

## SANITÀ

## Pillola dei cinque giorni dopo “Snobbate” le parafarmacie

ROMA

Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale sabato 8 maggio, la pillola dei cinque giorni dopo per la contraccezione, adesso si può comprare direttamente in farmacia senza prescrizione medica. Ma a una manciata di giorni dal varo delle norme, è già polemica.

«È assurdo, l'Aifa chiarisca», ha dichiarato ieri il presidente della Federazione nazionale parafarmacie italiane, Davide Gullotta. «La confusione è totale. Gli stessi grossisti, non avendo informazioni al riguardo, quando ricevono la richiesta da un farmacista di parafarmacia rispondono di esserne sforniti,

mentre non hanno dubbi a consegnare il prodotto se la richiesta arriva da una farmacia». Secondo Gullotta è il problema di sempre: «L'esistenza di farmaci con uguale composizione chimica e uguale dosaggio, ma che da un'azienda sono classificati in fascia C o A e da altri considerati senza obbligo di ricetta. È il momento, ancora una volta, che l'Aifa faccia chiarezza».

Il provvedimento prevede «l'erogazione del farmaco anti-concezionale d'emergenza “ellaOne” (ulipristal acetato, 30mg) senza prescrizione medica per le donne maggiorenni e per tutte l'abolizione dell'obbligo del test di gravidanza preventivo.



## ASCO 2015: da Bms primi dati di fase III per nivolumab nel polmone ed elotuzumab nel mieloma multiplo



17 maggio 2015

Si scaldano i motori in attesa dell'ASCO, il più importante congresso al mondo in oncologia che si terrà a Chicago il prossimo 29 maggio – 2 giugno. Con un comunicato, Bristol-Myers Squibb ha anticipato che all'ASCO saranno presentati nuovi importanti risultati relativi a tre farmaci immuno-oncologici.

Si tratta dei dati di nivolumab ed ipilimumab in diversi tipi di tumori solidi e di elotuzumab nel mieloma multiplo in recidiva o refrattario. In tutti gli studi l'Italia ha svolto un ruolo di primo piano.

In particolare, saranno presentati i primi studi di Fase III (CheckMate -057 e -017) che hanno valutato nivolumab nel tumore del polmone non a piccole cellule avanzato, sia non squamoso che squamoso. Il trattamento con nivolumab ha dimostrato un aumento della sopravvivenza rispetto alla chemioterapia con docetaxel in pazienti pre-trattati.

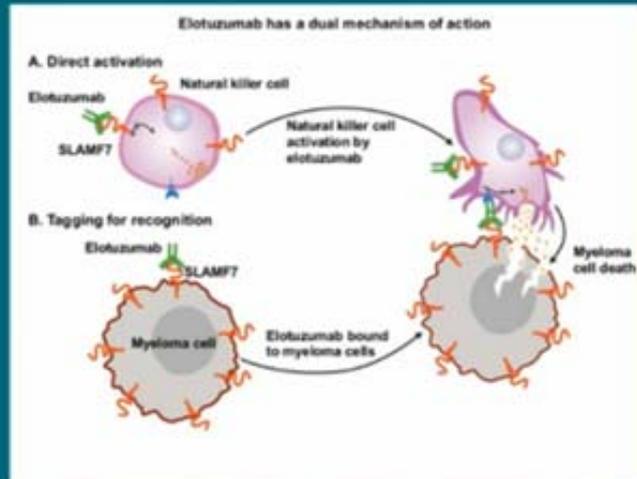
Poi, saranno presentati i dati del primo studio di fase III con la combinazione nivolumab ed ipilimumab nel melanoma avanzato (CheckMate -067), rispetto alla monoterapia con nivolumab o ipilimumab.

Infine, per la prima volta saranno resi noti i dati dello studio di fase III ELOQUENT-2 con elotuzumab, farmaco immuno-oncologico utilizzato nel trattamento del mieloma multiplo.

