

http://sport.sky.it/sport/ritratto_della_salute/

“DONNE, FATE LA MAMMOGRAFIA. E' UN ESAME SALVAVITA”



Parte oggi Pink is Good - Prevenzione Seno: obiettivo 100%, la nuova edizione della campagna nazionale della Fondazione Veronesi per sensibilizzare le donne sull'importanza di eseguire il test. Fino ad ora solo il 70% della popolazione femminile l'ha svolto negli ultimi due anni

Il 30% delle donne italiane, d'età compresa fra i 50 e i 69 anni, non ha mai eseguito una mammografia pur avendo diritto a ricevere dalla propria Regione l'invito gratuito a eseguire il test. Per incentivare l'organizzazione dell'esame da parte delle istituzioni competenti e favorire la partecipazione ai programmi di screening parte oggi *Pink is Good - Prevenzione Seno: obiettivo 100%*, la nuova edizione della campagna nazionale della Fondazione Veronesi, presentata oggi in un incontro coi giornalisti a Milano. Per la prima volta, partecipano all'iniziativa le società scientifiche più coinvolte nella gestione della salute delle donne: l'AIOM (l'Associazione Italiana di Oncologia Medica), la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS).

“Con la mammografia possiamo sconfiggere il tumore - afferma il prof. Umberto Veronesi - Se la malattia viene identificata nelle fasi iniziali e adeguatamente curata la sopravvivenza può arrivare fino al 98%. Si tratta poi di un esame sicuro e poco invasivo per il corpo femminile. Negli ultimi tre anni abbiamo avuto il 2% in più di adesioni ai programmi di screening organizzati sul territorio nazionale. E' un dato incoraggiante, ma ancora insufficiente”. “Solo il 70% delle donne ha svolto una mammografia negli ultimi due anni - dice Marco Zappa, direttore dell'Osservatorio Nazionale Screening -. Di queste il 57% ha aderito allo screening ma con forti differenze percentuali tra i vari territori. Si va dal 76%

registrato nella provincia di Trento al 20% di Campania e 26% della Calabria. Dobbiamo invece, in tutta Italia, aumentare la partecipazione al test che, ricordiamo, è gratuito ogni 24 mesi a tutte le donne dai 50 ai 69 anni”.

Per raggiungere l’obiettivo del 100% di adesione la Fondazione Veronesi nelle prossime settimane distribuirà materiale informativo in tutti gli ospedali italiani, ASL, consultori e ambulatori di ginecologi e medici di famiglia. “Oggi nel nostro Paese il tumore del seno fa meno paura e ben otto pazienti su dieci riescono a sconfiggerlo - sottolinea Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM - La ricerca medico-scientifica ha portato a terapie sempre più efficaci e “personalizzate”. E poi c’è l’indubbio ruolo della diagnosi precoce. La mammografia è il più importante strumento con il quale possiamo individuare la neoplasia. Così possiamo intervenire subito e con la massima efficacia possibile”.

Fondamentale per la prevenzione del cancro del seno è anche il ruolo del ginecologo. “Siamo i migliori alleati del benessere femminile e seguiamo una donna dal menarca fino alla terza età - afferma Paolo Scollo, presidente nazionale SIGO - I ginecologi dovrebbero sempre insegnare alle loro pazienti come fare l’autopalpazione del seno e durante la visita ginecologica è buona norma che il medico svolga un controllo approfondito anche delle mammelle”. I programmi di prevenzione organizzati sul territorio sono rivolti anche alle donne di origine straniera. “Solo il 43% di loro si sottopone alla mammografia - aggiunge Claudio Cricelli, presidente nazionale SIMG - Le differenze culturali, prima fra tutte la lingua, non favoriscono il ricorso agli esami preventivi. L’integrazione degli stranieri nel nostro sistema nazionale di prevenzione del cancro deve cominciare proprio negli ambulatori dei medici di famiglia”.



Home Cronaca Politica Economia Estero Spettacolo Sport Salute Food Ricerca e sviluppo News in English | Portali agi Regionali agi
Tech | Travel | Cinema | Motori | Arte | Gossip | Moda | Africa | * PEI News Login

Cerca Segui @Agenzia_Italia

Ricerca e Sviluppo

Tumori: 3 donne su 10 mai fatto mammografia, al via Pink is good

16:25 22 SET 2015

(AGI) - Milano, 22 set. - Ogni anno in Italia 48 mila donne scoprono di avere un tumore al seno. Di queste, poco meno del 30%, muore. Cifre importanti anche se si sono fatti grandi passi avanti, proprio per la diffusione della prevenzione.

Eppure scopriamo che il 30% delle donne italiane, d'eta' compresa fra i 50 e i 69 anni, non ha mai eseguito una mammografia pur avendo diritto a ricevere dalla propria Regione l'invito gratuito a eseguire il test. Se ne e' parlato oggi durante la conferenza stampa di presentazione a Milano di Pink is Good - Prevenzione Seno: obiettivo 100%, la nuova edizione della campagna nazionale della Fondazione Umberto Veronesi.

"L'obiettivo - spiega l'oncologo - e' incentivare l'organizzazione dell'esame da parte delle istituzioni competenti e favorire la partecipazione ai programmi di screening". Per la prima volta, partecipano all'iniziativa le societa' scientifiche piu' coinvolte nella gestione della salute delle donne: l'AIOM (l'Associazione Italiana di Oncologia Medica), la Societa' Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), la Societa' Italiana di Medicina Generale (SIMG) e l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS). "Con la mammografia possiamo sconfiggere il carcinoma mammario - afferma Umberto Veronesi -. Se la malattia viene identificata nelle fasi iniziali e adeguatamente curata la sopravvivenza puo' arrivare fino al 98%. Ecco perche' la prevenzione e' un'arma cosi' importante per tutte le donne. Si tratta poi di un esame sicuro e poco invasivo per il corpo femminile.

Negli ultimi tre anni abbiamo avuto il 2% in piu' di adesioni ai programmi di screening organizzati sul territorio nazionale. E' un dato incoraggiante, ma ancora insufficiente.

Pigrizia, paura o noncuranza del pericolo spingono ancora troppe italiane a non svolgere i controlli. Il nostro compito oggi e' invitarle ad essere piu' attente, a prendere coscienza di quanto la loro salute dipenda principalmente da una doverosa e consapevole "attenzione personale". "Solo il 70% delle donne ha svolto una mammografia negli ultimi due anni - dice Marco Zappa, direttore dell'Osservatorio Nazionale Screening -. Di queste il 57% ha aderito allo screening ma con forti differenze percentuali tra i vari territori. Si va dal 76% registrato nella provincia di Trento al 20% di Campania e 26% della Calabria. Dobbiamo invece, in tutta Italia, aumentare la partecipazione al test che, ricordiamo, e' garantito gratuitamente ogni 24 mesi a tutte le donne dai 50 ai 69 anni".

Il problema da risolvere non e' solo quello di convincere tutte le donne che ricevono l'invito ad accoglierlo e fare il test.

"C'e' anche una marcata differenza di copertura fra il Centro-Nord e il Sud - prosegue Zappa -. Ovvero, in pratica, molte piu' abitanti delle regioni centrosettentrionali ricevono l'invito a fare gratis i test che permettono di scoprire precocemente l'eventuale presenza di un tumore (e di salvarsi la vita), mentre al Sud troppo spesso accade che le Regioni non si organizzino e l'invito a casa non arriva". Lo screening e' un servizio compreso nei Livelli essenziali di assistenza, cioe' nelle prestazioni sanitarie che spettano a tutti i cittadini indipendentemente dalla regione di residenza. Ad oggi, tutte le donne dopo i 50 anni e prima dei 70, ogni due anni, dovrebbero ricevere la chiamata a effettuare una mammografia. Guardando i dati piu' recenti dell'ONS nel dettaglio si nota che circa 3 donne su 4 della popolazione target sono regolarmente invitate a fare la mammografia, ma permane una grande e purtroppo immutata differenza fra Nord (piu' di 9 donne su 10), Centro (piu' di 8 su 10) e Sud (solo 4 su 10). "Questo e' il "minimo sindacale" che andrebbe garantito a tutti - aggiunge Zappa -. Ci sono poi regioni che hanno gia' esteso le fasce d'eta', coinvolgendo nello screening anche persone piu' giovani o piu' anziane".

