

[http://www.adnkronos.com/salute/medicina/2014/09/30/troppe-distrazioni-estive-per-donne-italiane-autunno-boom-visite-ginecologiche\\_059ZryOxsubDRO00kezNPL.html](http://www.adnkronos.com/salute/medicina/2014/09/30/troppe-distrazioni-estive-per-donne-italiane-autunno-boom-visite-ginecologiche_059ZryOxsubDRO00kezNPL.html)

## Troppe 'distrazioni' estive per le donne italiane, in autunno è boom di visite ginecologiche

Adnkronos Salute) - Arriva l'autunno e, con lui, il consueto boom di visite ginecologiche, che registra un +30% rispetto alla media annuale. Le cause? La paura di una gravidanza indesiderata o di una malattia sessualmente trasmessa, conseguenza di qualche 'distrazione' estiva di troppo, soprattutto per le giovani italiane sotto i trent'anni. Ma all'aumento di visite specialistiche, corrisponde anche la richiesta di contraccettivi 'smart', metodi considerati meno rischiosi rispetto a quelli tradizionali e studiati per adattarsi alle esigenze della paziente.

"Quest'anno - afferma Paolo Scollo, presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) in occasione del Congresso Nazionale dei ginecologi, che si concluderà domani a Cagliari - registriamo due fenomeni: una consueta impennata di richieste di intervento per le 'disattenzioni' estive, soprattutto per le under 30. Ma in questi mesi le donne stanno anche richiedendo in misura massiccia il sistema contraccettivo intrauterino più piccolo al mondo (Jaydess). La crescita - continua l'esperto - è del 70% ogni mese a partire da fine maggio. Ma molta strada resta ancora da percorrere. Solo il 16% delle italiane, infatti, sostiene di sentirsi ben informata su tutti i sistemi esistenti, e il nostro Paese registra una delle più basse percentuali di utilizzo di contraccezione ormonale. Per questo la nostra Società scientifica ha promosso un opuscolo rivolto alle donne di tutte le età, che sarà distribuito in tutti i consultori e reparti di ginecologia della Penisola", conclude.

Per Valeria Dubini, consigliere nazionale Sigo, "la contraccezione ormonale è il modo più efficace per proteggersi da una gravidanza indesiderata e attualmente è utilizzata in Italia solo dal 16% delle donne. Il 20% delle italiane non ha mai parlato con il proprio ginecologo di contraccezione, preferendogli interlocutori non qualificati come partner, amiche e parenti. Una su 4 è disposta a cambiare il metodo che utilizza se quello nuovo presenta meno rischi rispetto al precedente. Un sistema 'su misura' e adeguato alle proprie esigenze - prosegue - è il modo migliore per vivere serenamente la propria sessualità".

[http://www.agi.it/borsa/comunicati/notizie/salute\\_sbarca\\_in\\_italia\\_nuovo\\_robot\\_chirurgico\\_da\\_vinci\\_xi-201409261553-fta-rt10142](http://www.agi.it/borsa/comunicati/notizie/salute_sbarca_in_italia_nuovo_robot_chirurgico_da_vinci_xi-201409261553-fta-rt10142)

## Sesso: solo il 16% delle italiane e' informato su contraccezione

(AGI) - Cagliari, 30 set. - Solo il 16% delle italiane dichiara di sentirsi ben informato sui sistemi anticoncezionali disponibili in Italia, dove si registra una delle piu' basse percentuali di utilizzo di contraccezione ormonale. Fa eccezione la Sardegna, che detiene il primato nazionale di uso di sistemi ormonali, come la pillola, scelti da oltre il 30% delle sarde. Un dato che spiega il contenuto numero di mamme adolescenti - 220 con meno di 19 anni nel 2013 - e di aborti, 2.157. Ma quest'estate a settembre, in tutta Italia, e' aumentato del 30% il numero di visite dai ginecologi, in boom che la Sigo, la Societa' italiana di ginecologia e ostetricia che a Cagliari tiene in questi giorni l'89esimo congresso nazionale, spiega con la paura di una gravidanza indesiderata o di malattie sessualmente trasmesse e anche con la richiesta di contraccezione "smart". "Quest'anno registriamo due fenomeni: una consueta impennata di richieste d'intervento per le 'disattenzioni' estive, soprattutto per le under 30; ma in questi mesi le donne stanno richiedendo in misura massiccia Jaydess, il sistema contraccettivo intrauterino piu' piccolo al mondo", spiega da Cagliari Paolo Scollo, presidente della Sigo. "La crescita e' del 70% ogni mese a partire da fine maggio, cioe' da quando e' disponibile anche in Italia".

La Sigo ha promosso un opuscolo "Fai la scelta giusta con la contraccezione smart!" rivolto alle donne di tutte le eta' che sara' distribuito in tutti i consultori e reparti di ginecologia della penisola. In occasione del congresso la societa' rilancia le attivita' di "Scegli Tu", progetto di educazione dei giovani verso comportamenti sessuali responsabili. "Per raggiungere il maggior numero possibile di persone", spiega Scollo, "abbiamo deciso di andare in un luogo da loro molto frequentato: la Rete. Su [www.sceglitu.it](http://www.sceglitu.it) la Sito mette a disposizione i propri esperti che risponderanno online alle domande e ai dubbi di ragazzi e genitori. Abbiamo attivato, infine, una sezione dedicata ai nuovi metodi: [www.contraccezion SMART.it](http://www.contraccezion SMART.it).

"Il 20% delle italiane non ha mai parlato di contraccezione con il proprio ginecologo, preferendogli interlocutori non qualificati come partner, amiche e parenti", sottolinea Valeria Dubini, consigliere nazionale della Sigo. "Una su quattro e' disposta a cambiare il metodo che utilizza, se quello nuovo presenta meno rischi rispetto al precedente".

"I contraccettivi intrauterini - prosegue l'esperta - sono usati attualmente da oltre 160 milioni di donne nel mondo e rappresentano la via di somministrazione più diffusa. Rappresentano un'ottima alternativa per tutte quelle donne che vogliono usufruire dei benefici della contraccezione ormonale ma hanno paura di commettere errori di assunzione. La ricerca medica e scientifica ha portato a dispositivi adatti anche alle donne under 30 e che non hanno mai avuto figli. L'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (Aogoi) si sta occupando della stesura delle linee guida sull'utilizzo", conclude Dubini.

'Le due principali caratteristiche che una donna cerca in un contraccettivo sono l'efficacia e la praticità - spiega Attilio Di Spiezio Sardo, ricercatore dell'Università Federico II di Napoli - E 4 italiane su 10 sono ancora convinte, erroneamente, che la contraccezione ormonale comporti un aumento del peso corporeo. Si tratta di un luogo comune duro a morire", afferma.

<http://www.quotidiano.net/la-contraccezione-intrauterina-1.260666>

## La contraccezione intrauterina

Riflettori puntati sui dispositivi a lento rilascio di basse dosi di progestinico. Tre anni di copertura anticoncezionale, se ne parla al congresso di ostetricia e ginecologia di Cagliari



Nel combo, le dimensioni del dispositivo in utero con immagini tratte dal sito [www.jaydess.com](http://www.jaydess.com)

Cagliari, 30 settembre 2014 - **I principali metodi contraccettivi intrauterini (IUC) sono il sistema a rilascio di progestinico (o IUS) e la spirale al rame (o IUD).** Lo IUS è un dispositivo a forma di T, che presenta nella parte verticale un deposito costituito da una membrana semipermeabile contenente l'ormone. Ogni giorno rilascia localmente una piccola quantità regolare di progestinico. Può rimanere in sede 3- 5 anni, dopodiché viene sostituito. Medicato con ormoni, agisce localmente ispessendo il muco cervicale, impedendo così la risalita degli spermatozoi e prevenendo la fecondazione. L'efficacia contraccettiva di questo metodo è molto alta e superiore a quella dei comuni dispositivi intrauterini. A differenza di questi metodi, inoltre, offre un importante beneficio nel migliorare il dolore mestruale, il flusso abbondante, la dismenorrea e la menorragia presenti già prima dell'inserimento.

