni da protesi cardiaca, nuova frontiera nella lotta alle infezioni ospedaliere**

Emanuele su **Amcli: infezioni da protesi cardiaca, nuova frontiera nella lotta alle infezioni ospedaliere**

Maria Luisa Fabris su **Istituto Superiore di Studi Sanitari "G. Cannarella": Convegno a Roma su Pdta e Costi Standard**

Gli articoli del mese

Gli articoli del mese

 Seleziona mese
Panorama della Sanità

Mensile di informazione & analisi dei sistemi di Welfare
 Reg. Tribunale di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988
 Direttore responsabile: Corrado De Rossi Re
 SCE SC EDITRICE - SOCIETA' COOPERATIVA
 P.Iva e C.F. 13224141005 - n. REA 1430819
 Via Giunio Bazzone, 1 - 00195 Roma
 Tutti i diritti sono riservati.

TAGS

Agitazione appropriatezza Arsenàl Bartoletti budget cimo competenze convegno direttore Direttore Generale diritto sanitario e-health economia Farmacovigilanza Fiaso Fimmg Fimp Fse Governo Grasselli isop italia Lorenzin management manager manualistica Napolitano Prevenzione Professioni Renzi responsabilità risorse ruolo Salute Sanità sanità digitale Sciopero settimanale sindacati Sivemp **slider** spesa Stati Generali vaccini Veterinari

Sanità24

24 ORE

Home Analisi Sanità Risponde Scadenze fiscali Sanità in borsa


28 Set
2015

MEDICINA E RICERCA

Osteoporosi, una malattia sociale con gravi ritardi nell'assistenza

 di *Andrea Giustina (ordinario di Endocrinologia, Università di Brescia Struttura di Endocrinologia e Centro Osteoporosi, Spedali Civili di Brescia)*

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK f

TWITTER t

STAMPA

TAG

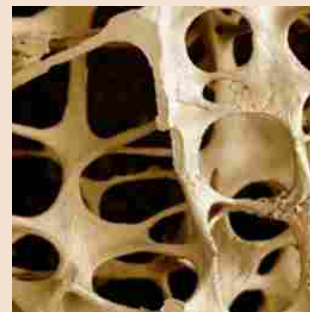
Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo

Farmaci

Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali

Medicina generale

L'osteoporosi è una patologia complessa e subdola: non dà segno di sé sino a che non si verifica una frattura e anche tra i medici viene spesso considerata una condizione inevitabile, senza dignità di patologia. Esiste scarsa cultura della prevenzione, le fratture dei giovani adulti vengono trattate in acuto e poi mancano frequentemente di una fase di follow up che ne indaghi eventuali cause organiche: a nessuno viene fatto un dosaggio ormonale del testosterone (maschi), della vitamina D circolante o del calcio, condizioni che potrebbero essere trattate per evitare rischi futuri. La prevenzione delle fratture è ancora molto carente. Una situazione che si riflette anche nella scarsa conoscenza degli strumenti diagnostici più avanzati: le ossa non si fratturano solamente a seguito di un trauma o una caduta, ma uno scheletro debole 'collassa' su se stesso. Abbiamo oggi a disposizione una indagine diagnostica che misura la lunghezza delle vertebre e ne individua diminuzioni anche di pochissimi millimetri, quegli iniziali cedimenti strutturali che rappresentano un importante fattore prognostico, la misurazione può essere fatta nella stessa sessione della Moc e ha un costo aggiuntivo di poche decine di euro. Quindi minimo sforzo per un risultato altamente significativo con la possibilità di porre in atto una terapia preventiva.



Morfometria vertebrale Dexa, questa sconosciuta

Eppure in Italia la 'morfometria vertebrale Dexa' è praticamente sconosciuta né compresa tra gli esami prescrivibili. Pur essendo disponibile nei maggiori centri di riferimento per l'osteoporosi più del 90% dei pazienti che arrivano nella nostra struttura clinica degli Spedali Civili-Università di Brescia ha con sé solo i risultati della tradizionale Moc.

Esistono quindi gap culturali che fanno dell'osteoporosi una sorta di "cenerentola" tra le malattie croniche ad alto impatto clinico e sociale. Alcuni legati alla natura stessa della malattia a causa del suo andamento progressivo ma lento. Le modificazioni alla Moc non si evidenziano prima di 12-18 mesi. Questo rappresenta un deterrente ad assumere con costanza una terapia a lungo termine: solo il 24% dei pazienti la assume correttamente, per tutti c'è all'orizzonte gli altri il rischio e di non raggiungere il risultato terapeutico, andare incontro a fratture multiple, disabilità e aumentare esponenzialmente i costi sanitari.