Per raggiungere l'obiettivo del 100% di adesione la Fondazione Umberto Veronesi nelle prossime settimane distribuirà materiale informativo in tutti gli ospedali italiani, ASL, consultori e ambulatori di ginecologi e medici di famiglia. "Oggi nel nostro Paese il tumore del seno fa meno paura e ben otto pazienti su dieci riescono a sconfiggerlo - sottolinea Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM -. La ricerca medico-scientifica ha portato a terapie sempre piu' efficaci e "personalizzate". E poi c'e' l'indubbio ruolo della diagnosi precoce. La mammografia e' il piu' importante strumento con il quale possiamo individuare la neoplasia.

Grazie al test la grande maggioranza dei carcinomi accertati ha dimensioni inferiori ai due centimetri. Così possiamo intervenire subito e con la massima efficacia possibile".

Fondamentale per la prevenzione del cancro del seno e' anche il ruolo del ginecologo. "Siamo i migliori alleati del benessere femminile e seguiamo una donna dal menarca fino alla terza eta' - afferma Paolo Scollo, presidente nazionale SIGO -. I ginecologi dovrebbero sempre insegnare alle loro pazienti come fare l'autopalpazione del seno e durante la visita ginecologica e' buona norma che il medico svolga un controllo approfondito anche del seno. Capita così che molte volte siamo noi a individuare noduli alla mammella e ad indirizzare la paziente da un senologo o un medico oncologo". I programmi di prevenzione organizzati sul territorio sono rivolti anche alle

donne di origine straniera diventate cittadine italiane, ma fra le immigrate i tassi di adesione agli screening sono ancora critici. "Solo il 43% di loro si sottopone alla mammografia - aggiunge Claudio Cricelli, presidente nazionale SIMG -. Le differenze culturali, prima fra tutte la lingua, non favoriscono il ricorso agli esami preventivi. L'integrazione degli stranieri nel nostro sistema nazionale di prevenzione del cancro deve cominciare proprio negli ambulatori dei medici di famiglia. E' molto piu' facile che sia una donna a venire da noi rispetto ad un uomo". Da segnalare che nei paesi in via di sviluppo si sta registrando un forte aumento dei tumori al seno. Un fattore che Veronesi spiega con il calo della natalita' in quei paesi. "Le gravidanze sono un fattore protettivo - dice l'oncologo - se, per assurdo, tutte le donne avessero dieci figli il tumore al seno non esisterebbe piu'. La gravidanza rinnova la ghiandola mammaria e protegge". "Per migliorare ulteriormente la possibilita' di diagnosi precoce - conclude Veronesi - come Fondazione stiamo elaborando una proposta al Ministero della Salute per includere nello screening mammografico le donne dai 40 e fino ai 75 anni, come hanno gia' iniziato a fare alcune regioni. Bisogna poi valutare l'ipotesi di proporla annualmente e non ogni due anni. Si deve anche studiare la possibilita' offrire gratuitamente alle donne dai 35 anni ai 50 ogni anno un'ecografia, che meglio "vede" attraverso i tessuti piu' densi di un seno giovane. Infine, non dobbiamo dimenticare l'importanza della prevenzione primaria: gli stili di vita sani rimangono infatti la prima arma a nostra disposizione per tenere lontani i tumori". (AGI) Cre .

Veronesi: mammografia per il 100% delle donne È così che si sconfigge il tumore

SARA RICOTTA

■ «Con la mammografia e, quando servono, l'ecografia e la risonanza magnetica possiamo sconfiggere il carcinoma mammario; se la malattia viene identificata nelle fasi iniziali e adeguatamente curata, la sopravvivenza può arrivare fino al 98%. Ecco perché la prevenzione è un'arma così importante». Non si stanca di ripeterlo, Umberto Veronesi, e l'ha fatto anche ieri alla presentazione della campagna «Pink is Good», promossa dalla Fondazione che porta il suo nome. Una campagna che si pone come obiettivo di contrastare il tumore al seno su più fronti: promuovendo la prevenzione; facendo informazione; sostenendo la ricerca contro il cancro grazie a borse e progetti di ricerca.

«La mammografia è un esame sicuro e poco invasivo. Negli ultimi tre anni abbiamo avuto il 2% in più di adesioni ai programmi di screening, un dato incoraggiante, ma ancora insufficiente», ha spiegato Veronesi, che ha rilevato come troppe italiane non svolgano i controlli per noncuranza, paura o disinformazione. Proprio per incentivare la pianificazione dell'esame da parte delle istituzioni e favorire la partecipazione è partita ieri l'iniziativa «obiettivo 100%», che mira a cambiare i dati dell'Osservatorio screening, secondo cui il 30% delle italiane fra i 50 e i 69 anni non ha mai eseguito una mammografia (e questo pur avendo diritto a ricevere dalla propria Regione l'invito gratuito a eseguire il test). Raggiungere e convincere quelle tre donne su 10 è così importante che partecipano al progetto anche oncologi (Aiom), ginecologi (Sigo), medici di famiglia (Simg) e l'Osservatorio nazionale screening (Ons). Per centrare l'obiettivo del 100% la Fondazione Veronesi distribuirà materiale informativo in tutti gli ospedali, Asl, consultori e ambulatori.



<http://www.corriere.it/salute/>

Le raccomandazioni Usa: un'aspirina al giorno contro il cancro al colon

Con la cardio-aspirina diminuiscono le probabilità di ammalarsi o, per chi è già stato operato, di avere una ricaduta. Ma per l'effetto preventivo va assunta per 10 anni



Da tempo i medici prescrivono l'aspirina a chi è a rischio di patologie cardiovascolari perché sono stati ormai ampiamente dimostrati i suoi efficaci poteri preventivi. Ora per la prima volta un panel di esperti americani ha deciso di indicare l'aspirinetta (come viene comunemente chiamata la piccola dose quotidiana, inferiore ai 100 milligrammi, utilizzata a scopo preventivo) anche come strumento da utilizzare in chi è esposto a maggior pericolo di cancro al colon. Nel corso degli ultimi anni, diverse ricerche scientifiche erano giunte a conclusioni simili fra loro: l'uso regolare della cardio-aspirina diminuirebbe le probabilità di ammalarsi di varie forme di cancro (primo fra tutti quello del colon retto) e nei pazienti che sono già stati colpiti dalla neoplasia abbasserebbe la mortalità, riducendo anche il rischio di sviluppare metastasi. E se la prescrizione di aspirina in chiave preventiva per i disturbi del cuore è già comune in tutto il mondo, finora nessuno Stato aveva mai deciso di inserire ufficialmente questa indicazione anche in chiave-anticancro. «Si tratta della prima raccomandazione di una Task Force "ufficiale" del Servizio di Prevenzione del Dipartimento Salute – spiega Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) -. Una decisione che sta già facendo discutere

(come emerge da un articolo sul New York Times e che avrà ripercussioni negli USA, dove è forte questa corrente culturale, mentre in Italia dove questa cultura di “chemioprevenzione” non è ancora così diffusa».

Report Usa: aspirina consigliata fra i 50 e i 70 anni

Nel Report appena pubblicato la task force statunitense (un panel indipendente di esperti con un'enorme influenza su come viene praticata la medicina negli Usa) suggerisce l'uso di aspirinetta per la prevenzione di infarto, ictus e tumore del colon, sottolineando che i pro della cura sovrasterebbero i contro soprattutto nelle persone tra i 50 e i 69 anni già a rischio di malattie cardiovascolari. Le raccomandazioni escludono le fasce d'età più giovani (sotto i 50 anni) o più anziane (sopra i 70, quando i rischi di sanguinamento sono maggiori). In particolare, per quanto riguarda il tumore del colon, i dati messi in evidenza dagli esperti Usa mostrerebbero che con la cardio-aspirina diminuirebbero del 33 per cento le morti per questa forma di cancro e si ridurrebbe la sua incidenza (ovvero i nuovi casi registrati ogni anno) del 40 per cento. Ma per avere un effetto preventivo bisogna assumere la dose giornaliera per almeno 10 anni.

Valutare attentamente pro e contro

L'aspirina è un potente antinfiammatorio e come tale può essere considerato un buon agente nella prevenzione di quelle forme di cancro che iniziano a svilupparsi da un'inflammatione cronica, a cui si deve (sul lungo periodo) la trasformazione neoplastica delle cellule. Se i potenziali vantaggi sono chiari, naturalmente il dibattito è aperto sui possibili aspetti sfavorevoli. Ovvero, quali sono i possibili rischi a cui si va incontro assumendo la cardio-aspirina ogni giorno? «Le principali problematiche legate all'uso dell'aspirina sono legate al rischio di sanguinamento, in particolare gastrico – risponde Pinto -. Ed è quanto emerge anche dalle più recenti analisi fatte dagli esperti Usa. Per questo si devono valutare con grande attenzione benefici e possibili effetti collaterali di una terapia preventiva con questo farmaco».