Elotuzumab è un anticorpo monoclonale sperimentale appartenente al gruppo dei farmaci immuno-oncologici (definito più propriamente immuno-stimolante) che ha come bersaglio SLAMF7 (Signaling Lymphocyte Activation Molecule), una glicoproteina di superficie altamente e uniformemente espressa nelle cellule di mieloma e sulle cellule Natural Killer (NK), ma non nei tessuti normali o nelle cellule staminali ematopoietiche.

Elotuzumab è attualmente in sperimentazione per valutare se la molecola possa selettivamente colpire le cellule di mieloma. Si pensa che elotuzumab agisca attraverso un duplice meccanismo d'azione: legandosi a SLAMF7 sulle cellule NK, attivandole direttamente, e legandosi a SLAMF7 sulle cellule di mieloma, rendendole visibili al riconoscimento e alla distruzione da parte delle cellule NK.

## Multiple Myeloma and the Role for Elotuzumab



- There are currently no antibodies available to treat MM
- Targeting SLAMF7 is a novel mechanism of action
- Targets both the tumor and the host

presented at ASCO Annual Meeting

A maggio 2014, la FDA ha concesso ad elotuzumab la designazione di 'Breakthrough Therapy' per l'utilizzo in combinazione con uno dei trattamenti chemioterapici per il mieloma multiplo (lenalidomide, usato in combinazione con desametasone) nei pazienti che avevano ricevuto uno o più trattamenti precedenti.

Bristol-Myers Squibb e AbbVie hanno sviluppato insieme elotuzumab, ma solo Bms sarà impegnata nella commercializzazione del farmaco.

[[chiudi questa finestra](#)]

# Chirurghi esperti per i tumori

Migliore la sopravvivenza dei pazienti operati in centri con ampie casistiche. Lo conferma il nuovo Rapporto sulla condizione assistenziale

**M**olti studi scientifici lo hanno dimostrato negli ultimi anni: la sopravvivenza dei malati di cancro è di gran lunga migliore quando vengono seguiti in centri specializzati, dove possono essere curati da un team di medici multidisciplinare e da personale che abbia esperienza, importantissima soprattutto per i casi più complessi. Alla stessa conclusione è arrivata l'indagine condotta per conto del Ministero della Salute dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), contenuta nel Programma Nazionale Esiti 2014.

Gli esperti hanno analizzato i dati sull'attività chirurgica degli ospedali italiani in merito a vari tipi di tumori (colon, polmone, stomaco e seno) collegandola poi alla mortalità, e i risultati non lasciano dubbi: dove si opera di più e l'esperienza è maggiore si muore di meno.

Purtroppo, però, l'80 per cento degli ospedali italiani ha

volumi di attività chirurgica oncologica troppo bassi. «La chirurgia rappresenta il caposaldo dell'approccio multidisciplinare ai tumori solidi ed è spesso determinante per il successo globale delle cure» sottolinea Alfredo Garofalo, past president della Società italiana di Chirurgia Oncologica, che affronta questo tema nel Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici 2015, presentato nei giorni scorsi in occasione della Giornata nazionale del malato oncologico (le cui iniziative si concludono oggi 17 maggio), organizzata dalla Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (Favo). «Il concetto alla base dei numeri è molto semplice: — prosegue Garofalo — più si ha esperienza nel fare una cosa, maggiori sono le probabilità che quella cosa riesca meglio. Ciò non significa che per i pazienti oncologici sia sempre necessario spostarsi alla ricerca dei Centri più esperti, ma è

sicuramente consigliabile farlo quando si tratta di patologie complesse o rare».

«Vanno creati percorsi di cura uniformi nelle varie regioni per garantire l'accesso alle cure più efficaci per tutti i pazienti indipendentemente dal luogo di residenza — aggiunge Francesco De Lorenzo, presidente Favo —. Il taglio dei posti letto previsto per legge, andrebbe attuato sulla base di questi dati del Rapporto, che mettono in evidenza gravi problemi circa la sicurezza e la qualità degli interventi chirurgici. Inoltre, abbiamo più volte rilevato che esistono enormi disparità anche nell'accesso rapido ai farmaci più innovativi: in alcuni casi ci vogliono oltre 600 giorni perché ai malati arrivi un medicinale già approvato dall'Agenzia Italiana del Farmaco, con notevoli differenze tra regione e regione».