**I dispositivi associano i vantaggi dei metodi ormonali**, in termini di elevata efficacia contraccettiva e riduzione del dolore mestruale, alla somministrazione per via intrauterina e quindi locale. Viceversa le spirali al rame possono causare sanguinamenti prolungati e dolorosi. Il sistema intrauterino a rilascio di progestinico: - non protegge da infezioni e malattie sessualmente trasmissibili (come HIV, Chlamydia, Candida, epatite B e C, gonorrea, HPV e sifilide) - può causare infezioni o infiammazioni pelviche e a volte questi disturbi possono determinare una riduzione della fertilità o aumentare il rischio di una gravidanza extra-uterina. Il tubo di inserimento dello IUS è in grado di proteggere il dispositivo da contaminazioni microbiche durante l'operazione di applicazione. L'inseritore è progettato per ridurre al minimo il rischio di infezioni.

**Alcuni studi indicano una minore incidenza di infezioni pelviche** in donne che utilizzano lo IUS rispetto a quelle che adoperano dispositivi intrauterini al rame; - presenta possibili effetti collaterali: i più diffusi sono i cambiamenti o disturbi mestruali (dismenorrea, variazioni del ciclo, flussi abbondanti, spotting). In alcune donne può inoltre provocare mal di testa, acne, tensione mammaria, sbalzi di umore. Tutte queste controindicazioni sono più frequenti durante i primi mesi dall'applicazione e tendono successivamente a scomparire. L'uso di alcuni farmaci può interferire con l'efficacia di questa spirale; - può essere espulso dall'organismo: si tratta di un fenomeno molto raro e può avvenire con maggiore frequenza nei primi tre mesi dall'inserimento. L'espulsione può essere asintomatica o preceduta da chiari segnali come contrazioni o emorragia. In questo caso occorre rivolgersi subito al medico; - deve essere inserito in utero dal ginecologo: solo il personale medico specializzato può svolgere questa operazione. L'inserimento dura pochi minuti e può essere svolto anche a livello ambulatoriale.

**Un sistema intrauterino ormonale a basso dosaggio** come Jaydess (LNG-IUS 13.5mg) si distingue per la durata della sua azione contraccettiva, di tre anni. Perché è smart? È attualmente il più piccolo a disposizione delle donne (28X30 millimetri) e assicura la massima efficacia contraccettiva con il minimo dosaggio possibile di ormoni, rilasciati localmente. Libera la donna dalla routine contraccettiva: il suo utilizzo non richiede un'assunzione giornaliera, settimanale o mensile e quindi nemmeno calcoli o sforzi mnemonici. Di queste tematiche si è parlato a Cagliari in occasione del congresso delle società scientifiche italiane di ostetricia e ginecologia.

**È disponibile in Italia?** Certamente sì, Jaydess è stato approvato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ed è disponibile anche nel nostro Paese. Negli Usa aveva già riscosso un grandissimo successo tanto da diventare il metodo più diffuso tra le donne. Come funziona? È composto da un tubicino flessibile di plastica a forma di T. Attraverso una membrana permeabile Jaydess rilascia direttamente nell'utero una bassa dose di ormone progestinico levonorgestrel (una media di 6 mcg al giorno). In questo modo, a differenza di altre forme di contraccezione, solo piccole quantità di ormone entrano in circolo. Previene una possibile gravidanza in quanto: • provoca un ispessimento del muco cervicale e impedisce allo sperma di raggiungere l'utero e di fecondare un uovo • inibisce lo sviluppo dell'endometrio (il rivestimento dell'utero) • modifica l'ambiente dell'utero e delle Tube di Falloppio, riducendo così la capacità di movimento e funzionamento dello sperma. La donna durante l'uso del dispositivo mantiene l'ovulazione.

**Come viene inserito il dispositivo?** Come per tutti i sistemi intrauterini anche Jaydess deve essere posizionato nell'utero da un ginecologo. Le sue piccole dimensioni rendono l'operazione di inserimento molto facile per il medico e non traumatica per la donna. Quasi tre quarti delle utilizzatrici (72%) hanno segnalato solo un lieve o nessun dolore durante la procedura di collocamento. Inserito, il sistema può rimanere nell'utero fino a tre anni, garantendo un'elevata protezione. Deve essere collocato entro sette giorni dalla comparsa delle mestruazioni. Una volta che la donna decide di interrompere l'utilizzo, lo IUS viene rimosso (sempre dal ginecologo) e ciò comporta un immediato ritorno al livello abituale di fertilità. Jaydess può essere tolto in qualsiasi momento del ciclo mestruale. Una volta che la donna decide di interrompere l'utilizzo, il sistema è rimosso con una semplicissima procedura svolta sempre da un medico specialista. Questo comporta un immediato ritorno alla fertilità e quindi la possibilità fin da subito di incorrere in una gravidanza. Alcune donne rimangono incinte già dopo un mese dalla rimozione.

**Quanto è efficace Jaydess nel prevenire una gravidanza indesiderata?** L'efficienza di un contraccettivo può essere misurata attraverso l'Indice di Pearl, che indica il numero di gravidanze che si verificano in 100 donne che usano un metodo per un anno. Per Jaydess questo è di 0.33: la sua efficacia non dipende dall'aderenza da parte della donna, come succede per gli altri metodi ormonali. Può essere utilizzato da tutte le donne? Le sue dimensioni molto ridotte e la bassa dose ormonale rilasciata a livello locale rendono Jaydess un sistema intrauterino che può essere usato (salvo rare eccezioni) da tutte le donne in età fertile, sia nullipare che non nullipare. Alcuni possibili effetti collaterali (comuni a quelli degli altri IUS) sono mal di testa, iniziale dolore addominale o pelvico e leggero sanguinamento irregolare nei primi mesi dall'inserimento.

Alessandro Malpelo

[http://www.repubblica.it/salute/benessere-donna/contraccezione/2014/09/30/news/contraccezione\\_progetto\\_dei\\_ginecologi\\_per\\_le\\_scuole-97000875/](http://www.repubblica.it/salute/benessere-donna/contraccezione/2014/09/30/news/contraccezione_progetto_dei_ginecologi_per_le_scuole-97000875/)

## Contracezione, il progetto dei ginecologi: "Informazione e prevenzione a scuola"

Presentata al congresso nazionale di Cagliari l'iniziativa che sarà proposta al ministero dell'Istruzione e che mira a informare le ragazze su tutti gli aspetti della contraccezione e sulle malattie sessualmente trasmesse. Gli specialisti registrano il successo di novità come lo IUD, in crescita costante dalla sua autorizzazione in Italia, quattro mesi fa

di CECILIA RANZA

I ginecologi italiani si preparano a proporre al ministero dell'Istruzione un progetto scolastico di educazione riproduttiva, mirato alla prevenzione in tutte le sue declinazioni: prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, prevenzione delle gravidanze indesiderate, informazione sui referenti certificati di buona salute. Lo hanno annunciato a Cagliari, durante il Congresso nazionale che li riunisce tutti (ospedalieri, universitari, consultoriali e del territorio) fino a domani. È una delle risposte forti a un'esigenza non prorogabile, se si pensa che il 20% delle italiane, secondo un'indagine presentata oggi, ancora dichiara di non aver mai affrontato con il proprio ginecologo il tema contraccezione, fidandosi del passaparola tra amiche o parenti ritenute fidate.