Stretta sulla sanità, addio esami inutili

Il governo: più rate per chi negli ultimi due anni non ha ancora saldato i conti con il Fisco
Flessibilità, Padoan incontra il vicepresidente Ue Dombrovskis. Il ministro: la crescita accelererà

Mattarella
Stimolare
la ripresa è
un'esigenza

ROMA Chi non ha ancora saldato a rate i suoi debiti con il Fisco negli ultimi due anni potrà chiedere un nuovo piano di rateizzazione. La novità l'ha introdotta il Consiglio dei ministri ieri che ha approvato gli ultimi cinque decreti della delega fiscale. Mentre sul fronte della sanità si prepara una stretta per evitare gli sprechi degli esami inutili. Intanto il ministro dell'Economia, Pier

Carlo Padoan, riapre la partita della flessibilità sui conti pubblici e discute a Bruxelles con il vicepresidente della Commissione, Valdis Dombrovskis, sulla legge di bilancio italiana. L'incontro è stato «costruttivo», sostengono fonti Ue: Padoan ha illustrato «la ratio» dell'aggiornamento del Def e Dombrovskis «ha preso nota della deviazione dei conti che dovrà essere debitamente giu-

stificata e valutata». Il governo Renzi dovrà consegnare la manovra entro il 15 ottobre: le istituzioni comunitarie hanno poi 15 giorni di tempo, se lo ritengono necessario, per suggerire eventuali correzioni. Ad appoggiare la richiesta di Palazzo Chigi c'è anche il presidente della Repubblica, Sergio Mattarella: «È una proposta ragionevole», perché «vi è un'esigenza di stimolare la ripresa per far

crescere l'occupazione. Questa è un'esigenza che l'Italia ha posto e che credo sia condivisa ampiamente». L'Italia chiede il massimo della flessibilità possibile nel 2016 per rafforzare la crescita, la sola strada per assicurare il calo del debito. «Il debito pubblico è un vincolo per il futuro, deve scendere e scenderà», promette Padoan.

Francesco Di Frischia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Salute

Sotto osservazione 208 prestazioni, radiografie e analisi



Sono 208 le prestazioni sanitarie e gli esami sotto «stretta osservazione» del governo, con un provvedimento in preparazione al ministero della Salute che si tradurrà in un decreto. Obiettivo: tagliare le visite specialistiche ed esami inutili che costano ogni anno al Servizio sanitario nazionale circa 13 miliardi di euro. Il documento provvisorio, consegnato ieri ai sindacati medici dal ministro Beatrice Lorenzin, ha allungato la lista degli esami sotto la lente di ingrandimento rispetto alla prima bozza resa nota dai sindacati prima della pausa estiva e che indicava 180 prestazioni, ora salite a 208. Si va dall'estrazione e ricostruzione dei denti alla radiologia diagnostica come risonanze e tomografie, dalle prestazioni di laboratorio come l'esame del colesterolo alla medicina nucleare e gli esami di genetica. Accanto ad ogni prestazione citata, ci sono le «condizioni di erogabilità», cioè i criteri in base ai quali il medico potrà prescrivere la prestazione a carico del Servizio sanitario. Previste sanzioni pecuniarie per i medici che non rispettano i criteri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cartelle esattoriali

La scadenza di 72 mesi Arriva la proroga



La principale novità che è stata introdotta riguarda la riscossione dei vecchi debiti che i cittadini hanno con il Fisco: con il nuovo provvedimento si potrà dividere la somma ancora da versare negli ultimi 2 anni in massimo 72 nuove rate mensili. «Per venire incontro alle esigenze dei contribuenti in difficoltà con il pagamento dei debiti fiscali, accogliendo la richiesta contenuta nel parere della Commissione Finanze della Camera dei deputati — spiega Palazzo Chigi — viene prevista la possibilità di accedere ad una ulteriore rateizzazione ai soggetti che non sono stati in grado di completare il pagamento di piani precedenti». In particolare, «la nuova disposizione stabilisce che le somme non ancora versate, oggetto di piani di rateazione da cui i contribuenti siano decaduti nei 24 mesi antecedenti l'entrata in vigore del decreto, possono su richiesta degli stessi contribuenti, da presentare entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, essere oggetto di un nuovo piano di rateazione. Dal piano di rateazione si decade per il mancato pagamento di sole due rate».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Riduzione

Nuovo interpello: l'attesa diminuisce da 120 a 90 giorni



Il decreto intende potenziare e razionalizzare l'istituto dell'interpello per dare ai contribuenti certezza circa i tempi di risposta da parte del Fisco e circa l'applicazione dei pareri che vengono forniti. Vengono individuate 4 categorie di interpello: ordinario, probatorio, anti abuso, disapplicativo. Con il nuovo l'interpello ordinario, la proposizione di un'istanza di interpello viene declinata in due modi, tra loro complementari: il primo non differisce in nulla rispetto a quanto attualmente previsto, mentre il secondo dà rilievo più all'obiettivo incertezza sulla qualificazione della fattispecie che all'interpretazione delle norme di legge invocate dal contribuente nel caso concreto. È prevista una riduzione dei tempi di risposta per gli appelli ordinari che passano da 120 a 90 giorni e un riconoscimento della certezza dei tempi di risposta (fissati in 120 giorni) per tutte le altre tipologie. Vigè la regola del silenzio-assenso, per cui qualora una risposta non pervenga entro il termine previsto, diventa valida quella prospettata dal contribuente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il ministro
dell'Economia
Pier Carlo Padoan



Sanità, ecco i 208 esami a rischio: se inappropriati, sanzioni ai medici e costi a carico del cittadino

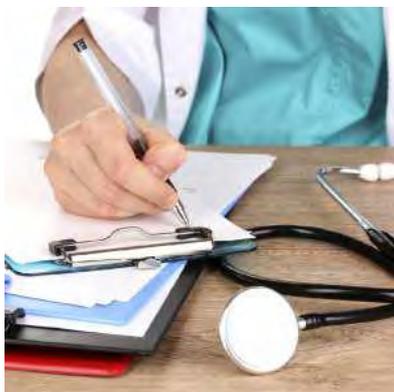
Presentato ai sindacati della categoria l'elenco delle prestazioni sulle quali si concentrerà la spending review del ministero: nel mirino soprattutto test allergologici e genetici, risonanze magnetiche e tac, ma la stretta colpisce un po' ovunque. Il no dei camici bianchi alle multe per le prescrizioni 'inutili': "Così si rompe il rapporto di fiducia con il paziente"

di MICHELE BOCCI

22 settembre 2015



Notifiche



ROMA - Risonanze magnetiche della colonna e delle articolazioni, tac, esami di laboratorio e genetici, test allergici. Ecco le 208 prestazioni a maggior rischio inappropriata, e quindi di spreco, individuate dal ministero della Salute. L'elenco, [allungato rispetto alla prima ipotesi](#) e già illustrato alle società scientifiche dei medici, è stato presentato oggi ai sindacati dei camici bianchi che hanno due giorni per fare le loro osservazioni. Una volta

ottenuto il parere positivo del Consiglio superiore di sanità, che ha già dato un via libera preliminare, il testo andrà verso l'approvazione. Quando sarà in vigore, chi vorrà sottoporsi alle prestazioni incluse nell'elenco le potrà ottenere solo in certi casi a carico del servizio sanitario: se non ricorrono le condizioni elencate nel documento del ministero, dovrà pagare di tasca propria. Un esempio? L'esame per individuare il colesterolo alto nelle persone sopra i 40 anni: se è tutto a posto, i valori sono nella norma e non ci sono modifiche nello stile di vita del cittadino e nemmeno nuove terapie, potrà essere ripetuto a carico del servizio sanitario non prima di 5 anni. Altrimenti dovrà pagare l'interessato.