Resta il fatto che i piccoli ospedali sono spesso il punto d'inizio per molti malati. «Ancora oggi circa il 20% dei malati

con cancro del colon o dello stomaco arriva al Pronto soccorso con sintomi acuti (occlusione o dolori) e lì riceve la diagnosi di tumore — concorda Garofalo —. Sul modello delle reti per l'emergenza, anche i malati oncologici, una volta stabilizzati e identificata l'indicazione chirurgica, dovrebbero essere inviati al centro di riferimento più vicino, in grado di affrontare la situazione in maniera multidisciplinare integrata. Il chirurgo degli ospedali periferici, se inserito in un gioco di squadra allargato, potrà svolgere un ruolo determinante nella presa in carico dei pazienti».

«Le Reti oncologiche regionali potrebbero risolvere molti dei problemi ancora aperti: dall'accesso rapido ai farmaci più innovativi ai tagli sugli sprechi, nell'ottica di offrire il meglio ai malati e con costi sostenibili dal Servizio sanitario» conclude De Lorenzo.

**Vera Martinella**  
 © RIPRODUZIONE RISERVATA

## L'appuntamento

I dati sono stati resi noti in occasione della Giornata nazionale del malato oncologico.

## Programmazione

I tagli previsti per legge ai posti letto vanno fatti sulla base di queste valutazioni di qualità

### In Italia

#### Tumore del colon

52.000 i nuovi casi nel 2014

Dove si eseguono **50/70** interventi l'anno, mortalità post operatoria\* **inferiore al 5%**

Chirurgie per tumore del colon **177** quelle che superano i 50 interventi annui\*\*

#### Tumore del polmone

40.000 i nuovi casi nel 2014

Dove si eseguono **50/70** interventi l'anno, mortalità post operatoria\* **inferiore al 5%**

Chirurgie per cancro del polmone **36** quelle che superano i 100 interventi annui\*\*

#### Tumore allo stomaco

14.500 i nuovi casi nel 2014

Dove si eseguono **20/30** interventi l'anno, mortalità post operatoria\* **inferiore al 10%**

Chirurgie per cancro allo stomaco **108** quelle che superano i 20 interventi annui\*\*

\*a 30 giorni \*\*dati 2013  
 Fonte: Programma Nazionale Esiti 2014



## Il supporto di uno psicologo per affrontare senza «mezze verità» la diagnosi e le scelte terapeutiche

**A**vere accesso alle migliori terapie disponibili è un passo fondamentale per curare con successo un tumore. Altrettanto indispensabile è però prendersi cura del benessere psicologico dei malati, che devono essere pienamente informati della loro condizione anche per poter prendere parte alle decisioni sulle terapie, come peraltro è previsto dalla legge sul consenso informato alle cure.

«Gli studi più recenti suggeriscono che la maggior parte dei pazienti preferisce conoscere la verità sulla propria salute e ricevere informazioni dettagliate sulla patologia, la prognosi e le possibilità di cura — spiega, nel Rapporto 2015 della Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia, Anna Costantini, presidente della Società Italiana di Psico-oncologia —. Inoltre, i malati desiderano avere notizie sulla prognosi, in un ambiente riservato, durante un colloquio (senza interruzioni) in cui potranno riuscire a esprimere paure e preoccupazioni e il medico abbia modo di verificare che il paziente abbia compreso tutti gli aspetti».