La Scienza ha fatto progressi notevoli in questo ambito ed oggi si possono somministrare nuove formulazioni di farmaci noti come l'alendronato (settimanale)

oppure farmaci innovativi come l'anticorpo monoclonale Denosumab (che prevede un'unica somministrazione ogni sei mesi) che favoriscono l'accettazione del paziente con alta efficacia anti osteoporotica ed anti fratturativa a lungo termine.

In crescita il numero degli uomini affetti

Ed il recente aggiornamento da parte di Aifa dei criteri di rimborsabilità per i farmaci destinati al trattamento dell'osteoporosi ha introdotto diverse positive novità rispetto al passato; fra queste la maggiore attenzione per le donne che entrano precocemente (prima dei 50 anni) in menopausa e per i pazienti non solo con fratture non solo vertebrali o femorali, ma anche ad esempio alcune molto diffuse come quelle di polso o costali. Non solo si stima che nei prossimi 10 anni il numero di uomini affetti da aumenterà del 10-15%, ma assai importante è che i maschi che subiscono una grave frattura come quella di femore hanno tassi di mortalità più elevati rispetto alle donne. Eppure se un maschio si frattura (circa un quarto delle fratture totali) si è poco inclini ad attribuirne la causa alla fragilità ossea e dopo la guarigione non si fanno indagini diagnostiche e non si iniziano terapie ad hoc. I maschi che subiscono una grave frattura come quella di femore hanno tassi di mortalità più elevati rispetto alle donne e in 1/3 dei casi si verifica una nuova frattura nei 12 mesi successivi.

I ritardi culturali sulla malattia-osteoporosi

Positiva anche la maggiore attenzione verso l'osteoporosi maschile, che interessa circa il 30% dei casi totali, e l'inserimento nella nuova nota 79 l'introduzione della rimborsabilità per le terapie per la perdita di massa ossea indotta da farmaci che inducono il blocco ormonale nei pazienti con tumore alla prostata. A fronte di questi progressi scientifici e normativi rimangono però sul tappeto alcuni aspetti culturali e clinici tuttora irrisolti o addirittura non affrontati. Spesso si sente dire o si legge che l'osteoporosi non è una malattia o al più è un fattore di rischio per la frattura. Oppure considerare la perdita di massa ossea post menopausale un evento inevitabile e quindi fisiologico. In realtà alcune donne accumulano una buona "riserva" di osso durante l'età fertile e non raggiungono mai lo stadio dell'osteoporosi neanche in età avanzata, vi sono però d'altro canto donne che subito dopo la menopausa perdono moltissima massa e si fratturano polso e/o vertebre senza neanche sapere di essere osteoporotiche. Queste donne sono malate e corrono gravi rischi per la loro salute ed un clima di scetticismo o negazionista del problema è il primo grande ostacolo che devono affrontare: se l'osteoporosi non è una malattia perché trattarla? Perché fare esami diagnostici inutili e (relativamente) costosi? Chiaro il perché: l'evento frattura cambia per sempre la qualità e la tipologia della vita di questa persona!

Le disattenzioni del Servizio sanitario nazionale

Un altro importante limite assistenziale che incontriamo nella gestione delle osteoporosi "severe" cioè complicate da fratture è che non vengono considerate dal servizio sanitario alla stregua di altre malattie croniche disabilitanti: non vi sono infatti esenzioni specifiche che permettano a questi pazienti gravi e sfortunati almeno di accedere a quegli esami strumentali come la MOC fondamentali per seguire l'evoluzione della loro patologia.