[L'elenco integrale delle 208 prestazioni a rischio erogabilità a carico dello stato](#)

Ma il grosso dell'operazione, il cui obiettivo è portare a un risparmio per le casse pubbliche ed alla riduzione degli sprechi, riguarda probabilmente le risonanze magnetiche, cioè gli esami più a rischio di inappropriata. Sono costosi e spesso vengono svolti (a detta degli stessi radiologi) quando non ce n'è bisogno, tanto che il nostro Paese è primo in Europa nella classifica di chi fa il maggior numero di questi accertamenti. Quando il provvedimento sarà in vigore, l'esame

della colonna vertebrale senza mezzo di contrasto verrà passato dal servizio sanitario solo se, in assenza di sindromi neurologiche o sistemiche, il dolore alla schiena resiste alla terapia e va avanti per almeno 4 settimane. Ovviamente l'accertamento verrà fatto anche in caso di traumi o fratture. E se non ci sono problemi, prima di poterlo rifare bisognerà comunque aspettare un anno. La risonanza alla colonna con e senza mezzo di contrasto deve essere invece legata alla patologia oncologica o a un sospetto, oltre che a problemi traumatici.

Ci sono previsioni stringenti anche per alcune tac, passate solo se giustificate da sospetti di patologie oncologiche e da traumi. Nella lista sono molte le prestazioni odontoiatriche, già oggi, comunque, molto difficili da ottenere nella maggior parte delle aziende sanitarie e ospedaliere, dove si è costretti ad attese assai lunghe. La maggior parte - ad esempio estrazioni, applicazioni di corone e inserimento di protesi - saranno a carico del sistema pubblico se il paziente è in condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria. Nell'elenco ci sono anche moltissimi esami di laboratorio, e anche tanti test e trattamenti allergologici e dermatologici.

Le prestazioni a rischio spreco perché non appropriate, per le quali i pazienti dovrebbero pagare, diventano dunque 208. La lista del ministero cresce di 25 voci, come rendono noto i sindacati medici, che oggi hanno avuto un incontro con il ministro Beatrice Lorenzin. L'idea alla base del provvedimento è quella di passare gratuitamente (o con il ticket) solo le prestazioni che hanno un'indicazione specifica e quindi sono davvero utili. I medici che prescriveranno accertamenti considerati inappropriati andranno incontro a una sanzione pecuniaria. E' proprio questo il punto che non piace ai sindacati dei camici bianchi, i quali oggi hanno ribadito la loro posizione. "Questo meccanismo rischia di rompere il rapporto tra i medici e i cittadini - commenta Massimo Cozza della Cgil medici - anche perché i pazienti dovranno pagare di tasca propria varie prestazioni in determinate situazioni".

Anche i medici di famiglia, cioè i professionisti che fanno il maggior numero di prescrizioni, scendono in campo: "Siamo assolutamente critici sulla previsione di sanzioni pecuniarie per i medici nell'ambito del decreto in preparazione sull'appropriatezza delle prestazioni, e alzeremo i toni della nostra protesta", dice Silvestro Scotti, della Federazione dei medici di medicina generale (Fimmg), il sindacato più importante della categoria. "Questo provvedimento - dice Scotti - rientra nella protesta che stiamo preparando nell'ambito della mobilitazione indetta dalla Federazione degli ordini dei medici Fnomceo. Così si riduce il ruolo del medico. I colleghi del Consiglio superiore di sanità, che hanno prodotto un parere scritto favorevole a questo provvedimento, si assumeranno la responsabilità rispetto al mondo scientifico delle scelte di erogabilità e appropriatezza che hanno validato".

Dura anche Anaa, il sindacato degli ospedalieri. "Il punto debole del decreto ministeriale della Lorenzin è che mette in moto un meccanismo, quello sanzionatorio rispetto alle prescrizioni cosiddette "inappropriate", che oltre a spaventare il medico e farlo lavorare male, creano un danno al malato che vedendosi negare la Tac o l'esame rinuncerà a curarsi del tutto o andrà nel privato. Così salta il delicato e fondamentale rapporto paziente-medico" dice Domenico Iscaro, presidente nazionale dell'associazione.

[sanità](#) [tagli sanità](#) [esami inappropriati](#) [Medici](#) [Prestazioni socio sanitarie](#)

Decreto in arrivo contro le «cure inappropriate»

ESAMI INUTILI, MULTE AI MEDICI

Tac e Rx che non servono, parte il monitoraggio Sono 208 le prestazioni a rischio. Dottori in rivolta

Previste sanzioni, dottori sul piede di guerra

I 208 esami medici che Renzi vuol tagliare

di **ANDREA VALLE**

Sono 208 le prestazioni a rischio inappropriatezza, comprese nell'elenco che il [ministro della Salute Beatrice Lorenzin](#) ha consegnato ai sindacati medici nel corso dell'incontro di ieri pomeriggio. Sul tavolo del confronto il decreto (...)

(...) contro le prescrizioni inutili a cui sta lavorando il ministero e che preoccupa i camici bianchi, passibili di sanzioni se non giustificano adeguatamente le prescrizioni di queste prestazioni, soprattutto esami.

A quanto si apprende i sindacati hanno 48 ore di tempo per fare le loro osservazioni tecniche, da riconsegnare al ministro. Entro la fine della settimana arriveranno altre piccole osservazioni dal Consiglio superiore di sanità, che ha già espresso parere positivo facendo alcuni rilievi recepiti dai tecnici del dicastero. Lo schema di decreto andrà poi in Conferenza Stato-Regioni. Il ministro ha annunciato ai sindacati l'intenzione di avviare un tavolo tecnico con le Regioni, a cui spetta l'applicazione del provvedimento e delle eventuali sanzioni, in modo che l'attuazione sia omogenea in tutti il territorio nazionale. La [Lorenzin](#) ha ribadito infine che nella Legge di stabilità saranno inserite le nuove norme sulla responsabilità professionale per arginare il fenomeno della medicina difensiva.

Fra le oltre 200 prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto del giro di vite, ce ne sono alcune di estrazione e ricostruzione dei denti, l'applicazione di apparecchi mobili

o fissi; esami di radiologia diagnostica come Tac e risonanza magnetica della colonna, degli arti superiori e inferiori, densitometria ossea. E ancora, dovranno essere prescritti con precisi paletti esami di laboratorio come colesterolo totale e Hdl e Ldl, trigliceridi, solo in persone con più di 40 e con fattori di rischio cardiovascolare o familiarità, da ripetere a distanza di 5 anni; test allergologici; test per valutare la compatibilità in caso di trapianto (tipizzazione genomica); esami di dermatologia allergologica.

Il documento scatena reazioni contrapposte. «Il punto debole del decreto ministeriale della [Lorenzin](#) è che mette in moto un meccanismo, quello sanzionatorio rispetto alle prescrizioni cosiddette 'inappropriate', che oltre a spaventare il medico e farlo lavorare male, creano un danno al malato che vedendosi negare la Tac o l'esame rinuncerà a curarsi del tutto o andrà nel privato. Così salta il delicato e fondamentale rapporto paziente-medico». Ad affermarlo è Domenico Iscaro, presidente nazionale dell'Anaa Assomed, che commenta l'incontro tra i sindacati di categoria e il ministro [Lorenzin](#) per valutare la bozza di decreto ministeriale sull'appropriatezza prescrittiva. «Abbiamo fatto presente al ministro che nessun medico si sogna di contestare l'appropriatezza», aggiunge Iscaro, «ma è il metodo che non accettiamo, ovvero realizzare questo passo con un atto am-

ministrativo». Quindi secondo l'Anaa si «rischia di fare una grande confusione e trasferire sulla spalle dei pazienti più deboli il peso di alcune scelte», conclude.

L'elenco delle oltre 200 prestazioni a rischio inappropriatezza «si traduce nei fatti in un altro taglio alla sanità». E' il commento di Massimo Cozza, segretario Fp Cgil medici, dopo l'incontro fra il [ministro della Salute Beatrice Lorenzin](#) e i sindacati medici sul decreto contro le iper-prescrizioni. «Abbiamo espresso la nostra contrarietà», spiega Cozza all'Adnkronos Salute, «a questo sistema che prevede che siano i cittadini a pagare quando si ritiene che la prestazione sanitaria non rispetta le indicazioni di appropriatezza e che i medici siano sanzionati se invece la prescrivono e le loro motivazioni non vengono giudicate sufficienti. E' un sistema punitivo sbagliato. E' giusto avere linee guida e criteri contro l'inappropriatezza prescrittiva», prosegue, «ma non si può procedere con diktat e 'liste di prescrizione', che rischiano di minare il rapporto di fiducia fra il medico e il cittadino. L'anamnesi è un atto medico complesso che non si

può racchiudere in una griglia di criteri». I medici radiologi esprimono un parere fortemente positivo sulla iniziativa del ministro [Lorenzin](#). «Si tratta, pur con tutte le modifiche necessarie sulle sanzioni, di un primo passo importante che consente di mettere il tema della appropriatezza, ed in particolare di quella prescrittiva, al centro di un tavolo fatto di soluzioni pratiche e non solo di discussioni filosofiche». Lo ha detto Corrado Bibbolino Segretario Nazionale SNR all'uscita della riunione di Lungotevere Ripa.