In attesa delle risposte ministeriali, però, si percorre la via più diretta del web: dal sito stesso della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) si accede infatti a ScegliTu ([www.sceglitu.it](http://www.sceglitu.it)), rivolto in prima battuta alle fasce d'età che si affacciano alla vita sessuale, senza perdere di vista le esigenze degli anni successivi. Proprio in tema contraccettivo, però, l'indagine stessa mette in luce l'esistenza di un 25% di donne che, già utilizzatrici di un contraccettivo, sarebbero disposte a scegliere un metodo diverso, se fossero certe dei suoi vantaggi.

"È il riconoscimento della capacità del ginecologo di instaurare un dialogo ottimale con le donne. Ecco perché dobbiamo intercettare le italiane che ancora sfuggono" sottolinea Paolo Scollo, presidente della Sigo. Ecco perché non ha stupito l'ottima risposta ottenuta dallo IUD (Intra Uterine Device), dispositivo intrauterino mini medicato (a rilascio costante di levonorgestrel), a soli quattro mesi dalla sua approvazione in Italia. È una conferma del successo ottenuto nel resto del mondo, per i numeri delle richieste e per i riscontri di soddisfazione e sicurezza. "Pur essendo un metodo contraccettivo così recente, questo IUD ha ottenuto un successo notevole, con una media del 70% di inserimenti in più ogni mese da fine maggio - afferma Scollo - . E non poteva essere altrimenti: dalla sua ha vantaggi innegabili e dimostrati".

Li riassume Valeria Dubini, consigliere nazionale Sigo: "Dimensioni minime (28 x 30 mm) che ne permettono l'applicazione anche nelle più giovani e in chi non ha mai partorito, in soli due minuti. Efficacia contraccettiva immediata e superiore a quella degli estrogeni (pillola), perché libera la donna dalla routine contraccettiva quotidiana. Meccanismo d'azione, con ispessimento del muco cervicale, che non solo blocca la risalita degli spermatozoi, ma minimizza anche il rischio di malattia infiammatoria pelvica". Ridotte sono inoltre durata e volume mestruale: "Così si abbattano il dolore e le anemie da menometrorragie, legate a filo doppio con esaurimento psicofisico, assenza di energia, caduta dell'attenzione, difficoltà di memorizzazione, ansia, depressione" prosegue Dubini.

Attilio Di Spiezio Sardo, dell'Università Federico II di Napoli, aggiunge: "Non c'è rame in questo IUD, quindi non c'è rischio di sanguinamento. Non c'è rischio di aumento di peso. Il ritorno alla fertilità è immediato dopo la rimozione. Infine, l'uso è ottimale anche in età perimenopausale, perché il rilascio costante di levonorgestrel è positivo, in un momento di forti fluttuazioni ormonali". Anche in Sardegna, regione tradizionalmente leader italiana per il ricorso alla pillola (30% circa delle donne), il nuovo IUD è stato accolto con favore. "La disponibilità di più metodi ad alta affidabilità è la condizione indispensabile per garantire la contraccezione più adatta a ciascuna donna - dice Gian Benedetto Melis, direttore della Clinica ostetrica e ginecologica dell'Università di Cagliari - . Intendo dire che chi si trova bene con la pillola e non ha problemi non deve cambiare. Alla ragazza che si affaccia per la prima volta alla contraccezione, invece, si può proporre in piena tranquillità questa opzione, altrettanto valida per la donna che, per motivi contingenti, vuole o deve cambiare metodo contraccettivo".

La disponibilità dello IUD mini medicato, con gli indubbi vantaggi di inserimento e la sicurezza d'uso, è stata senz'altro uno dei moventi per la stesura delle linee-guida Sigo sulla contraccezione intrauterina: "Dovremmo approvarle nelle prossime settimane - conclude Paolo Scollo - e certamente saranno disponibili per tutti i ginecologi a inizio 2015. Saranno poi adattate anche per fornire un'informazione aggiornata anche al pubblico".

(30 SETTEMBRE 2014)

# quotidianosanita.it

Martedì 30 SETTEMBRE 2014

## Rapporto Pit Salute 2014. La salute costa troppo, i cittadini rinunciano alle cure

***Le difficoltà di accesso alle prestazioni, ma soprattutto l'eccessivo peso dei ticket e spingono i cittadini a rinunciare alle cure e a sacrificare la propria salute. I lunghi tempi di attesa continuano a rimanere la preoccupazione principale. Scendono invece le segnalazioni sulla presunta malpractice. È quanto emerge dal XVII Rapporto del Tdm Cittadinanzattiva***

Non sono solo le lunghissime attese per ricevere una prestazione con il Ssn a sfiancare i cittadini al punto di rinunciare a curarsi. Ora c'è un nuovo spettro che avanza prepotentemente e si chiama "ticket". I loro costi elevati e in particolare gli aumenti di quelli per specialistica e diagnostica sono diventati per molti cittadini un ostacolo insormontabile che li allontana dalla possibilità di accedere alle cure. E il problema è avvertito ogni giorno di più, tant'è che in un anno il numero di persone che puntano il dito verso spese troppo alte è cresciuto di 20 punti percentuale. Ma anche l'assistenza territoriale incassa giudizi critici dai cittadini.

A disegnare i contorni dei bisogni soddisfatti e di quelli inevasi dei cittadini è la 17ª edizione del Rapporto Pit Salute "(Sanità) in cerca di cura", presentato oggi a Roma dal Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva. Un rapporto dal quale emerge con grande evidenza che le difficoltà economiche, i costi crescenti dei servizi sanitari e le difficoltà di accesso spingono i cittadini a rinunciare alle cure e a sacrificare la propria salute.

Su oltre 24mila segnalazioni giunte nel 2013 ai Pitl salute nazionale e regionali e alle sedi locali del Tdm, quasi un quarto (23,7%, +5,3% rispetto al 2012) riguarda le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie determinate da liste di attesa (58,3%, -16% sul 2012), peso dei ticket (31,4%, +21%) e dall'intramoenia insostenibile (10,1%, - 5,3%). Al secondo posto delle problematiche segnalate dai cittadini ci sono le criticità dell'assistenza territoriale. Mentre i casi di presunta malpractice diminuiscono di 2 punti percentuale.

**Il problema ticket.** Sono il secondo ostacolo all'accesso alle prestazioni, dopo le liste d'attesa, in forte aumento di più di 20 punti in percentuale dal 10,3% del 2012 al 31,4% del 2013. In questo ambito, quasi la metà (44%) dei cittadini contatta Cittadinanzattiva per i costi elevati e gli aumenti dei ticket per specialistica e diagnostica, il 34,4% per avere informazioni sull'esenzione dal ticket, il 12,9% sul perché alcune prestazioni siano erogate a costo pieno (e non solo con il ticket) e l'8,6% sulla mancata applicazione dell'esenzione.

