

30 SETTEMBRE 2018

Malattie non trasmissibili: Onu si impegna in 13 azioni per sconfiggerle. In Italia sono responsabili del 91% dei decessi. Ma da qui al 2025 potremmo ridurre i morti di oltre il 40%

L'Assemblea generale Onu ha concordato con l'Oms di aderire al piano di interventi per sconfiggere le malattie non trasmissibili (NCD, tra cui sono comprese tumori, malattie cardiache e polmonari, ictus e diabete). In Italia trend in diminuzione ma restano responsabili del 91% dei decessi, tra cui il 36% per malattie cardiovascolari e il 27% per cancro. Con più prevenzione, sempre in Italia, 246.200 vite, su un totale di oltre 584.000 decessi per NCD, potrebbero essere salvate entro il 2025. [PIANO DI AZIONE OMS SULLE NCD - PROFILI NAZIONALI NCD 2018.](#)

Malattie non trasmissibili (NCD): i capi di stato e di governo riuniti nell'Assemblea generale delle nazioni unite si sono impegnati a compiere 13 nuovi passi per affrontarle per promuovere la salute mentale e il benessere. Tra queste le più numerose e gravi sono tumori, malattie cardiache e polmonari, ictus e diabete.

"I leader mondiali hanno intrapreso una serie di passi fondamentali per sconfiggere le NCD", ha affermato **Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità**. "Questi si aggiungono a un'opportunità storica per promuovere la salute, salvare vite umane e far crescere le economie".

I leader mondiali hanno accettato di assumersi la responsabilità per gli sforzi dei loro paesi di prevenire e curare le malattie non trasmissibili.

Hanno anche convenuto, tra le 13 azioni previste, che questi sforzi dovrebbero includere leggi e misure fiscali per proteggere le persone dal tabacco, cibi malsani e altri prodotti nocivi, ad esempio limitando la pubblicità di alcolici, vietando il fumo e tassando le bevande zuccherate.

Si sono poi impegnati a implementare una serie di politiche raccomandate dall'Oms per prevenire e controllare le malattie non trasmissibili, come campagne di educazione pubblica e sensibilizzazione per promuovere stili di vita più sani, vaccinazioni a largo raggio contro il virus HPV per proteggersi dal cancro della cervice uterina e trattare l'ipertensione e il diabete.

L'Oms stima che l'attuazione di tutte queste politiche potrebbe portare a 350 miliardi di dollari di crescita economica nei paesi a basso e medio reddito entro il 2030.

Altri impegni specifici si concentrano sull'arresto dell'obesità infantile, sulla promozione dell'attività fisica regolare, sulla riduzione dell'inquinamento atmosferico e sul miglioramento della salute mentale.

La dichiarazione politica ribadisce la leadership mondiale dell'Oms nella lotta contro le malattie non trasmissibili e nella promozione della salute mentale, ed esorta l'Organizzazione a continuare a lavorare a stretto contatto con i partner chiave, compresi i governi, la società civile e il settore privato.

In particolare, invita i produttori di alimenti a intraprendere diverse azioni tra cui la riformulazione dei prodotti per ridurre il sale, gli zuccheri liberi e i grassi trans saturi e prodotti industrialmente, usando l'etichettatura nutrizionale sul cibo confezionato per informare i consumatori e limitando la commercializzazione di alimenti e bevande non salutari per i bambini.

Le NCD, principalmente malattie cardiovascolari e respiratorie, tumori e diabete, rappresentano

attualmente la causa di morte di sette persone su 10 in tutto nel mondo (41 milioni), tra cui 15 milioni tra 30 e 69 anni, soprattutto nei paesi in via di sviluppo.

Le condizioni e i disturbi mentali sono una preoccupazione correlata, con la depressione che colpisce circa 300 milioni di persone.

Il tredicesimo programma generale di lavoro dell'Oms 2019-2023 enfatizza in modo particolare la risposta all'epidemia di malattie non trasmissibili e la promozione della salute mentale, con gli investimenti nella copertura sanitaria universale al centro delle risposte nazionali.

L'Oms si è impegnata, durante questo periodo, a garantire che 1 miliardo di persone in più beneficino di copertura sanitaria universale; 1 miliardo di persone in più godono di una salute e di un benessere migliori; e 1 miliardo di persone in più sono meglio tutelate dalle emergenze sanitarie.

In occasione dell'Assemblea Onu, l'Oms ha anche diffuso il suo terzo rapporto sui profili nazionali delle malattie non trasmissibili per valutare i progressi nazionali nel raggiungere gli obiettivi per prevenire e controllare le malattie non trasmissibili.

Il rapporto ha rilevato che il rischio di morte prematura da uno dei quattro NCD principali era sceso al 18% nel 2016, una riduzione relativa del 5% dal 2010. Tuttavia, è improbabile che il tasso di progresso raggiunga l'obiettivo di sviluppo sostenibile di un terzo di riduzione delle morti premature da malattie non trasmissibili entro il 2030.