L'INCONTRO CON LORENZIN

Medici in rivolta contro le sanzioni per le "cure inutili"

▶ **"NETTAMENTE CONTRARI"** alla previsione di sanzioni pecuniarie per i medici nel caso in cui non rispettino i criteri che saranno fissati dal [ministero della Salute](#) per la erogabilità di esami e visite a carico del Servizio sanitario nazionale, e "nettamente contrari" anche a quella che si profila come una "vera e propria svalutazione del ruolo dei professionisti della Sanità". Finisce male l'incontro di ieri tra i sindacati dei camici bianchi, dalla Fp-Cgil alla Federazione dei medici di famiglia Fimmg, e il ministro [Beatrice Lorenzin](#). L'oggetto dell'incontro era il provvedimento in preparazione che si tradurrà in un decreto. Nuovi e notevoli risparmi nel settore dovrebbero infatti arrivare proprio dallo stop a esami e visite inutili, ovvero ritenute "inappropriate", che costano ogni anno circa 13 miliardi al Servizio sanitario nazionale. A questo futuro decreto, si oppongono i sindacati: "Abbiamo espresso perplessità - spiega il segretario Fp-Cgil Medici Massimo Cozza - soprattutto per la volontà di prevedere una sanzione pecuniaria per i medici. Si tratta di un meccanismo che rischia di rompere il rapporto tra medici e cittadini". Inoltre "i cittadini dovranno pagare di tasca propria prestazioni in alcune situazioni".



quotidianosanita.it

Martedì 22 SETTEMBRE 2015

Patto per la salute. Le Regioni certificano lo stallo. Ecco il dossier con la nuova road map di “un’opera incompiuta”

Il settore “salute e politiche sociali” della Segreteria della Conferenza delle Regioni ha stilato un nuovo cronoprogramma per l’attuazione del Patto per la Salute dove spiccano le poche cose fatte e le moltissime ancora in itinere. Tra queste ultime i nuovi Lea (fermi da tempo all’esame dei tavoli tecnici) e il nuovo sistema di ticket ed esenzioni (lavori del tutto fermi). [IL NUOVO CRONOPROGRAMMA DEL PATTO PER LA SALUTE.](#)

Siglato a luglio dello scorso anno con un programma di scadenze ben definito, il Patto della salute sta da tempo in stand by se non proprio fermo del tutto ([vedi nostro articolo del 27 agosto 2015](#)). Per fare il punto della situazione, il settore “salute e politiche sociali” della Segreteria della Conferenza delle Regioni ha elaborato una ricognizione dei provvedimenti in attuazione. Si tratta di un cronoprogramma dei provvedimenti attuativi previsti. Un dossier che conferma quanto già si sapeva: pochissime le scadenze rispettate. Molti, inoltre, i provvedimenti e i tavoli tecnici che, seppur avviati, non hanno ancora concluso i loro lavori.

Tra gli impegni portati a termine vengono annoverate le linee guida sull’assistenza sanitaria. Su questa materia è stato sancito un accordo nella riunione della conferenza unificata del 22 gennaio 2015, anche se c’è da dire che la scadenza prevista era programmata per il 30 settembre 2014. Stesso discorso per le linee guida sull’utilizzo dei dati di repertorio dei dispositivi medici: la scadenza prevista era per il 30 settembre 2014, mentre l’accordo in sede di Conferenza Stato Regioni è stato raggiunto il 7 maggio 2015.

Molti, e di notevole rilievo, i provvedimenti da diversi mesi in fase di stand-by. A cominciare dall’aggiornamento previsto per i Livelli essenziali di assistenza che doveva vedere la luce entro lo scorso 31 dicembre 2014, fino alla revisione del sistema dei ticket con il gruppo di lavoro tecnico che, al momento, ha fermato i lavori iniziati. Situazione simile anche per il Tavolo politico incaricato di definire una legge delega per le diverse questioni legate alle risorse umane nel Ssn: il Tavolo, dopo essersi riunito diverse volte, ha elaborato un testo che non è stato però condiviso da tutte le Regioni.

[Qui il quadro sinottico dei provvedimenti in attuazione previsti dal Patto per la salute](#)

Una patologia silenziosa ma che non va trascurata
specie se è familiare per anomalie genetiche
Da domani informazioni nei centri Sisa e Lipigen

Colesterolo la speranza è il vaccino

LA MALATTIA

Quando i valori del colesterolo continuano a restare alti anche se si segue una dieta corretta e si fa sport vuol dire che si tratta di ipercolesterolemia familiare. "Figlia" di anomalie genetiche.

Rendere consapevoli gli italiani di questa "versione" della malattia, che interessa circa 240mila persone (su 12milioni con colesterolo alto) è l'obiettivo della Settimana dell'ipercolesterolemia familiare, promossa da Sisa, Società italiana per lo studio dell'aterosclerosi. Da domani, Giornata europea dedicata alla patologia, sarà possibile contattare o recarsi nei centri specializzati Sisa (www.sisa.it) fino al 29 settembre per avere informazioni sulla malattia.

CONTROLLI

«Nelle forme più gravi i valori alti spesso si manifestano già durante l'infanzia. È molto importante, quindi, eseguire i controlli sin da giovani, prima dei 18 anni, specie se in presenza di colesterolo alto nei genitori, e ripeterli almeno ogni 5 anni - spiega Maurizio Averna, presidente Sisa - C'è poi la forma, cosiddetta poligenica comune, in cui fattori ambientali e l'alimentazione, agiscono in presenza di fattori

genetici predisponenti aumentando i livelli di colesterolo».

Aderiscono alla manifestazione i 38 centri italiani per lo studio delle dislipidemie legati dal progetto Lipigen. Nel Lazio sono coinvolte strutture dell'università La Sapienza - Umberto I e del policlinico universitario Tor Vergata, mentre in Campania il centro per le malattie da arteriosclerosi del Cardarelli e il Centro coordinamento regionale per le iperlipidemie U.o. Napoli di via Pasini.

Il colesterolo alto è un male silenzioso che non dà sintomi ma che non va trascurato: con il passare degli anni, infatti, può comportare la formazione di placche che ostruiscono le arterie aumentando, con altri fattori, il rischio per il cuore.

FATTORI

«Le persone considerano erroneamente i livelli di colesterolo come un fattore di rischio meno pericoloso rispetto ad altri - aggiunge Alberico Catapano ordinario di Farmacologia a Milano e direttore generale Fondazione Sisa - In realtà il colesterolo geneticamente alto è un fattore determinante per l'elevato rischio cardiovascolare dei pazienti, cioè per la possibilità che si verifichi un infarto». Una malattia

sottodiagnosticata: in Italia, ogni anno, vengono individuati 7-8mila nuovi malati ma sarebbero il 3-4% del totale.

LA SVOLTA

I nuovi farmaci agiscono tutti contro la proteina Pcsk9 (bloccando la sua azione si facilita l'abbassamento del colesterolo) promettono di ottenere risultati dove le statine non arrivano. La speranza di medici e pazienti è concentrata soprattutto su un vaccino.

L'annuncio è stato dato all'inizio di quest'anno, nel 2016 i primi test sull'uomo. «Immaginate di andare una volta l'anno dal medico di base per il vaccino contro il colesterolo» ripetono gli specialisti. Mentre i farmaci agiscono contro la proteina Pcsk9, il vaccino dovrebbe "insegnare" al sistema immunitario a riconoscerla ed inibirla da solo.

«I pazienti con ipercolesterolemia familiare - spiega ancora Alberto Zambon, Lipidologo del dipartimento di Medicina interna dell'università di Padova - rappresentano una sfida clinica perché hanno livelli di colesterolo così elevati che solo uno su 5 raggiunge il target terapeutico nei migliori centri internazionali, figuriamoci nella quotidiana pratica clinica».