**I costi.** Nell'ultimo anno, il valore pro-capite della spesa sanitaria privata si è ridotto da 491 a 458 euro all'anno e le famiglie italiane hanno dovuto rinunciare complessivamente a 6,9 milioni di prestazioni mediche private. Dopo il restringimento del welfare pubblico, anche il welfare privato familiare comincia a mostrare segni di cedimento. Tra il 2007 e il 2013 la spesa sanitaria pubblica è rimasta praticamente invariata (+0,6% in termini reali) a causa della stretta sui conti pubblici. È aumentata, al contrario, la spesa di tasca propria delle famiglie (out of pocket): +9,2% tra il 2007 e il 2012, per poi ridursi del 5,7% nel 2013 a 26,9 miliardi di euro. Tre miliardi gli euro spesi dagli italiani per ticket sanitari nel 2013, con un incremento del 25% dal 2010 al 2013 (Corte dei Conti). Oltre il 13% delle segnalazioni riguarda costi a carico dei cittadini per accedere a prestazioni sanitarie. Tra le voci di spesa "out of pocket" ci sono quelle sostenute per l'acquisto di farmaci e per le

prestazioni in intramoenia. Poi quelle per pagare i ticket di esami diagnostici e visite specialistiche. In particolare i costi medi sostenuti in un anno da una famiglia sono di: 650 euro per farmaci necessari e non rimborsati dal Ssn; 901 euro per parafarmaci (integratori alimentari, lacrime artificiali, pomate, etc.); 7.390 euro per strutture residenziali o semi-residenziali; 9.082 euro per l'eventuale badante; 1070 euro per visite specialistiche e riabilitative; 537 euro per protesi e ausili; 737 per dispositivi medici monouso, vale a dire pannoloni, cateteri, materiali per stomie.

**I lunghi tempi di attesa.** In testa alla classifica delle criticità segnalate dai cittadini ci sono le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie. E tra le tante difficoltà i lunghi tempi di attesa continuano a rimanere in vetta alle preoccupazioni dei cittadini: a lamentare le liste di attesa è il 58,5%, quasi ugualmente ripartite fra esami diagnostici (34,1%), visite specialistiche (31,4%) e interventi chirurgici (27,1%).

Nella classifica dei tempi di attesa per esami diagnostici al primo posto figura la mammografia per la quale si può aspettare fin a 14 mesi. Ma non va meglio per Moc o Tac, in questo caso le attese arrivano ad un anno. Si aspetta fino a 11 mesi per una Colonscopia, 10 mesi per l'Ecodoppler e 9 mesi per Risonanza magnetica, Ecocardiogramma/Elettrocardiogramma e otto mesi per un'Ecografia. I tempi si allungano per le visite specialistiche si arriva ad aspettare fino a 20 mesi per una visita psichiatrica. Nove mesi per una visita Oculistica, 7 mesi per quella cardiologica e ortopedica, per l'oncologica si attendono 6 mesi. Si aspetta infino fino a due anni per un intervento di ernia discale o un intervento alle varici, un anno per una protesi ginocchia.

**Assistenza territoriale.** Al secondo posto, tra i problemi lamentati dai cittadini figura la grave situazione dell'assistenza territoriale (15,6%, in lieve aumento rispetto all'anno precedente); in particolare le segnalazioni riguardano l'assistenza ricevuta da medici di base e pediatri di libera scelta (il 25,7% delle segnalazioni, +2,3%). I motivi? I cittadini si vedono negata una visita a domicilio o il rilascio di una prescrizione; la riabilitazione (20,3%, +6,7%), in particolare per i disagi legati alla mancanza o scarsa qualità del servizio in ospedale o alla difficoltà nell'attivazione di quello a domicilio; l'assistenza residenziale (17,3%, invariato rispetto al 2012).

**Scendono le segnalazioni sulla presunta malpractice.** Dopo essere stato per anni il primo problema per i cittadini, la presunta malpractice rappresenta la terza voce di segnalazione (15,5% delle segnalazioni nel 2013 vs al 17,7% del 2012). Sarà anche questo un effetto delle difficoltà di accesso ai servizi? Pesano ancora in modo preponderante in questa area i presunti errori terapeutici e diagnostici (66%, ossia i due terzi delle segnalazioni, +9% sul 2012); seguiti dalle condizioni delle strutture (16%, -7%), dalle disattenzioni del personale sanitario (10,4%, -2,1%), dalle infezioni nosocomiali e da sangue infetto (3,8%). In ambito terapeutico, i presunti errori riguardano in particolare l'area ortopedica (33,4%, +1,3%) e la chirurgia generale (16,8%, +5,6%); in ambito diagnostico, in particolare l'area oncologica (25,6%, -1,7%) e l'ortopedia (19,4%, +5,1%).

**Le segnalazioni sull'assistenza ospedaliera** passano dal 9,9% del 2012 al 13,1% del 2013. In questo ambito, crescono soprattutto le segnalazioni inerenti l'area dell'emergenza urgenza (dal 40% al 47,7%): l'attesa per l'accesso alla prestazione è il più rilevante dei problemi, ed è ritenuta eccessiva nel 40,7% dei contatti (38,4% nel 2012); seguono le segnalazioni per assegnazione non chiara del codice di triage: 30,9% nel 2013 (34,4% nel 2012), quindi i ritardi nell'arrivo delle ambulanze (15,4%); e per finire le segnalazioni di ticket per il pronto soccorso (13%).

Italiani in fuga dalla sanità pubblica: è l'allarme lanciato da Cittadinanzattiva-Tribunale diritti del malato. Ticket troppo cari, liste d'attesa infinite: 2 anni per un intervento all'ernia del disco, 6 mesi per i calcoli renali

# Cure, tre su dieci rinunciano

**Marco Giovannelli**

## IL CASO

**D**ue anni per un intervento all'ernia del disco, 20 mesi per una visita psichiatrica, 14 mesi per una mammografia. E poi il pagamento del ticket per l'assistenza. Sempre più italiani non si curano: colpa della crisi economica che svuota le tasche insieme ai costi crescenti dei servizi sanitari e colpa anche delle liste d'attesa che spesso scoraggiano chi ha bisogno di visite specialistiche, analisi e indagini diagnostiche. Un quadro cupo che emerge dall'analisi del 17° rapporto Pit salute elaborato da Cittadinanzattiva-tribunale per i diritti del malato. Una analisi impietosa attraverso 24 mila segnalazioni. Quasi un quarto delle lamentele indica le liste di attesa. Il costo del ticket contribuisce invece ad allontanare il paziente dalle cure per il 31,4% (con un aumento di dieci punti percentuali rispetto alla precedente rilevazione). Infine c'è un abbandono netto dell'intramoenia, troppo cara.

## I RITARDI

Il primo scoglio contro il quale il paziente si imbatte è l'imbuto tra malattie e cure che viene avvertito dal 58,5% delle persone che si sono rivolte a Cittadinanzattiva per segnalare i ritardi della sanità pubblica nell'erogare esami diagnostici (34,1%), visite specialistiche (31,4%) e interventi chirurgici (27,1%). Il secondo ostacolo è rappresentato dal ticket. Quasi la metà (44%) dei cittadini denuncia costi elevati e aumenti per specialistica e diagnostica. «Abbiamo bisogno - spiega Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tdm - di un sistema sanitario pubblico che offra le risposte giuste al momento giusto. Dobbiamo ridurre i ticket, scongiurare tagli al Fondo sanitario e governare seriamente i tempi di attesa. In alcuni settori i miglioramenti ci sono ma

si tratta di cittadini che hanno abbandonato il pubblico per il privato». «Questa politica disennata sta spostando pazienti e introiti dal pubblico al privato perché è più conveniente» spiega Costantino Troise, segretario Anaa, Associazione che riunisce i medici ospedalieri.

## IN OSPEDALE

I cittadini avvertono un peggioramento dell'assistenza ospedaliera (dal 9,9% del 2012 al 13,1% del 2013). In particolare i problemi scoppiano nei pronto soccorso con attese snervanti a per l'accesso alla prestazione. Sotto accusa anche i ritardi nell'arrivo delle ambulanze (15,4%) e come sempre il pagamento del ticket anche per la medicina d'urgenza (13%). Se l'approccio con gli ospedali è difficile, non è migliore il confronto con l'assistenza territoriale che non piace al 15,6% dei cittadini che hanno segnalato disguidi e problemi. È sempre più difficile il rapporto con il medico di base e i pediatri di libera scelta (il 25,7% delle segnalazioni, +2,3%) soprattutto perché i cittadini si vedono negata una visita a domicilio o il rilascio di una prescrizione. Complicata se non impossibile è la riabilitazione (20,3% delle denunce, +6,7%), in particolare per i disagi legati alla mancanza o scarsa qualità del servizio in ospedale o alla difficoltà nell'attivazione di quello a domicilio.