Il recepimento delle novità scientifiche in ambito diagnostico e terapeutico, un cambio culturale radicale, uno sforzo dei clinici e delle Autorità nel riconoscere i pazienti con osteoporosi grave e un migliore accesso alla diagnostica sono tutti elementi necessari perché possa essere messa in atto una veramente efficace opera di prevenzione che solo ad uno sguardo distratto può apparire costosa ma che se adeguatamente focalizzata garantirebbe invece un enorme risparmio economico e, permettetemi di dirlo, un enorme guadagno in termini di qualità e quantità di vita per i pazienti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nuovi farmaci anti-colesterolo

La ricerca ha dato alla luce nuovi farmaci per il controllo del colesterolo in quei pazienti che non rispondono in modo soddisfacente ai trattamenti finora disponibili. È assodato che i livelli di colesterolo nel sangue sono strettamente associati alla salute delle arterie e del cuore. L'esposizione prolungata ad alto colesterolo accelera e aggrava il processo di aterosclerosi, ed è per questo motivo che l'ipercolesterolemia famigliare, un disordine genetico che determina livelli di colesterolo elevato sin dalla nascita, ha effetti clinici particolarmente negativi e precoci.

La maggior parte dei pazienti con ipercolesterolemia familiare presenta la forma "eterozigote" (una ogni 200 a 500 persone) e ha ereditato da uno dei genitori un gene difettoso per una delle proteine implicate nel metabolismo del colesterolo ed un gene normale dall'altro genitore. In questi casi i livelli di colesterolo spesso superano i 300 mg/dl. La forma "omozigote", molto più rara (una ogni 1 milione di persone) e con livelli di colesterolo intorno a 1.000 mg/dl, è dovuta alla eredità di geni difettosi da entrambi i genitori e provoca severi problemi vascolari, riscontrabili già nell'infanzia o adolescenza. Entrambe le forme richiedono trattamenti intensivi, precoci e continuativi, nel tentativo di ridurre l'esposizione al colesterolo circolante nel corso della vita. Nonostante le statine (eventualmente associate a ezetimibe) siano farmaci usualmente efficaci e ben tollerati, nei pazienti con ipercolesterolemia familiare con valori di colesterolo iniziali molto elevati, i livelli di colesterolo raggiunti con questi farmaci, anche se usati in dosi massime, può non essere ottimale. Inoltre, le alte dosi di statine sono spesso gra-

vate da sintomi di intolleranza muscolare.

I due nuovi tipi di prodotti che si sommano all'arsenale contro il colesterolo sono il lomitapide (della Aegerion Pharmaceuticals), un farmaco di somministrazione orale che blocca l'assemblaggio delle lipoproteine nel fegato, e gli anticorpi monoclonali anti PCSK-9, molecole specifiche che somministrate per via sottocutanea ogni 2-4 settimane producono riduzioni molto significative del colesterolo con ottima tollerabilità. alirocumab (della Sanofi e Regeneron) è stato il primo inibitore della PCSK-9 a disposizione dei pazienti ipercolesterolemici ad alto rischio cardiovascolare negli Stati Uniti, dopo l'approvazione della Fda dello scorso luglio. Sempre a luglio, L'EmA ha espresso parere positivo per l'autorizzazione all'immissione in commercio di alirocumab in Europa. La decisione definitiva è attesa per la fine di settembre.

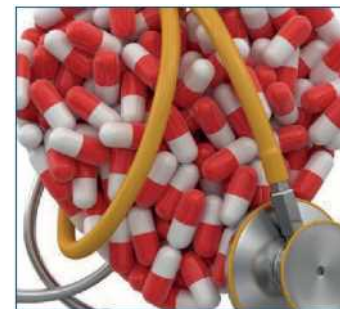
Altri composti della stessa famiglia sono in fase più o meno avanzata di valutazione dagli enti regolatori. Infatti, evolocumab (della Amgen) è stato approvato dall'EmA ed è in fase di approvazione dal Fda, mentre il bococizumab (della Pfizer) deve ancora superare questi passaggi formali.

Studi per dimostrare l'efficacia di questi composti nel ridurre gli eventi cardiovascolari sono in corso e i loro risultati, attesi dal 2017 in poi, permetteranno di determinare obiettivamente il rapporto costo/beneficio di queste nuove categorie di trattamenti.

Pablo Werba

specialista in Medicina interna -
responsabile Unità prevenzione
aterosclerosi - Centro cardiologico
Monzino, Irccs

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Andrea Cangini

Influenza Vaccini in arrivo La scoperta: «Il virus attacca su più fronti»

ROMA. In arrivo il nuovo vaccino anti influenzale nelle farmacie e negli ospedali. L'obiettivo è quello di dimenticare la stagione passata, quando la notizia di un lotto potenzialmente pericoloso causò un crollo delle vaccinazioni ma anche un aumento delle morti per complicanze legate al virus. Intanto, la scoperta dei ricercatori dell'università Thomas Jefferson e del Children Hospital di Philadelphia, pubblicata su Nature Medicine, apre la strada allo sviluppo di vaccini più efficaci. Infatti, il meccanismo con cui il virus dell'influenza attacca l'organismo è più complesso di quanto finora pensato: si serve di attacchi multipli al cuore delle cellule, anziché 'presentarsi' nelle modalità classiche teorizzate dall'immunologia.