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA




Il caso

Quella speculazione sul farmaco anti Aids

di **Adriana Bazzi**

Da un giorno all'altro il prezzo è balzato da 13,50 a 750 dollari per pastiglia: il farmaco, in commercio da oltre sessant'anni, si chiama pirimetamina (nome commerciale Daraprim) e serve per curare malattie infettive come toxoplasmosi e malaria. Succede negli Usa. Ma qui non c'entrano i costi di ricerca e di sviluppo di medicine innovative che giustificano (in parte) i prezzi elevati degli ultimi antitumorali, dei nuovi farmaci anti-epatite C o dei recenti anticorpi anticolesterolo. Questa volta si tratta di spregiudicate operazioni commerciali. Il caso del Daraprim è esemplare. Il farmaco è stato acquistato da una start-up che ha alzato il prezzo del 5.000%. «Vogliamo utilizzare i guadagni per studiare nuove terapie per la toxoplasmosi (malattia infettiva che può essere grave nei bambini nati da madri infette o nei pazienti immunodepressi come i malati di Aids o di cancro), con minori effetti collaterali», si giustifica l'azienda. Ma molti pazienti rischiano di essere esclusi dalla terapia in nome di una nuova strategia di business farmaceutico. In Italia la pirimetamina non è più in commercio: le farmacie ospedaliere la comprano all'estero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un avatar in corsia

A Milano debutta
il robot-dottore
Parla, visita, fa esami:
lo specialista
collegato a distanza

MILANO Il medico è lontano, le indicazioni sul da farsi arrivano tramite la tastiera dell'iPad: «Vai alla stanza 251». Il robot si mette in moto e avanza lungo il corridoio dell'ospedale fino a raggiungere la camera del paziente con un problema di aritmia al cuore. «Buongiorno come sta oggi?», chiede il dottore mentre la sua figura compare sul monitor installato sopra le spalle dell'automa a mo' di testa. «Potrei stare meglio», risponde l'anziano che sta per essere sottoposto a una serie di esami medici. Tutti saranno eseguiti con l'aiuto del robot.

Il suo nome è Rp-Vita, che sta per «Remote Presence Virtual». E il suo ingresso in corsia è tutt'altro che un film di fantascienza. L'*avatar* del medico è una realtà. L'alter ego robotico che si muove, visita, parla ed esegue gli esami clinici per conto del dottore arriva per la prima volta in Italia direttamente da Santa Barbara, California. Di ieri, il debutto, al Policlinico San Donato, un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico alle porte di Milano specializzato in malattie cardiovascolari. Mentre negli Usa ce ne sono al lavoro già mille duecento (la Food and Drug Administration ha autorizzato il loro ingresso in corsia nel 2013).

Il medico vuole capire se il paziente ha le pupille dilatate, para-

metro fondamentale nei postumi di ictus, così attiva la telecamera del robot che, grazie a uno zoom ottico, permette di analizzarle anche a centinaia di chilometri di distanza. L'elettrocardiogramma appena eseguito viene inquadrato e ingrandito per essere commentato in diretta. E, dopo che un infermiere ha attaccato al robot l'uscita video di un ecografo e di una sonda per l'endoscopia, il dottore può teleguidare i due esami. Dal corpo metallico di Rp-Vita esce poi, come un braccio, uno stetoscopio che consente di auscultare il cuore e i polmoni. I microfoni permettono la comunicazione anche tra più medici, ognuno in un posto diverso, per un consulto multidisciplinare.

Il robot, alto un metro e 70, costa tra i 100 e i 180 mila euro l'anno (a noleggio). Al Policlinico San Donato ne ha voluti due il medico Carlo Pappone, conosciuto anche come l'elettricista del cuore, che ha presentato la novità in occasione dell'inaugurazione del suo nuovo reparto di Elettrofisiologia. «Il robot non sostituisce il dottore, ma rappresenta un'estensione delle capacità umane che hanno un limite oggettivo: non si può essere in due posti diversi nello stesso momento — spiega Pappone, autore di una recentissima sco-

perta sulla cura per la sindrome di Brugada, causa di morte improvvisa anche tra i giovani, spesso sportivi —. Il mio *avatar* mi consente di mantenere i rapporti con i pazienti e collaboratori anche da lontano oppure mi permette di entrare nella stanza di un paziente di notte con il medico di guardia». Nasce, però, un dubbio: così la medicina rischia di disumanizzarsi? Riflette Gabriella Pravettoni, docente della Statale e promotrice del primo patto tra medico e paziente sull'umanizzazione delle cure allo Ieo: «Non bisogna pensare che l'innovazione tecnologica tolga sostanza al rapporto tra medico e paziente. La tecnologia dev'essere un aiuto per dare una risposta ancora più personalizzata ai bisogni di ciascuno».

Grazie a un Gps incorporato il robot ha memorizzato lo spazio in cui deve muoversi. E, dopo il consulto, torna automaticamente alla postazione di ricarica. Pronto per la prossima visita. «Adesso mi sembra questa la realtà — dice Jake Sully, il protagonista del film *Avatar* di James Cameron —. E il mondo reale la fantasia».

Simona Ravizza
@SimonaRavizza
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Perché sono allergico? Ora può svelarlo la "foto" del microbiota

**Lorenza
Putignani**
Biologa

RUOLO: È RESPONSABILE
DI PARASSITOLOGIA ALL'OSPEDALE
PEDIATRICO BAMBINO GESU' DI ROMA



DANIELE BANFI

Un chilo e mezzo del nostro peso è dovuto ai microrganismi. Una presenza ingombrante, localizzata soprattutto nell'intestino, e tutt'altro che priva di effetti: sempre più studi indicano che gli squilibri nella composizione del microbiota - così lo chiamano gli scienziati - sono associati a diverse condizioni patologiche. Ecco perché studiarne le alterazioni e correggerle è una strategia vincente.

Com e spiega Lorenza Putignani, responsabile di Parassitologia all'Ospedale Bambino Gesù di Roma, «nell'intestino ci sono famiglie batteriche diversificate che modulano una serie di attività metaboliche: assorbimento dei nutrienti, produzione energetica, omeostasi dell'immunità della mucosa ed effetto barriera contro i patogeni». Trilioni di micror-

ganismi che non possono non influenzare la salute dell'individuo. Ora, grazie a una tecnica sviluppata all'Ospedale Bambino Gesù, è possibile indagare queste relazioni. Obiettivo è scattare una «foto» dell'ecosistema intestinale, indicandone composizione, funzionamento e modificazioni. «L'esame fornisce anche un quadro delle interazioni tra i batteri e delle loro modificazioni in rapporto allo stato di salute o malattia. Il tutto è gestito attraverso soluzioni bioinformatiche e così è possibile trasferire i dati nella clinica».

Oggi sappiamo che anche un piccolo cambiamento del microbiota può influire su condi-

zioni come l'obesità, gli stati allergici, le malattie e le sindromi infiammatorie intestinali, oltre alle patologie metaboliche. Disturbi

che possono essere trattati attraverso una modulazione della flora. «La dieta ha un ruolo fondamentale. Ci sono poi casi in cui è utile la somministrazione di probiotici. Infine, nei casi gravi, come quelli generati dal Clostridium difficile, l'infezione può essere risolta con un trapianto di microbiota».

«Tutto, però, deve essere fatto in modo controllato», è stato sottolineato al convegno «Nutrire la vita» svoltosi a Roma. Meglio diffidare dei test «fai da te» acquistabili sul web.



Scacco alla morte cardiaca improvvisa

Guarita da italiani la Sindrome di Brugada che causa 1 decesso su 5

Presentata al Policlinico lombardo San Donato la procedura, condotta da Carlo Pappone in collaborazione con lo scopritore della patologia, che ha cambiato la vita ai primi 25 pazienti

VITO SALINARO

MILANO

Da oggi la Sindrome di Brugada, malattia cardiaca responsabile del 20% dei casi di "morte improvvisa", che solo in Italia provoca 50 mila decessi all'anno, ha una cura definitiva. L'eccezionale scoperta destinata ad entrare nella storia della medicina, è italiana ed è stata presentata ieri nell'Irccs Policlinico San Donato, alle porte di Milano, da Carlo Pappone, direttore dell'unità di Elettrofisiologia e aritmologia del nosocomio, capofila dell'omonimo gruppo ospedaliero. Mezzo milione di italiani, alcuni inconsapevolmente, vivono con una "bomba a orologeria" nel petto, un terribile conto alla rovescia che indica l'ora in cui il loro cuore, un giorno, si fermerà. La grande sfida dei medici, che sinora ha prodotto risultati limitati e mai definitivi, consisteva nell'identificare l'ordigno e la sua durata prima dell'esplosione. Una lotta impari quella tra la medicina e la devastante patologia che colpisce soprattutto pazienti di età inferiore ai 40 anni. Nelle persone con una diagnosi certa l'unica terapia possibile, ma solo palliativa, era l'impianto del defibrillatore. Uno dei casi recenti più noti ha riguardato il centrocampista 25enne Piermario Morosini, crollato in campo il 14 aprile 2012 nel corso

dell'incontro di calcio di serie B Pescara-Livorno. Nulla hanno potuto i soccorritori.