In Italia c'è sempre stata una tendenza alla "mezza verità" che vede spesso uniti medici e familiari nell'intento di proteggere il malato, non sempre consapevole della diagnosi e delle condizioni reali in cui si trova. L'atteggiamento paternalistico che minimizza il numero di nozioni date al diretto interessato si è però sempre più ridotto negli ultimi dieci anni, anche per via dell'obbligatorio consenso informato introdotto nel 2006. Da un'indagine italiana pubblicata lo scorso mese sulla rivista scientifica *Psycho-Oncology* è emerso che, in effetti, la grande maggioranza dei malati interpellati (87%) era consapevole della diagnosi, ma la metà delle persone con tumore metastatico valutava erroneamente le proprie possibilità di guarigione. Inoltre, circa un terzo degli intervistati pensava che i familiari nascondessero spesso o sempre le cattive notizie per proteggerli. «I malati — osserva Costantini, autrice principale dello studio e direttore della Psico-oncologia all'ospedale Sant'Andrea di Roma — hanno dichiarato d'aver bisogno di parlare con i propri cari della malattia, mentre queste mezze verità ostacolano un dialogo sincero, che è ciò di cui i pazienti hanno più bisogno». Emerge

anche chiaramente che conoscere la realtà delle cose non porta a disperazione, non accresce lo stress dei malati, non influisce sui loro processi di adattamento mentale al cancro. «È quindi fondamentale che dalla diagnosi in poi, per la scelta delle terapie e anche nella fasi più difficili della malattia avanzata, i pazienti siano al centro anche della comunicazione — aggiunge Luigi Grasi, direttore della Clinica Psichiatrica all'Università di Ferrara, tra gli autori dell'indagine —. Sempre più di frequente, davanti alle molte nuove terapie disponibili, i pazienti sono chiamati a prendere decisioni importanti insieme ai loro curanti: dev'essere chiaro, in questo percorso, quale sia il desiderio dei malati e se vogliono o meno condividere le scelte con i parenti».

È facile capire che, se la situazione volge al peggio, ci si voglia preparare; ma anche nei casi

### L'auspicio

Servono ambulatori dedicati, con un'attenzione specifica alla riabilitazione non solo fisica, ma anche psichica

in cui si arriva alla guarigione accade che le persone, negli anni successivi alle terapie, soffrano di disagi fisici o psicologici non trattati. O, peggio, non riconosciuti affatto. «Gli italiani che convivono con una diagnosi di tumore, recente o lontana nel tempo, secondo le stime nel 2015 arriveranno a 3 milioni — conclude Stefania Gori, segretario nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica e direttore dell'Oncologia all'ospedale Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar (Verona) —. Cresce anche il numero di guariti e lungosopravvivenenti, che hanno nuove necessità a cui dobbiamo far fronte, sul piano medico e sociale. Servono ambulatori dedicati, con un'attenzione specifica alla riabilitazione psico-fisica: la riorganizzazione degli ospedali, con la creazione delle Reti Oncologiche Regionali, deve tener conto anche di questo».

V. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Strategia

### Reti regionali e parità nei trattamenti

I nostro sistema sanitario è fra i migliori in Europa: sei pazienti su 10 guariscono. Ma abbiamo 20 realtà regionali diverse e troppe differenze (e sprechi) sul territorio. È questa l'estrema sintesi del Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici 2015. Per garantire a tutti le migliori cure disponibili, esperti e associazioni di pazienti chiedono da tempo l'effettiva creazione di Reti Oncologiche Regionali, ancora poco diffuse. Le Reti prevedono centri di

riferimento per la cura del cancro in ogni regione e strutture satelliti sul territorio. Ogni qual volta possibile, i malati sono curati nelle strutture più vicine a casa, ma se è necessario vanno affidati ai centri principali, dove si concentrano esami sofisticati, diagnosi e cure complesse, interventi chirurgici complicati e medici specializzati che lavorano in équipe, con esperienza su grandi numeri per prendere decisioni delicate.