Questo sito utilizza cookie, anche di terze parti, per inviarti pubblicità e servizi in linea con le tue preferenze. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie clicca su "ulteriori informazioni".
Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina o cliccando qualunque suo elemento acconsenti all'uso dei cookie. [Ulteriori informazioni](#) [Ho capito](#)



Fatti Soldi Lavoro Salute Sport Cultura Intrattenimento Magazine Sostenibilità Immediapress Multimedia AKI

Cronaca Politica Esteri Regioni e Province **PA Informa** Video News Tg AdnKronos

Home . Fatti . PA Informa . Economia, affari e finanza . **Pharmacovigilance Joint Action SCOPE: a Londra il primo stakeholder forum**

Fonte: aifa

Pharmacovigilance Joint Action SCOPE: a Londra il primo stakeholder forum

ECONOMIA, AFFARI E FINANZA

Mi piace Condividi Condividi

Publicato il: 28/09/2015 09:46

Si è svolto nei giorni scorsi a Londra, presso la Royal Society of Medicine, il primo stakeholder forum dedicato all'aggiornamento dei partner e dei membri del consorzio sui progressi della Joint Action - Strengthening Collaboration for Operating Pharmacovigilance in Europe (SCOPE), volta a favorire la collaborazione tra gli Stati membri e lo sviluppo e la divulgazione di competenze e best practices a sostegno di un modello di farmacovigilanza unico per tutto il ciclo di vita del medicinale. Il Pharmacovigilance Joint Action SCOPE, iniziato nel novembre del 2013, si propone di supportare le attività di farmacovigilanza in Europa, nel rispetto della nuova legislazione in vigore da luglio 2012, attraverso la condivisione delle competenze tra le Autorità regolatorie degli Stati Membri. Il progetto, promosso dalla Commissione Europea attraverso l' Executive Agency for Health and Consumers, prevede la partecipazione attiva di 24 Paesi Europei e la rappresentanza dell'Agenzia Europa dei Medicinali (EMA), del Comitato di Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza (PRAC), della Società Internazionale di Farmacovigilanza (ISOP), dell'Organizzazione Europea per le Malattie Rare (EURORDIS) e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Guidato dal Regno Unito, SCOPE è diviso in otto Work Packages (WP): l'Ufficio di Farmacovigilanza dell'Agenzia Italiana del Farmaco partecipa come Lead per il WP8 (Lifecycle Pharmacovigilance) e come Active Contributor e Topic Lead nel WP4 (ADR Reporting), nel WP6 (Risk Communications) e nel WP7 (Quality Management Systems). Al forum hanno partecipato, oltre a Helen Lee (DG SANCO) per la Commissione Europea, i rappresentanti di tutte le Autorità coinvolte nella Joint Action (EMA, PRAC, EURORDIS e OMS) e delle Agenzie regolatorie di 24 Paesi Europei. Per **AIFA** era presente la dottoressa Jelena Ivanovic, coordinatore del WP 8 (Lifecycle Pharmacovigilance) che ha presentato la relazione " Strengthening capabilities for benefit risk assessment". L'incontro ha rappresentato una preziosa occasione di interazione e condivisione tra tutti i partner della Joint Action e ha permesso di fare il punto sui progressi compiuti dagli otto WP, consentendo l'aggiornamento in merito ai sondaggi svolti, all'elaborazione di raccomandazioni e linee guida e ad altri strumenti da sviluppare per la promozione di una " good operating pharmacovigilance". Per maggiori informazioni sulla SCOPE Joint Action consultare il sito

Cerca in PA



8,99 €

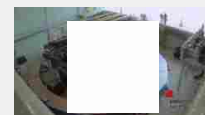
Video



Poliziotto ferito a Napoli, catturato presunto autore del tentato omicidio /Video



Giù dalla montagna con la tuta alare



Come smontare un magnete di 17 tonnellate