Adesso quel maledetto conto alla rovescia causato dalla Sindrome è destinato a scomparire. Per sempre. A San Donato Milanese, dove si è svolta l'inaugurazione dell'Unità diretta da Pappone, alla presenza del governatore della Lombardia, Roberto Maroni, e del cardiologo spagnolo Josep Brugada - colui che nel 1992, con il fratello Pedro ha offerto la descrizione più completa della sindrome che porta il cognome di famiglia -, sono stati presentati i casi dei primi pazienti guariti. Uno studio rivoluzionario che l'elettrofisiologo nato a Benevento 54 anni fa - 150 mila cuori operati, 295 pubblicazioni, 12 mila citazioni, impact factor superiore a 1.200 - firmerà proprio con Brugada, in ottobre, sulla prestigiosa rivista scientifica *Circulation EP*.

Dei 25 pazienti trattati, 8 sono stati operati nel Ravennate, al Maria Cecilia Hospital di Cotignola, dove Pappone ha lavorato prima di arrivare a San Donato e dopo gli anni trascorsi all'Irccs San Raffaele di Milano. Gli altri 17 sono stati curati al Policlinico San Donato dove tutta l'équipe dello scienziato si è trasferita. I pazienti sono stati sottoposti all'ablazione di una regione del ventricolo destro dove vengono bruciate le cellule malate: «Questo è il primo studio al mondo in cui una malattia genetica può scomparire applicando una particolare corrente elettrica (radiofrequenza) attraverso un sondino che raggiunge la superficie del ventricolo destro», ha affermato Pappone. «È una notizia molto importante - ha proseguito - per tutti quei pazienti che,

consapevoli di avere la Sindrome di Brugada, vivono nel terrore delle conseguenze della loro malattia». La tecnica che «abbiamo messo a punto - ha aggiunto l'ideatore - richiede mezzi (l'intervento costa all'ospedale circa 10 mila euro a fronte di un rimborso regionale di 6 mila: vuol dire che per ogni procedura perdiamo 4-5 mila euro), ma soprattutto esperienza e competenza. È nostra intenzione creare un centro di eccellenza per questa Sindrome. Un polo per attrarre pazienti da tutto il mondo».

Nel corso dell'inaugurazione del reparto - tanto Maroni quanto il presidente del Gruppo San Donato, Paolo Rotelli, hanno definito «sacrosanta» l'intenzione del governo Renzi di inserire i costi standard della sanità nella prossima legge di Stabilità -, sono state presentate le più avanzate dotazioni tecnologiche, per un investimento di 25 milioni. Tra queste, due robot "col camice" che funzionano come un Avatar del medico curante, del quale hanno la voce e il volto. Quando il professionista è lontano dall'ospedale, il robot è in grado di sostituirlo. Viene guidato in remoto, tra l'altro, per dialogare con pazienti e collaboratori, rilevare parametri vitali, leggere le cartelle cliniche.

«Sono stati operati investimenti rilevanti - ha evidenziato l'amministratore delegato del Policlinico San Donato, Andrea Mecenero - che ci proiettano responsabilmente nel futuro. Con le ultime professionalità inserite in ospedale, completiamo un percorso diagnostico-terapeutico unico in Italia, dove clinica, didattica e ricerca si combinano per creare un modello di eccellenza internazionale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Questo sito utilizza cookie tecnici e di profilazione propri e di terze parti per le sue funzionalità e 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 qui](#). Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina o cliccando qualunque suo elemento acconsenti all'uso dei cookie.

Accetto

 Servizi > | Digital Edition | Mobile | Abbonamenti | Corriere Store 





 19°C MILANO  | 

CORRIERE DELLA SERA / SALUTE

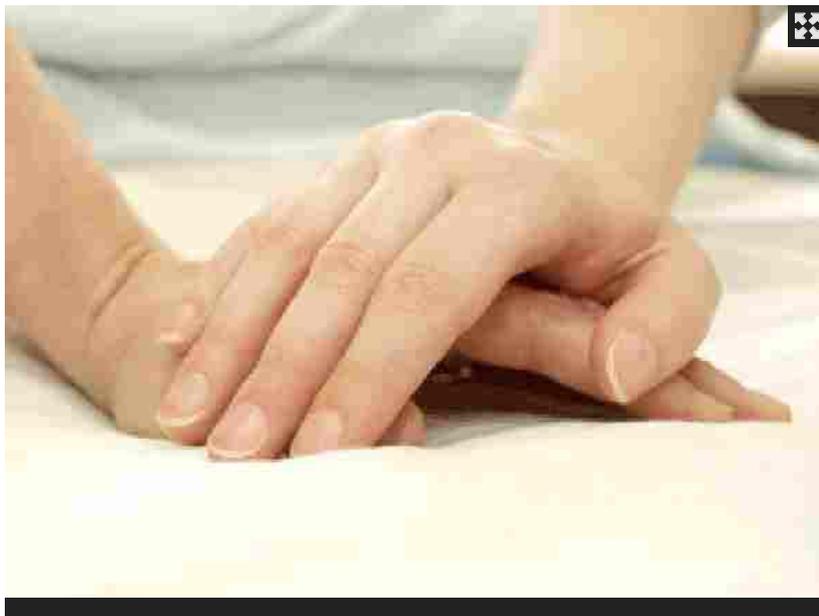
 HOME  ECONOMIA SPORT LA LETTURA SCUOLA SPETTACOLI **SALUTE** SCIENZE INNOVAZIONE TECH MOTORI VIAGGI CASA CUCINA IODONNA 27ORA MODA


IL CASO

È un diritto provare un farmaco sperimentale per disperazione?

La legge statunitense Right to try consente ai malati terminali l'accesso a farmaci sperimentali (a proprie spese) ma i rischi di false speranze sono alti

di Danilo Di Diodoro



La legge statunitense *Right-to-try* (Diritto di provarci), già introdotta nella maggioranza degli stati, consente a pazienti con malattie terminali di chiedere l'accesso a farmaci ancora in fase sperimentale, al di fuori dei trial clinici e senza il permesso per uso compassionevole da parte dell'FDA (Food and Drug Administration). La legge è stata promossa dal Goldwater Institute e prescrive che la richiesta sia fatta dal medico curante del paziente. Il suo principio ispiratore è velocizzare l'accesso per chi ormai ha poco tempo davanti a sé e anche di deburocratizzarlo. Ne parla un articolo pubblicato su JAMA, intitolato «*Questions of safety and fairness raised as Right-to-try movement gains steam*», scritto da Julie Jacob. Naturalmente la questione solleva mille problemi di tutti i tipi.

I rischi di false speranze

Il primo è il rischio di inseguire false, seppur comprensibili, speranze, considerato



SALUTE

È un diritto provare un farmaco sperimentale per disperazione?



SPORTELLINO CANCRO

Le raccomandazioni Usa: un'aspirina al giorno contro il cancro al colon



SALUTE

6 azioni concrete contro la disfunzione erettile: cosa potete fare



NEUROSCIENZE

Il 95% dei giocatori di football americano ha danni al cervello



CITY1TAP

Scarica la guida di Milano per vivere il meglio del fuori Expo



NUTRIZIONE

Allergie alimentari: ogni anno si fanno 4 milioni di test inutili



CARDIOLOGIA

Sesso dopo un infarto: «Non è più rischioso di salire le scale»

anche che i medici curanti poco o nulla possono sapere della reale efficacia e dei possibili rischi dei farmaci ancora in via di sperimentazione. Inoltre sotto c'è l'idea che comunque il nuovo che arriva sia, o possa essere, meglio del vecchio, mentre la storia recente insegna che spesso le illusioni create dalle nuove molecole si sono infrante sugli scogli di un'efficacia reale non dissimile da quella di farmaci già disponibili, e di effetti collaterali inaspettati, talora anche gravi. Non tutti sanno, tra l'altro, che la vigente legislazione europea non richiede che i nuovi farmaci siano migliorativi rispetto a quelli esistenti, per poter entrare sul mercato. È vero che chi è agli ultimi stadi di una malattia terminale ha poco da perdere e in teoria potrebbe invece avere un vantaggio inaspettato, ma c'è da tenere presente il rischio di un peggioramento della qualità di vita per effetti avversi del farmaco, proprio quando di vita ne resta poca. Insomma, un dilemma, che coinvolge anche le stesse aziende farmaceutiche, chiamate a decidere se fornire il farmaco e a chi.