**V. M.**

18-05-2015

<http://www.notiziarioitaliano.it>

## ***Contro il tumore al testicolo 5 mosse salvavita***

MADRID - Gli uomini dovrebbero imparare a fare l'autopalpazione dei testicoli, come la donna fa con il seno, per individuare anomalie che possono far pensare a un tumore. Lo hanno affermato gli esperti durante il Congresso della Società Europea di Urologia (Eau 2015) che si tiene a Madrid fino al 24 marzo, che hanno individuato le cinque mosse salvavita per la diagnosi. "Il tumore al testicolo - spiega Vincenzo Mirone, Segretario Generale della Società Italiana di Urologia (Siu) - è la neoplasia più comune nei giovani maschi con età compresa fra i 25 e i 49 anni, rappresentando circa l'1% del totale e il 3-10% di quelli che colpiscono l'apparato urogenitale maschile". La prima delle cinque regole individuate dalla Siu prevede di avvolgere il testicolo, prima uno e poi l'altro, nel palmo delle mani; la seconda di esaminarlo facendolo ruotare accuratamente tra pollice e indice di entrambe le mani. Quindi la terza mossa, il sensibile ausilio delle dita che devono andare a caccia di noduli duri, gonfiori morbidi o tondeggianti o di qualsiasi altra anomalia, riferendone la presenza al medico. La quarta regola dell'autopalpazione è la periodicità della procedura, poiché per essere utile deve essere ripetuta mensilmente e dopo un bagno caldo, quando cioè il sacco scrotale è rilassato e meglio ispezionabile. C'è anche una quinta ulteriore condizione di efficacia, un inizio precoce della palpazione.

<http://www.agi.it/>

## Disoccupazione fa aumentare mortalita' cancro prostata



AGI) - Roma, 18 mag. - La disoccupazione fa aumentare anche il tasso di mortalita' per cancro alla prostata. Lo dimostra un nuovo studio condotto da un gruppo di ricercatori del King's College di Londra che hanno pubblicato i risultati della loro ricerca sulla rivista online *Ecancermedicalseience*. Questo e' il primo studio che ha sistematicamente esplorato le conseguenze che i cambiamenti della disoccupazione - in particolare la Grande Recessione della fine degli anni 2000 - hanno avuto nella creazione di morti in eccesso a causa di una malattia curabile come il cancro alla prostata. L'effetto e' durato per almeno cinque anni dopo un aumento dell'1 per cento della disoccupazione, dice Johnathan Watkins principale autore della ricerca. Ma e' stato l'effetto semplicemente dovuto al fatto che i pazienti disoccupati potrebbero appartenere a gruppi sociali che hanno maggiori rischi di mortalita' per cancro alla prostata? A quanto pare no. La tendenza e' continuata anche dopo che ricercatori hanno controllato l'effetto di forze in competizione, come fattori economici, le infrastrutture, le risorse ospedaliere, e la spesa sanitaria.

Il problema, spiegano i ricercatori e' probabilmente dovuto a una coorte di fattori influenzati dalla macroeconomia, quali i cambiamenti nella nutrizione, sfide sociali e risultati forse anche psicologici. "Ci sono due vaste implicazioni che emergono da questo studio", spiega Watkins. "In primo luogo, le politiche a sostegno dell'occupazione possono avere effetti a catena sui tassi di mortalita' per una malattia curabile come il cancro alla prostata positiva. In secondo luogo, gli operatori sanitari devono essere consapevoli dei rischi aggiuntivi derivanti dalla disoccupazione, e facilitare l'accesso delle cure per questa popolazione".(AGI) .

# RACE FOR THE CURE

## I 70mila in rosa di corsa contro il tumore al seno

*La sedicesima edizione della Komen è da record  
Al via anche 5000 donne che hanno vinto il cancro*



**MARIA ELENA BOSCHI**

«È importante continuare ad attirare l'attenzione per salvare la vita a tante donne»



**IGNAZIO MARINO**

«Il tumore al seno è una malattia non solo curabile ma da cui si può guarire»

**Flavia Scicchitano**

Race for the Cure batte ogni record. La corsa per la lotta contro il tumore al seno, organizzata dall'associazione Komen Italia e giunta alla sua 16esima edizione, ieri ha portato sulle strade del centro di Roma oltre 60 mila persone con pettorale di gara (e tanti anche senza): «Dovremmo aver fatto un nuovo record superando 70 mila iscritti - ha detto Riccardo Masetti, oncologo e presidente dell'associazione -. Nel corso del week end abbiamo eseguito oltre 2.500 visite a donne nel villaggio che abbiamo allestito, scoprendo anche alcuni tumori».