## I FARMACI

Dalle segnalazioni di cittadini e associazioni di pazienti al Tribunale per i diritti del malato, emergono alcuni costi medi sostenuti in un anno da una famiglia: 650 euro per farmaci necessari e non rimborsati, 901 euro per parafarmaci (integratori alimentari, lacrime artificiali, pomate), 1.070 euro per visite specialistiche e riabilitative, 537 euro per protesi e ausili, 737 euro per dispositivi medici monouso: pannolini, cateteri, materiali per stomie.

**«PAZIENTI E INTROITI SI SPOSTANO DAL PUBBLICO AL PRIVATO»**

Costantino Troise  
segretario Anaa

## I tempi

Mesi d'attesa per prestazioni ospedaliere secondo il Rapporto PIT Salute 2014 di Cittadinanzattiva



ANSA ©Centimetri

**Il rapporto sulla Sanità**

## Attese per le cure e problemi con i ticket

**650**

Sono gli euro spesi in media da ogni famiglia per farmaci necessari e non rimborsati

**ROMA** È per i cittadini il maggior ostacolo verso una serena ed efficace fruizione del servizio sanitario pubblico. Il ticket. E se alla prospettiva di partecipare alla spesa si aggiunge la lunghezza delle liste di attesa, la fuga verso il privato o addirittura la rinuncia alle cure diventano una soluzione sempre più praticata. Di nuovo negativo, ma con indizi di miglioramento, il rapporto Pit Salute elaborato dal Tribunale per i diritti del malato. Su oltre 24 mila segnalazioni raccolte dai 260 sportelli in ospedale, una su quattro (23,7%) riguarda la difficoltà di usufruire delle

prestazioni sanitarie. In 6 casi su 10 le attese sono la principale causa di allontanamento, seguite da insostenibilità dei ticket (31%) e costi alti dell'intramoenia (10,1%) cioè l'alternativa costituita dalla possibilità di ricevere le stesse cure a pagamento. Però c'è anche un po' di luce. Scese del 16%, rispetto al rapporto precedenti, le lamentele sulle liste. A parte le situazioni estreme: 2 anni per un intervento di ernia al disco, 14 per una mammografia, 20 mesi per una visita psichiatrica.

**Margherita De Bac**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# “Poco sport, meno figli e così si diffonde il tumore al seno”

**Umberto Veronesi**  
Oncologo

RUOLO: È DIRETTORE SCIENTIFICO EMERITO DELL'IEO DI MILANO

STEFANO RIZZATO

**P**oca consapevolezza e poca prevenzione, gli stili di vita sbagliati, il calo del numero di gravidanze. La strada per sconfiggere il tumore al seno e per la mortalità zero passa per tre barriere. Tutte alte e difficili da abbattere. Perché la sfida si gioca nei laboratori e nella ricerca di nuove cure, ma non solo. Anche la società e i suoi mutamenti hanno un impatto decisivo, in positivo e in negativo. «Nel dopoguerra i tumori al seno non erano frequenti. Poi sono esplosi e c'è un motivo: le donne fanno molti meno figli. Prima le gravidanze frequenti e l'allattamento tenevano le ghiandole mammarie in continua attività. Ora questo non avviene più, il seno è un organo fragile perché si trova in stato di disarmo».

A spiegarlo è Umberto Veronesi, oncologo che al cancro della mammella ha dedicato una lunga carriera e che oggi avverte: «È necessario trovare un modo per favorire la maternità. È una battaglia difficile, perché il cosiddetto progresso è un carro armato che schiaccia tutto. Ma i tumori si possono combattere e sconfiggere. È successo con quello dell'utero, grazie al Pap test, e ora è arrivato il momento del cancro al seno».

L'occasione per rilanciare la battaglia viene, come sempre, da ottobre: il mese dedicato alla cura e alla prevenzione sul tumore al seno. A inaugurarci ha pensato ieri la Fondazione Veronesi, con una conferenza milanese nell'ambito del progetto «Pink is good». Un incontro che ha ricordato un altro enorme difetto a livello di prevenzione: la scarsa conoscenza del nemico. Secondo

un'indagine di AstraRicerche, ad essere davvero al corrente di sintomi e dinamiche del cancro femminile più diffuso è meno della metà delle italiane.

Un paradosso, di fronte ai progressi a livello di diagnosi precoce e cura. «Se il cancro è identificato in fase preclinica, quando non dà sintomi evidenti ed è al di sotto di un centimetro di dimensione, le probabilità di guarigione sono del 98%», ha spiegato Paolo Veronesi, presidente della Fondazione. «In Italia i nuovi casi sono 46 mila ogni anno, circa quattro ogni ora. Ma appena il 56% delle donne svolge con regolarità gli esami fondamentali per la diagnosi precoce. Invece già dai 30-35 anni si deve fare un'ecografia mammaria ogni anno. Poi, dai 40 anni, anche una mammografia ogni 12 mesi».

L'altro grande fronte è quello degli stili di vita e anche qui solo il 56% delle donne intervistate sa che a contribuire al rischio di contrarre il tumore al seno sono le abitudini scorrette. Alimentazione sbagliata, eccesso di alcol, fumo e la vita

sedentaria. «L'attività fisica è uno dei capisaldi di questa prevenzione», dice Chiara Segré, supervisore scientifico della Fondazione Veronesi. «Fare sport riduce del 12% il rischio di ammalarsi di tumore al seno. E conta anche per le donne cui il cancro è stato diagnosticato, perché riduce il rischio di recidive e diminuisce la mortalità di oltre il 50%».

A correre è anche la ricerca e nel 2014 la Fondazione Veronesi ha finanziato il lavoro di 28 specialisti. Tra questi c'è Sergio Occhipinti, biotecnologo presso il CeRNM di Torino, che ha passato l'ultimo anno a esplorare le frontiere dell'immunoterapia contro il cancro al seno. «L'obiettivo - spiega - è sostituire la chemioterapia con metodi più intelligenti, che supportino il sistema immunitario contro l'attacco del tumore. Per farlo bisogna trovare i bersagli biologici giusti. I miei studi dicono che le mutazioni delle cellule tumorali di tipo "Her" potrebbero essere uno di questi, perché il sistema immunitario ha le potenzialità per combatterle. Per aiutarlo potrebbe bastare un vaccino».

## Maratona di New York

Al via il team rosa delle pazienti

Da una diagnosi terribile alla maratona di New York. A fare il grande passo - anzi, a farne migliaia - sono in 10. Un team rosa, fatto di donne che hanno scelto di combattere il tumore al seno con un alleato fondamentale in più: lo sport. Il 2 novembre saranno al via della maratona più importan-

te al mondo, simboli in movimento della lotta contro il cancro. Il progetto - #NOTHINGstopsPINK - ha coinvolto in realtà 38 pazienti, che hanno trovato nella corsa una terapia complementare, in linea con le ultime indicazioni sul rapporto tra l'attività fisica e il tumore al seno.





## Articoli correlati

Leucemia, contro alcune forme arsenico più efficac...

Un nuovo farmaco anti diabete può preservare le ce...

Individuata una spia precoce del rischio di ricadu...

Individuata la 'droga' dei tumori: li aiuta a nasc...

Tumori, chiarita la genesi delle cellule staminali...