Il rapporto ha inoltre rilevato che rimangono significative lacune nei servizi sanitari e nell'accesso a farmaci e tecnologie per la gestione delle malattie non trasmissibili.

Per quanto riguarda l'Italia, il nuovo rapporto Oms indica una progressiva riduzione delle morti per malattie non trasmissibili e la possibilità di raggiungere entro il 2025 il target fissato dagli obiettivi di sviluppo sostenibile che porterebbe a 246.200 decessi in meno per queste malattie nel nostro Paese.

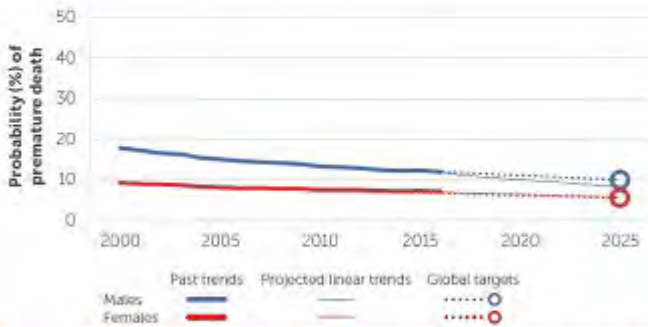
Attualmente, parliamosempre di Italia, il complesso delle NCD è responsabile 91% dei decessi, tra cui il 36% per malattie cardiovascolari e il 27% per cancro.

Unico indicatore che nelle proiezioni Oms è indicato in controtendenza rispetto al raggiungimento degli obiettivi è quello dell'obesità che al 2025 si allontanerebbe significativamente – in peggio - dai risultati stabiliti.

ITALY

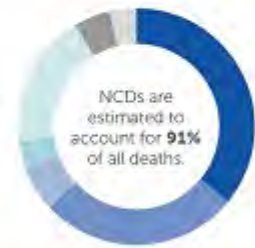
2016 TOTAL POPULATION: 59 430 000
2016 TOTAL DEATHS: 640 000

RISK OF PREMATURE DEATH DUE TO NCDST(%)



PROPORTIONAL MORTALITY

- ▶ 36% Cardiovascular diseases
- ▶ 27% Cancers
- ▶ 6% Chronic respiratory diseases
- ▶ 3% Diabetes
- ▶ 18% Other NCDs
- ▶ 5% Communicable, maternal, perinatal and nutritional conditions
- ▶ 4% Injuries

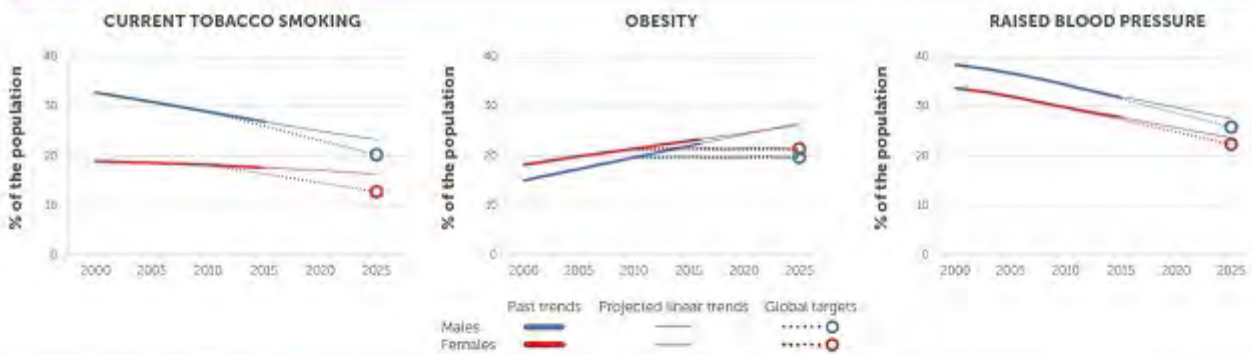


246 200 LIVES CAN BE SAVED BY 2025 BY IMPLEMENTING ALL OF THE WHO "BEST BUYS"

MORTALITY		NATIONAL TARGET SET	DATA YEAR	MALES	FEMALES	TOTAL	
📄	Premature mortality from NCDs	X	Total NCD deaths	2016	278 300	306 400	584 700
			Risk of premature death between 30-70 years (%)	2016	12	7	10
📄	Suicide mortality	-	Suicide mortality rate (per 100 000 population)	2016	-	-	8