Ieri mattina al Circo Massimo, ad inaugura-

re la corsa di 5 km insieme alle madrine Maria Grazia Cucinotta e Rosanna Banfi, la presidente della Camera, Laura Boldrini, il ministro per le Riforme Costituzionali, Maria Elena Boschi, il presidente del Coni, Giovanni Malagò, l'Ambasciatore degli Stati Uniti in Italia John Phillips, il sindaco di Roma, Ignazio Marino, e l'assessore comunale allo Sport, Paolo Masini. In testa al serpentine, invece, le Donne in rosa, oltre 5mila, che stanno affrontando o hanno sconfitto la malattia. Poi corridori provenienti da tutto il mondo.

«Non bisogna nascondersi dalla malattia ma aiutare le altre donne a capire che la

battaglia si può vincere - ha ricordato Boldrini -. La prevenzione salva la vita e tutte noi abbiamo il dovere di volerle bene e di volerle alle altre». «E' un appuntamento fondamentale per attirare l'attenzione sulla prevenzione - ha aggiunto Boschi - ma è anche un bel messaggio per chi ha vinto la battaglia contro la malattia e per chi la sta ancora combattendo: oggi sa che non è sola».

L'iniziativa, che ora si sposta a Bari, poi a Bologna e Brescia, ha chiuso la tre giorni del "Villaggio della Salute, Sport e Benessere": oltre 2.500 diagnosi gratuite tra senologia, ginecologia, dermatologia, patologie della tiroide,

del polmone, del colon, cardiovascolari e nutrizione. Gli screening hanno individuato una decina di casi sospetti di tumore del seno e 2 accertati, 33 casi sospetti di tumore alla tiroide e 25 casi sospetti di lesioni dermatologiche. «La prevenzione e la diagnosi precoce sono fondamentali contro il tumore al seno - ha ricordato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin - E' importante unire le nostre energie». I fondi raccolti da Race for the Cure finanzieranno progetti di educazione, prevenzione e cura del tumore del seno.

riproduzione riservata ©



## Tumori, Lorenzin: la prevenzione importante per sconfiggere il cancro al seno

***“E fondamentale cogliere qualsiasi occasione per sensibilizzare l’opinione pubblica sull’importanza della prevenzione e di uno stile di vita sano”***

“La presenza massiccia che, sono certa, anche stavolta verrà registrata alla manifestazione, di tante “Donne in rosa” che si sono confrontate con il tumore, è la chiara testimonianza che da questa malattia si può guarire. Ritengo sia importante mettere assieme le nostre energie. E Race è certamente un modo efficace e divertente per farlo”. Soprattutto è importante “agire sul fronte della prevenzione: è fondamentale cogliere qualsiasi occasione per sensibilizzare l’opinione pubblica sull’importanza della prevenzione e di uno stile di vita sano”. Lo ha spiegato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, in un messaggio inviato in occasione della manifestazione Race for the cure che si sta svolgendo a Roma, al Circo Massimo, per sensibilizzare le donne sull’importanza della prevenzione del cancro al seno. “Il cancro della mammella – ha aggiunto Lorenzin – è il primo tumore per frequenza nella donna, rappresentando il 29% di tutte le nuove diagnosi tumorali. Dall’analisi dei dati dei registri tumori italiani si stima che in Italia siano diagnosticati circa 46.000 nuovi casi/anno di carcinoma della mammella. Oltre ad essere il primo tumore per frequenza, il cancro della mammella è anche la principale causa di mortalità oncologica nella donna, anche se, grazie a diagnosi sempre più precoci e terapie sempre più efficaci, la sopravvivenza è in netto aumento”. Lorenzin ha poi spiegato di aver “desiderato intervenire per portare, come negli anni passati, il mio personale saluto a tutti i presenti e per esprimere il mio apprezzamento per la bella manifestazione che anche quest’anno avete organizzato per celebrare la salute e lo sport e per testimoniare la nostra solidarietà nella lotta ai tumori al seno. Come sapete però sono all’ottavo mese di gravidanza in attesa di due gemelli e proprio non riesco ad essere lì con voi”.