Le valutazioni delle case farmaceutiche

A parte considerazioni etiche, le aziende devono fare anche valutazioni di opportunità. Concedere a un paziente un farmaco ancora in sperimentazione potrebbe indurre altri pazienti a rifiutare l'ingresso nei trial, per timore di finire nel gruppo placebo. E l'eventuale manifestazione di eventi avversi nel singolo paziente anche al di fuori dei trial clinici potrebbe comunque mettere a repentaglio il percorso di approvazione del farmaco. Poi ci sono le questioni economiche. Chi paga per un farmaco sperimentale non ancora testato? Negli Stati Uniti paga il singolo paziente e i costi possono essere molto salati.

Il caso del farmaco sulla Sla

Nel caso riportato dall'articolo di Julie Jacob, alcuni pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica volevano l'accesso a una terapia con cellule staminali i cui trial clinici erano ancora in corso all'Università del Michigan. Poi si è scoperto che ogni trattamento sarebbe costato circa 100.000 dollari, a fronte di un'efficacia ancora non dimostrata e di possibili effetti avversi non del tutto conosciuti. Alla fine tutti i pazienti si sono tirati indietro. Secondo la dottoressa Eva Feldman, direttrice del programma di ricerca neurologica dell'Università del Michigan, è molto importante che ai pazienti vengano spiegati chiaramente i dubbi ancora esistenti sull'efficacia e i possibili rischi di un farmaco i cui trial clinici sono ancora in corso, a fronte di un esborso economico certo.

Come funziona in Italia

E in Italia? Non esiste una legge *Right-to-try*, e da noi il sistema sanitario nazionale (SSN) è sempre più impegnato a selezionare gli interventi da erogare gratuitamente solo sulla base della loro appropriatezza dimostrata. L'accesso a carico del SSN di trattamenti che non abbiano ancora completato il percorso di sperimentazione sembra essere fuori discussione. «I pazienti hanno però la possibilità di richiedere, per casi molto selezionati, l'accesso a farmaci che abbiano completato almeno la fase 2 o che abbiano in corso i trial clinici di fase 3» spiega il dottor Corrado Iacono, segretario scientifica del Comitato Etico Interaziendale Bologna-Imola. «La domanda viene fatta dal medico o da un team di medici, sempre che il paziente abbia già effettuato le linee di trattamento già previste, ed è valutata con procedura accelerata dal Comitato Etico locale; successivamente all'approvazione la documentazione viene inviata all'AIFA per notifica. Il farmaco è fornito gratuitamente dall'azienda farmaceutica, alla quale viene di solito chiesto di garantire la continuità della fornitura fino alla disponibilità locale del farmaco».

Problemi etici



SU CORRIERE SELECTION

**Scopri Borsa
"Milano" di My
Walit a -50%**


SALUTE

**L'Atlante della salute
del «Corriere della
Sera»**


SPORTELLINO CANCRO

**Tumore al rene: come
viene curato? E si può
guarire
completamente?**

**Listino prezzi auto
nuove**


CARDIOLOGIA

**Andare in bici al lavoro
salverebbe milioni di
vite: il rapporto
dell'Oms sulla
sedentarietà**


PEDIATRIA

**Adolescenti a tavola,
menù poco variati: più
virtuosi gli stranieri**


MYBEAUTYBOX

**La bellezza al
prezzi più bassi del
web**

DIZIONARIO DELLA SALUTE



Cerca una parola

corpo umano

I PIÙ LETTI

OGGI

SETTIMANA

MESE

L'esempio statunitense solleva problemi etici e scientifici importanti, ed è un monito a tenere conto di quella particolare condizione psicologica in cui vengono a trovarsi pazienti e familiari a fronte di una situazione clinica ormai disperata. È compito delle istituzioni sanitarie tenere fermi i principi cautelativi del processo di sperimentazione delle nuove terapie, ma con l'impegno massimo affinché non ci siano mai ritardi in questo processo per inefficienza o burocratizzazione, in modo da garantire la correttezza scientifica, ma anche il rispetto dei diritti di chi spera nell'aiuto di nuovi trattamenti che si profilano all'orizzonte, quando ormai non ha più molto tempo.

22 settembre 2015 (modifica il 22 settembre 2015 | 13:13)
© RIPRODUZIONE RISERVATA

DOPO AVER LETTO QUESTO ARTICOLO MI SENTO...



- 1 Sesso dopo un infarto: «Non è più rischioso di salire le scale»
- 2 Le raccomandazioni Usa: un'aspirina al giorno contro il cancro al colon
- 3 Andare in bici al lavoro salverebbe milioni di vite: il rapporto dell'Oms sulla sedentarietà
- 4 Allergie alimentari: ogni annosi fanno 4 milioni di test inutili
- 5 Così rinnovare la casa è un sano passatempo
- 6 Esami del sangue - Analisi del sangue - Salute del Corriere.it
- 7 Cuore: l'esperto risponde
- 8 Diabete: gli esperti rispondono
- 9 Mal di testa: l'esperto risponde
- 10 Dermatologia pediatrica: l'esperto risponde

CORRIERE DELLA SERA

Gazzetta | Corriere Mobile | El Mundo | Marca | RCS Mediagroup | Fondazione Corriere | Fondazione Cutuli
Copyright 2015 © RCS Mediagroup S.p.a. Tutti i diritti sono riservati | Per la pubblicità: RCS Mediagroup S.p.a. - Dir. Communication Solutions
RCS Mediagroup S.p.a. - Direzione Media Sede legale: via Angelo Rizzoli, 8 - 20132 Milano | Capitale sociale: Euro 475.134.602,10
Codice Fiscale, Partita I.V.A. e Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano n.12086540155 | R.E.A. di Milano: 1524326

Servizi | Scrivi | Cookie policy e privacy | Codici Sconto



Hamburg Declaration

< PASSAPAROLA

COSA DICE IL PAESE

46% si sente



ACCEDI



<http://www.sanita24.ilsola24ore.com/>

Gran Bretagna: via a nuovi contratti “low cost”. E i giovani medici fanno le valigie per l’Oltremare



In Gran Bretagna è boom di medici del servizio sanitario che chiedono di andare a lavorare oltremare, in Australia, Nuova Zelanda e Canada. Dopo la decisione del Governo di imporre un nuovo contratto ai medici giovani, in soli tre giorni al General Medical Council sono arrivate ben 1.644 richieste di certificato sullo stato professionale, documento necessario per poter lavorare all'estero. Come riporta il quotidiano inglese *The Independent*, tutto è iniziato il 16 settembre, il giorno dopo che il Governo ha confermato di voler cercare di imporre questo nuovo contratto ai giovani medici, quando il loro sindacato, la British Medical Association (BMA), si è rifiutato di tornare al tavolo delle trattative. La riforma proposta vorrebbe decurtargli il pagamento di bonus per il lavoro notturno infrasettimanale e di sabato. Si stima che migliaia di medici inglesi, circa 5mila l'anno, negli ultimi anni abbiano scelto di emigrare e lavorare all'estero, soprattutto in Australia, Nuova Zelanda e Canada. Ma con il boom di richieste arrivate negli ultimi giorni, il 2015 vedrà quasi sicuramente segnare un nuovo record. I governi di Scozia e Galles hanno già fatto sapere che non hanno intenzione di adottare questo nuovo contratto.

L'esperienza di Timothy

Timothy Parker , 26 anni, è un giovane medico partito per il New South Wales in Australia. Si è formato nel Regno Unito, ma oggi è fortemente critico verso il suo paese di origine: «La verità è che il Nhs è a pezzi. Livelli di personale insufficiente, a fronte di una crescente domanda e di aspettative da parte dei pazienti, insieme alla decimazione delle risorse economiche hanno creato un sistema in cui i pazienti sono protetti solo dai medici brutalmente oberati di lavoro e troppo stanchi. In Australia è tutto diverso: reparti con organici adeguati, formazione eccellente , un minor numero di ore per una paga migliore e un ambiente favorevole in grado di fornire assistenza ai pazienti secondo i gold-standard . I nostri amici australiani apprezzano i loro medici , mentre in Gran Bretagna, vengono “disumanizzati” per opportunità politica».