## Tumore al pancreas, la vitamina D "modificata" apre le porte a nuove cure



Arriva una speranza concreta contro il cancro del pancreas, uno dei tumori più letali: scienziati Usa hanno scoperto che una molecola ottenuta dalla vitamina D potenzia gli effetti della chemioterapia contro questo tumore aumentando - secondo i risultati ottenuti in animali - del 50% i tassi di sopravvivenza. Pubblicati sulla rivista Cell, i risultati sui topolini sono così buoni che è stata già avviata una sperimentazione clinica per testare il derivato della vitamina D su pazienti. Lo studio è stato condotto da Ronald Evans del **Salk Institute di La Jolla**. Il segreto del derivato della vitamina D è che favorisce la penetrazione dei farmaci all'interno del tumore, rendendoli più efficaci.

**Facilita accesso a chemio potenziandone efficacia** - Il tumore del pancreas - circa 6000 casi l'anno in Italia - è uno dei più letali: praticamente asintomatico, viene difficilmente diagnosticato in fase precoce, per cui la diagnosi arriva spesso quando la malattia è già estesa ed ha iniziato a diffondersi agli organi vicini, quindi è difficile da guarire. Oggi questa neoplasia si cura soprattutto chirurgicamente ma la mortalità associata all'intervento resta alta. I chemioterapici sono poco efficaci in quanto non riescono a penetrare in profondità nel tumore. I farmaci sono bloccati da uno scudo di cellule cosiddette stellate che favoriscono la crescita tumorale.

**Così gli scienziati sono riusciti a lasciare nudo il tumore** - Ebbene Evans ha scoperto che queste cellule stellate sono tappezzate di "interruttori" specifici per la vitamina D e che quando questa si lega ad essi le cellule stellate si disattivano lasciando il tumore "nudo" e più esposto ai farmaci. Evans ha infine compreso che bisogna usare un derivato della vitamina D per ottenere risultati veramente apprezzabili e adesso è già in corso presso la University of Pennsylvania una sperimentazione clinica con questo derivato.

29 settembre 2014

Redazione Tiscali

Diventa fan di Tiscali su Facebook



111mila



## Da non perdere



**Gondolieri donano 30mila euro a Veronesi**



**Umberto Veronesi lascia l'Istituto europeo di...**



**Acerbi torna in A dopo il tumore**



**Australia, A Melbourne un pesciolino rosso operato di...**

## Shopping



**Festival della fotografia, scegli la tua macchina**

Vedi

Forebase Voting Planet

Ti ritieni una persona felice?

Tiscali Socialnews | Commenti (0)

Leggi la Netiquette

# Roma

## Dove l'ecografia va prenotata prima di rimanere incinta

ROMA

Mariana V, 29 anni, è alla sua prima gravidanza. Felice di avere un bambino, felice, lei romena, di stare in Italia dove è garantita l'assistenza. È in regola, ha la tessera sanitaria, il diritto ad essere assistita. Come fosse un'italiana. Il medico le dice che deve fare un'ecografia fetoplacentare alla dodicesima settimana.

Tutto chiaro, sembra facile. Chiama il centro unico di prenotazione del Lazio. Le risponde una gentile signorina che quando sente la domanda non si trattiene dal ridere. «Signora ma è impossibile farla prima della fine di febbraio, doveva chiamare prima».

«Chiamare prima quando? - insiste Mariana -. Sono all'ottava settimana di



### Pronto soccorso

Il Policlinico Umberto I di Roma, (foto) ha 1.200 posti letto

gravidanza, ho appena saputo di aspettare un bambino. E adesso come faccio?». Dall'altra parte una stentata comprensione: «La capisco, ma

che cosa vuole, qui le cose stanno così. Prenoti per la prossima gravidanza».

Eh sì, il calcolo è presto fatto: se l'attesa per una ecografia in gravidanza è mediamente di cinque mesi, questo significa che una donna che ne ha bisogno dovrebbe prenotare due mesi prima di rimanere incinta.

Così Mariana cerca un centro convenzionato ma è una caccia al tesoro. Nel privato deve spendere 120 euro. «Ma per me è una spesa enorme. Continuerò a cercare. Intanto prenoto l'ultima ecografia, quella precedente al parto, per valutare la crescita. E spero che ci sia posto».

Mariana pensava che in Italia le cose andassero in maniera diversa. Anche il ginecologo pubblico in cui è incappata le ha detto chiaramente che se vuole avere lui in sala parto deve fare le visite privatamente, pagandole.

Altrimenti, si va al pronto soccorso e si partorisce con l'assistenza di chi è di turno. «Ma non è dappertutto la stessa cosa in Italia, una mia amica che sta a Firenze dice che non ha avuto nessun problema. Se si può, mi conviene cambiare regione per gli accertamenti. Pago il viaggio ma almeno ho la prestazione». [M. COR.]



# Un robot aiuta i bimbi disabili a camminare di nuovo

**HA MOTORI ALLE GIUNTURE E BATTERIE RICARICABILI SI CHIAMA REWALK ED È IN ATTIVITÀ AL BAMBINO GESÙ LA RIABILITAZIONE**

**I**ncidenti stradali, infortuni sul lavoro: in Italia se ne contano circa 1800 l'anno. Ottantamila le persone che, dopo il trauma, non riescono più a camminare. Per molte di loro è impossibile anche sperare di poter stare in piedi.

Gli esiti di una sperimentazione su nuovi apparecchi per riprendere la deambulazione, avviata qualche anno fa sui bambini al Bambino Gesù di Roma (nelle sedi di Palidoro e Santa Marinella) comincia a dare risultati concreti. Proprio in questi giorni a Roma, durante la Conferenza Mondiale sull'Analisi del movimento organizzata dall'ospedale pediatrico all'Angelicum Pontificia con 320 esperti da tutto il mondo, sono stati presentati i vari casi e gli effetti sul camminare. Oggetto dello studio, il ReWalk, ovvero un apparecchio con motori alle giunture e batterie ricaricabili. Un insieme di sensori e un sistema di controllo computerizzato che si indossa sopra gli abiti degli arti inferiori e con il quale, bambini e ragazzi, con disabilità possono tornare a camminare.

## IL CONGEGNO

ReWalk, è la prima volta,

senza alcun tipo di aiuto, permette di mettersi in piedi, di deambulare e di salire le scale con un'autonomia di alcune ore. La sede di Santa Marinella del Bambino Gesù, con il suo MARLab, il laboratorio di robotica e analisi del movimento, è divenuto in poco tempo punto di riferimento a livello internazionale per aver creato un avamposto delle conoscenze scientifiche applicate alla neuro riabilitazione pediatrica. L'unico centro al mondo in cui l'apparecchio viene utilizzato con pazienti under18. «La riabilitazione con dispositivi robotici, come Lokomat, Anklebot, Wake-up e Re-Walk è una nuova opportunità di trattamento che, con un approccio simile ad un video-game, aumenta la motivazione al trattamento dei bambini e appare in grado di attivare la plasticità cerebrale alla base del recupero funzionale» spiega Enrico Castelli, responsabile della neuro riabilitazione pediatrica del Bambino Gesù.

## LA COLLABORAZIONE

«I nostri strumenti - afferma Maurizio Petrarca, responsabile del MarLab - ci permettono di affrontare sfide importanti, che riguardano bambini con danno cerebrale e disturbi del movimento difficilmente catalogabili. La conferenza che si svolge fino a domenica vede impegnati medici, ingegneri, fisioterapisti: tutti vogliono studiare lo stesso argomento, ma da punti di partenza tra loro differenti» conclude Petrarca.