**Pani (Aifa) su inchiesta Guariniello:**

**“Ci sono già 7.000 pazienti in trattamento. Non è vero che i soldi non ci sono”**



**16 MAG** - “Le notizie diffuse in queste ore sul prezzo del farmaco Sovaldi sono largamente imprecise. L'AIFA ha concluso un accordo negoziale a un prezzo medio di gran lunga più basso di tutta l'Europa. I pazienti attualmente registrati in trattamento con questo farmaco sono oltre 7.000 anche se permangono preoccupanti variabilità regionali. Non è vero che lo Stato non ha stanziato le risorse né che queste debbano arrivare ai singoli centri prima che il farmaco possa essere prescritto”.

Così il direttore generale di Aifa **Luca Pani** commenta, senza citarla, la notizia dell'inchiesta avviata dal Pm Guariniello sulla mancata somministrazione di uno dei nuovi farmaci anti epatite C.

“La legge parla chiaramente di rimborsabilità e dato che il contratto con la azienda farmaceutica è fatto secondo un accordo per prezzo/volumi tanti più pazienti entrano in trattamento tanto meno lo paghiamo. Chi non sta prescrivendo o dispensando il farmaco nonostante i pazienti rientrino nei criteri identificati dall'AIFA dovrà assumersi le responsabilità di una simile scelta”, conclude Pani.

**IL CONGRESSO**

## L'importanza di tenere sotto controllo il diabete

TENERE sotto controllo il diabete è un obiettivo fondamentale in termini di sanità pubblica. Consente di aiutare le persone a star meglio ma anche di risparmiare esborsi per il sistema sanitario legati alle complicazioni della malattia.

Per questo è importante mantenere i valori di glicemia ed emoglobina glicata nella norma e segnalare la presenza di nuovi sintomi. Il messaggio viene dagli specialisti presenti a Genova al Congresso dell'Associazione Medici Diabetologi (Amd). «Può succedere ad esempio che l'emoglobina glicata vada su valori fuori controllo, ma il medico preferisce attendere – ha spiegato Antonio Ceriello, presidente Amd – in altri casi il paziente è sotto controllo, ma ci sarebbero indicazioni comunque per un regime terapeutico più appropriato. Possono passare anche due anni prima che si cambi, con effetti pesanti sul decorso della malattia, quali aumento del rischio di complicanze croniche o acute, in particola-

re quelle legate alla ipoglicemia». Un aiuto potrebbe venire dai Gp1-Ra a somministrazione settimanale, che riduce le iniezioni da una o più al giorno a una sola a settimana, potenzialmente aumentando così l'aderenza alle terapie. Sempre sul fronte dei farmaci, va segnalato che sta per arrivare in Italia un nuovo farmaco, canagliflozin, della nuova classe degli inibitori Sglt-2, il cui meccanismo d'azione permette l'escrezione con le urine degli zuccheri, e quindi di calorie, arrivando ad eliminare fino a 120 grammi, l'equivalente di 30 zollette di zucchero al giorno. «La glicosuria, ovvero la presenza di zuccheri nelle urine, con questi nuovi farmaci diventa positiva: positiva perché l'escrezione diretta dello zucchero attraverso le urine determina tre fenomeni positivi: la riduzione degli zuccheri, delle calorie e la perdita di liquidi che portano a un calo di pressione – spiega Stefano Genovese, Responsabile Multimedita Milano».

**FE. ME.**



<http://www.lastampa.it/>

## Medici di base, martedì 19 maggio in sciopero

Protesta contro la riforma dei maxi-ambulatori. Garantite le emergenze. Ecco gli orari



Disagi in vista nella giornata di martedì: ad incrociare le braccia sono i medici di base iscritti al sindacato della Fimmg. La ragione che ha portato all'estrema decisione è sostanzialmente legata alla possibile futura riorganizzazione della categoria. L'intenzione delle Regioni è infatti quella di strutturare in maniera innovativa l'assistenza sanitaria attraverso la creazione degli Aft, Aggregazioni funzionali territoriali, ovvero ambulatori dove gli specialisti assisteranno a turno i pazienti. Slogan della protesta "Io non vado con il primo che capita". Una ristrutturazione che se da un lato consentirà un risparmio delle risorse dall'altro, secondo il sindacato, vanificherà il rapporto tra malato e medico costruito negli anni.

### Come si svolgerà lo sciopero

Martedì 19 maggio gli aderenti al sindacato Fimmg (le altre sigle non hanno aderito) sciopereranno per tutta la giornata. Gli ambulatori resteranno chiusi.

### Garantite le urgenze

I medici **risponderanno alle chiamate dalle 8 alle 10 per le visite domiciliari urgenti**. Saranno anche garantite le visite in assistenza programmata ai malati terminali e le prestazioni di assistenza domiciliare integrata, quelle cioè programmate ai pazienti che non possono muoversi.

### Ecco i disagi della giornata di agitazione

Secondo "Cittadinanza Attiva" lo sciopero porterà pesanti effetti per gli assistiti. Ci sono molte prestazioni al di fuori di quelle essenziali garantite da Fimmg in occasione dello sciopero e per le quali le persone saranno costrette a rivolgersi per forza di cose all'altra porta d'accesso del Servizio Sanitario Nazionale, vale a dire il Pronto Soccorso, anche per i codici bianchi.

### Chi è il medico di base oggi

A differenza di quanto si possa pensare il medico di base è una figura relativamente recente. Il suo ruolo venne introdotto nel nostro Paese nel 1978 in seguito all'istituzione del nuovo Servizio Sanitario Nazionale italiano. A lui spetta il compito di prestare il primo livello di assistenza sul territorio. I Medici di Medicina Generale svolgono la propria attività per i cittadini residenti nel territorio di competenza del medico, iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, dall'età di 14 anni fino ad un massimo di 1500 assistiti.

### **Il ruolo di questi medici**

Compito del medico di base è “prendere il paziente per mano e accompagnarlo sulla strada d’accesso al servizio sanitario”. È lui che ha le competenze per poter capire i disturbi e definire il modo in cui vanno affrontati: se possono essere risolti in ambulatorio o se è necessario iniziare un percorso diagnostico-terapeutico attraverso il ricorso a specialisti o a indagini.

### **Gli orari dei medici di base**

L’ambulatorio deve essere aperto almeno 5 giorni la settimana. Gli orari sono scelti a discrezione del medico ma devono essere affissi e tenere conto del numero totale degli assistiti. Di norma c’è l’obbligo di effettuare almeno 5 ore settimanali di ambulatorio se il medico di base ha meno di 500 assistiti; almeno 10 ore settimanali se ne ha tra 500 e 1000; un minimo di 15 ore settimanali se ha più di 1000 pazienti. L’accesso avviene generalmente su appuntamento. Le visite domiciliari, che ricordiamo devono essere gratuite qualora il medico accerti la non trasportabilità della persona presso lo studio, devono avvenire entro la giornata se la richiesta è stata effettuata entro le ore 10.

### **A chi rivolgersi quando non è disponibile il nostro medico di famiglia**

Quando non c’è necessità di rivolgersi al pronto soccorso, da anni è stato istituito il Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica). Questo è attivo negli orari in cui il medico di medicina Generale e il pediatra di Famiglia non sono tenuti ad esercitare l’attività. Ci si rivolge a questo Servizio solo nel caso in cui il bisogno sia non differibile, cioè per le situazioni di malattia che non possono essere rinviate il giorno successivo al proprio Medico curante. Di norma il servizio è a disposizione tutte le notti dalle ore 20 alle ore 8 del giorno successivo, nei giorni prefestivi e festivi anche dalle 8 alle 20.