**Francesca Filippi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**GLI ESERCIZI**  
Nella sede di Santa Marinella il MARLab, laboratorio di robotica e analisi del movimento



# I 4 parametri per la sclerosi

## Le nuove speranze terapeutiche

### NEUROLOGIA

DANIELE BANFI

**M**eno di 50 anni fa la diagnosi equivaleva ad una condanna alla sedia a rotelle. Oggi grazie alle tecniche diagnostiche e a farmaci sempre più mirati la sclerosi multipla - patologia autoimmune che colpisce 2 milioni di persone nel mondo - comincia a fare meno paura. Anche se guarire non è possibile, fermarla non è più utopia.

Spiega Ludwig Kappos, neurologo della University Hospital di Basilea: «Il sistema immunitario produce anticorpi che distruggono la mielina, la sostanza che isola le cellule nervose e consente la corretta conduzione degli impulsi nervosi». Se questa è danneggiata, la velocità con cui i neuroni comunicano è 100 volte inferiore rispetto alla norma. Ciò si traduce in un peggioramento sia delle performance cognitive sia di quelle motorie. Intervenire il prima possibi-

le è quindi fondamentale. «È importante monitorare l'evoluzione della malattia in modo da stabilire l'efficacia delle cure. Al momento sono tre i parametri: la presenza di recidive, il numero di lesioni a livello cerebrale misurate con risonanza magnetica e la progressione della disabilità. C'è poi un ulteriore parametro, sempre più importante: la riduzione di volume cerebrale».

Intanto sono molti i farmaci sviluppati per frenare la malattia: uno è fingolimod, già testato su oltre 100 pazienti. Agisce in modo duplice: impedisce alle cellule che causano infiammazioni localizzate di raggiungere il cervello e penetra nel sistema nervoso centrale, riducendo il danno già diffuso.

Quanto al fronte della ricerca, ci si concentra sui meccanismi della patologia, come il coinvolgimento di una molecola secreta dalle cellule del sistema immunitario (IL-17). Un bersaglio su cui «Big Pharma» ha cominciato a lavorare. E - ulteriore frontiera - proseguono gli studi sul possibile utilizzo di staminali nella rigenerazione dei tessuti danneggiati.

**Ludwig Kappos**  
 Neurologo

**RUOLO:** È LEADER DEL GRUPPO DI RICERCA IN NEUROIMMUNOLOGIA PRESSO LO UNIVERSITY HOSPITAL DI BASILEA (SVIZZERA)



I GUAI DI NCD

Concorsi pilotati la Lorenzin sotto accusa  
**Fabrizio de Feo**

a pagina 8

I numeri

59

Sono i seggi in Parlamento del Nuovo centrodestra di cui 27 alla Camera dei deputati e 32 al Senato

1.202.350

Sono i voti ottenuti alle ultime elezioni europee di maggio dal Nuovo centrodestra alleato con l'Udc

2

Sono le volte in cui Beatrice Lorenzin è stata eletta alla Camera dei deputati e ha ottenuto l'incarico di ministro

# Concorsi pilotati, Lorenzin sotto accusa

*I bandi per alti dirigenti sarebbero stati cuciti su misura per due uomini di fiducia. Il ministero della Salute: tutto regolare*

**Fabrizio de Feo**

**Roma** Il ministero della Salute completa il suo organigramma e procede ad alcune nomine pesanti. Una plancia di comando, quella del dicastero guidato da Beatrice Lorenzin, in cui approdano come nuovo capo della direzione Prevenzione Raniero Guerra, e Renato Botti alla Programmazione. Sui criteri di nomina, però, si apre una polemica a causa di un «esperimento» messo in campo dal *fattoquotidiano.it*.

La redazione online diretta da Peter Gomez ha esaminato tempo fa il bando notando che i requisiti per i due nuovi direttori generali apparivano troppo specifici e tali da «adattarsi, in apparenza, solo a due nomi». «Per questo, mentre il concorso era ancora aperto, abbiamo depositato presso un notaio una scrittura con la previsione dell'esito». Una «scommessa» consegnata molto tempo pri-

ma della nomina - in data 1 agosto - e certificata da un controllore terzo. Risultato: perfetta coincidenza tra previsione e realtà, con la nomina dei dirigenti indicati nella busta: Botti e Guerra.

Il quotidiano online fa notare come i due incarichi non facciano parte di quelli fiduciari su cui è possibile da parte del ministro procedere a chiamata diretta. È, invece, prevista una selezione pubblica in cui il ministero può indicare i requisiti necessari per il ruolo. Una procedura che consente di circoscrivere il campo ed escludere in partenza potenziali concorrenti. Il quotidiano sposa questa tesi con convinzione. E fa notare come per la prima volta il bando abbia richiesto per il Dg Programmazione un titolo di studio in campo economico, ovvero quello del futuro vincitore.

La replica che arriva da fonti del ministero respinge ogni addebito. «Si tratta di nomine conseguenti a un riordino a cui il mi-

nistro doveva procedere obbligatoriamente. L'interpello ha avuto evidenza pubblica, tutto è stato pubblicato sul sito. Stiamo parlando di nomine che non avranno aggravio aggiuntivo per lo Stato, al contrario di quanto viene scritto. Anzi Guerri rispetta al precedente incarico di consigliere scientifico d'ambasciata ci andrà a perdere. Inoltre stiamo parlando di professionisti dal valore conclamato sui cui nomi oggi c'è stato il via libera della Corte dei Conti». Chi la pensa diversamente è Alberto Zangrillo, capo della terapia intensiva del San Raffaele e medico personale di Silvio Berlusconi, che su Twitter lancia la sua stoccata. «Formalmente tutto regolare ma è una vergogna. Deputati e Senatori di Fi, mi raccomando: Silenzio o Ncd si turba!».

Nello stesso giorno in cui il *fattoquotidiano.it* indaga sulle nomine, un altro quotidiano online, *lanotizia.it*, punta il dito contro un progetto, sempre del

ministero della Salute, che punta all'introduzione del fascicolo sanitario elettronico. Un piano ambizioso «veicolato dall'Associazione Nova, ente nonprofit presieduto da un deputato Pd, Federico Gelli, toscano di Pisa, renziano di ferro». Spostandosi dal fronte ministeriale a quello politico, per Ncd non arrivano buone notizie dalle Marche. Giacomo Bugaro espulso per l'ormai nota questione del «selfie» con Silvio Berlusconi, ha annunciato il rientro in Forza Italia. «Avevo aderito a Ncd ritenendomi diversamente berlusconiano - spiega - ma mi sono ritrovato in un partito visceralmente anti berlusconiano». Con lui anche la consigliera regionale dell'Umbria, Maria Rosi. E un altro consigliere regionale marchigiano di Ncd Daniele Silveti - che aveva espresso solidarietà a Bugaro - ha rassegnato le dimissioni dal partito di Alfano. L'«editto Bugaro» insomma, sembra davvero aver lasciato il segno su umori ed equilibri territoriali.

CONTINUA L'ESODO

Due consiglieri regionali lasciano Ncd per tornare con Forza Italia





MEETING UE/ I ministri della Salute studiano una strategia comune per contenere i prezzi

# Farmaci innovativi per tutti

Più prevenzione sui tumori, cure palliative in rete e un fronte anti-Ebola

**P**untare sulla licenza adattiva per accelerare l'accesso ai farmaci innovativi, avviare un coordinamento più avanzato nell'Ue, costruire un argine comune all'escalation dei prezzi. Favorire interventi di prevenzione primaria e secondaria per la prevenzione dei tumori, con un approccio trasversale a tutte le politiche. Creare una rete europea per le cure palliative e la terapia del dolore con un focus sulla formazione dei professionisti e lo sviluppo delle reti pediatriche. Sulla questione Ebola, infine, l'Ue dovrà aumentare il grado di preparazione, per rafforzare la capacità di identificazione, trasporto, diagnosi e cura di pazienti o sospetti. Una necessità soprattutto nell'ipotesi dell'arrivo di qualche caso di importazione. Sono questi gli input emersi nelle conclusioni del Consiglio informale dei ministri della Salute dell'Ue presieduto dalla ministra italiana **Beatrice Lorenzin**.

**Farmaci.** Per garantire ai pazienti l'accesso ai farmaci innovativi senza intaccare la sostenibilità dei sistemi sanitari, i partner comunitari non potranno fare a meno di affrontare insieme, con una strategia comune, il nodo dei prezzi. «Molti Paesi sostengono l'importanza della adaptive licensing come strumento per promuovere l'accesso rapido al mercato di farmaci innovativi - premette Lorenzin - rispettando l'attenzione alla sicurezza dei pazienti. La grande maggioranza dei Paesi supporta un coordinamento più avanzato nell'Ue per lo sviluppo di rapporti comuni sui farmaci e Joint Assessment rispettando tuttavia le competenze nazionali. L'utilizzo più strategico dell'Ue può rendere più rapidi i tempi dell'accesso al mercato».

La Commissione e tutti i Paesi concordano sull'importanza dello sviluppo dei farmaci innovativi: «Ma si percepisce come tale sviluppo sia costoso e lento».

«L'escalation dei prezzi dei farmaci - continua - come nel caso di quelli per epatite C, mette a dura prova la sostenibilità economica della spesa sanitaria dei Paesi, quindi tutti i Paesi concordano sulla necessità di cooperazione, di strategie comuni e di scambi di informa-

zioni tra Paesi».

**Prevenzione dei tumori.** Il cancro costa sempre di più. In termini di impatto umano ed economico. La parola d'ordine in Europa sarà quindi quella della prevenzione. Il tumore è la seconda causa più comune di morte (29% per gli uomini e 23% per le donne) e ogni anno oltre 2,5 milioni di persone nell'Unione ricevono una diagnosi di cancro. Le previsioni sono oltretutto in aumento, anche a causa dell'aumento dell'età media della popolazione. L'impatto sui sistemi sanitari e i costi per la società sono quindi importanti, ma aumenteranno ulteriormente, anche per l'aumentata sopravvivenza dei pazienti affetti da tumore, grazie alle migliori cure erogate.

«Questo quadro ci impone di agire - sottolinea Lorenzin nelle conclusioni del meeting Ue - per cercare di contenere l'impatto dei tumori, riducendone l'insorgenza attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria; è infatti stimato che circa un terzo di tutte le forme di cancro potrebbe essere prevenuto modificando o eliminando i fattori di rischio quali il fumo, l'obesità e il sovrappeso, l'inadeguato consumo di frutta e verdura, l'eccessivo consumo di sale, grassi, zucchero, alcol e l'inattività fisica».

L'impegno dei responsabili politici e tecnici della sanità pubblica dovrà privilegiare un approccio trasversale, nel rispetto del principio della "salute in tutte le politiche". «Alcuni recenti interventi - spiega - quali la nuova direttiva sul fumo di tabacco, vanno nella direzione giusta ma devono essere rafforzati e integrati con altri, inclusi i programmi di screening e di vaccinazione, per i tumori che ne possono beneficiare, come il tumore del collo dell'utero». Particolare attenzione andrà prestata alle fasce deboli: «È stato anche evidenziato come dobbiamo assicurarci - conclude Lorenzin - non solo per una questione di equità nell'accesso ma anche per la buona riuscita delle iniziative, che sia data giusta attenzione e vengano garantiti l'accesso alle misure di prevenzione ai gruppi socio-economici svantaggiati e l'impegno comune a diffondere la conoscenza

sui corretti stili di vita e la prevenzione tra la popolazione a tutte le età e di tutte le condizioni».

**Cure palliative e terapia del dolore.** Quasi tutti i Paesi ritengono di fondamentale importanza la creazione di una rete europea per le cure palliative e la terapia del dolore incentrata principalmente nell'ambito di un maggiore impegno riguardo a formazione dei professionisti, scambio di informazioni reciproche soprattutto relative alle migliori pratiche, sviluppo dei network. «Purtroppo risulta ancora poco sviluppato a livello dei singoli Paesi membri - sottolinea la ministra - lo sviluppo della rete pediatrica di cure palliative e terapia del dolore: lo sviluppo nell'uso dei farmaci dedicati alla terapia del dolore, specialmente oppioidi, risulta crescente soprattutto nei Paesi del sud Europa. È auspicabile lo sviluppo di cure palliative e terapia del dolore anche per altre fasce fragili di popolazione quali i pazienti anziani. Molte nazioni si sono dotate di leggi specifiche specialmente per lo sviluppo delle cure palliative. L'Italia è l'unico Paese ad avere approvato a livello legislativo una norma quadro».

**Epidemia di Ebola.** Non poteva mancare nella due giorni di confronto aperto con i ministri dell'Ue sui temi della salute, un richiamo del ministro Beatrice Lorenzin all'epidemia di Ebola, che sta flagellando alcune aree del continente africano. Per la prevenzione della diffusione del virus in Europa, l'Unione deve essere pronta a ricorrere a misure e risorse straordinarie, seguendo le indicazioni Oms contenute nell'Ebola Response Roadmap.

Tuttavia, un censimento tra i Paesi Ue sui mezzi per l'assistenza in Europa di eventuali operatori umanitari contagiati dal virus di Ebola ha rilevato che c'è disponibilità di posti letto in isolamento, ma che vi sono pochi aerei idonei al trasporto di pazienti in condizioni del genere. Per questo pur considerando che il rischio dell'estensione dell'epidemia ai nostri Paesi è basso, «dobbiamo comunque aumentare il nostro grado di preparazione», soprattutto nell'ipotesi dell'arrivo di qualche caso di importazione, con possibili

«casi secondari, o di rimpatrio di cittadini ammalatisi in Africa», per questo gli operatori devono essere costantemente aggiornati e preparati. A tal fine i governi devono lavorare in coordinamento con le Ong impegnate sul campo.

Una tragedia come quella in corso in Africa, ha spiegato ancora la Lorenzin «deve essere di stimolo

per promuovere la ricerca finalizzata alla scoperta di medicinali per la prevenzione e la cura delle malattie emorragiche, e in primo luogo della malattia da virus Ebola».

In conclusione, il ministro della Salute ha richiamato tutti gli Stati membri dell'Unione al dovere di monitorare costantemente la situazione, decidendo tempestivamente

eventuali correzioni di rotta sulle strategie di sorveglianza. E per questo occorre aspettare dalla Commissione i risultati del censimento delle risorse disponibili nei diversi Stati membri svolto in questi ultimi giorni.

**Rosanna Magnano**  
**Lucilla Yazza**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**L'accordo**



**Rimborsabile  
 il Sofosbuvir  
 superfarmaco  
 anti-epatite C**

L'Agenzia Italiana del Farmaco e Gilead Sciences hanno raggiunto l'accordo per la rimborsabilità del farmaco Sovaldi (Sofosbuvir) per il trattamento dei pazienti affetti da epatite cronica C. L'accordo consentirà di trattare il più grande numero di pazienti in Europa, tenuto conto della più alta prevalenza della patologia in Italia. Secondo alcune stime il farmaco potrà essere assicurato ad oltre 30 mila pazienti solo in Italia e sarà disponibile nel più breve tempo possibile. «È un accordo di grande impatto sanitario ed economico - ha spiegato il direttore dell'Aifa Luca Pani - che accoglie le esigenze dei pazienti». Il farmaco è un inibitore della Rna polimerasi, un enzima indispensabile al virus per replicarsi. Contrariamente alle altre terapie, che al massimo tengono sotto controllo il virus nel 50-70% dei casi, questa nei test ha raggiunto la totale eradicazione su una percentuale superiore al 90 per cento.