RISK FACTORS		NATIONAL TARGET SET	DATA YEAR	MALES	FEMALES	TOTAL	
🍷	Harmful use of alcohol	✓	Total alcohol per capita consumption, adults aged 15+ (litres of pure alcohol)	2016	13	3	8
🏃	Physical inactivity	✓	Physical inactivity, adults aged 18+ (%)	2016	39	50	45
🧂	Salt/Sodium intake	X	Mean population salt intake, adults aged 20+ (g/day)	2010	12	11	11
🚬	Tobacco use	✓	Current tobacco smoking, adults aged 15+ (%)	2016	27	18	22
🩺	Raised blood pressure	X	Raised blood pressure, adults aged 18+ (%)	2015	32	28	30
🩺	Diabetes	X	Raised blood glucose, adults aged 18+ (%)	2014	10	7	9
🩺	Obesity	X	Obesity, adults aged 18+ (%)	2016	23	23	23
			Obesity, adolescents aged 10-19 (%)	2016	12	8	10
🏘️	Ambient air pollution	-	Exceedance of WHO guidelines level for annual PM2.5 concentration (by a multiple of)	2016	-	-	2
🏠	Household air pollution	-	Population with primary reliance on polluting fuels and technologies (%)	2016	-	-	<5

SELECTED ADULT RISK FACTOR TRENDS



NATIONAL SYSTEMS RESPONSE

🩺	Drug therapy to prevent heart attacks and strokes	✓	Proportion of population at high risk for CVD or with existing CVD (%)	-	...
			Proportion of high risk persons receiving any drug therapy and counselling to prevent heart attacks and strokes (%)	-	...
			Proportion of primary health care centres reported as offering CVD risk stratification	2017	Less than 25%
📄	Essential NCD medicines and basic technologies to treat major NCDs	X	Reported having CVD guidelines that are utilized in at least 50% of health facilities	2017	No
			Number of essential NCD medicines reported as "generally available"	2017	10 out of 10
			Number of essential NCD technologies reported as "generally available"	2017	6 out of 6

... = no data available

World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2018.

In generale, l'Oms indica tra i maggiori fattori di rischio modificabili comportamenti come l'uso di tabacco, l'inattività fisica, l'alimentazione scorretta e l'uso dannoso di alcol:

- il tabacco è causa di oltre 7,2 milioni di morti ogni anno (compresi gli effetti dell'esposizione al fumo passivo) e si prevede che aumenterà notevolmente nei prossimi anni;
- 4,1 milioni di morti annuali sono state attribuite all'assunzione di sale / sodio in eccesso;
- oltre la metà dei 3,3 milioni di decessi annuali attribuibili all'uso di alcolici proviene da malattie non trasmissibili che questo genera, tra cui il cancro;
- 1,6 milioni di morti all'anno possono essere attribuiti a un'attività fisica insufficiente.

I fattori di rischio metabolici contribuiscono a quattro situazioni chiave che aumentano il rischio di NCD:

- aumento della pressione sanguigna;
- sovrappeso / obesità;
- iperglicemia (alti livelli di glucosio nel sangue);
- iperlipidemia (alti livelli di grasso nel sangue).

In termini di decessi attribuibili, il principale fattore di rischio metabolico a livello mondiale è l'aumento della pressione sanguigna (a cui è attribuito il 19% delle morti globali, seguito da sovrappeso e obesità e aumento della glicemia.

Dal punto di vista socioeconomico le malattie non trasmissibili minacciano i progressi per raggiungere gli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, che include quello di ridurre i decessi prematuri da NCD di un terzo entro il 2030.

La povertà è strettamente legata alle malattie non trasmissibili. Si prevede che il rapido aumento delle malattie non trasmissibili ostacolerà le iniziative di riduzione della povertà nei paesi a basso reddito, in particolare aumentando i costi delle famiglie associati all'assistenza sanitaria.

Le persone vulnerabili e socialmente svantaggiate diventano più malate e muoiono prima delle persone con posizioni sociali più elevate, soprattutto perché sono più a rischio di essere esposte a prodotti nocivi, come tabacco o pratiche alimentari non salutari, e hanno un accesso limitato ai servizi sanitari.

In contesti con risorse limitate, i costi dell'assistenza sanitaria per le malattie non trasmissibili riducono rapidamente le risorse domestiche. I costi esorbitanti delle malattie non trasmissibili, tra cui trattamenti spesso lunghi e costosi e perdita di capofamiglia, costringono ogni anno milioni di persone alla povertà e soffocano lo sviluppo.

DATAROOM

Rinviati 20 milioni di visite ed esami

di **Milena Gabanelli**
e **Simona Ravizza**

Negli ospedali italiani, pubblici e convenzionati,

rinviati venti milioni di visite ed esami. All'inizio dell'ultimo trimestre finisce il budget, così le prestazioni ambulatoriali slittano a gennaio. A fine anno sembra

che gli italiani si ammalino di meno, ma non è vero. Finiscono i soldi, e i pazienti si sentono dire: «La lista di attesa è molto lunga».

Rinviati 20 milioni di visite ed esami

NEGLI OSPEDALI ITALIANI, PUBBLICI E CONVENZIONATI,
ALL'INIZIO DELL'ULTIMO TRIMESTRE FINISCE IL BUDGET
COSÌ LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI SLITTANO A GENNAIO

DATAROOMdi **Milena Gabanelli**
e **Simona Ravizza**

Guardando i numeri, negli ultimi tre mesi dell'anno gli italiani si ammalano meno. Se invece guardi le liste d'attesa, nello stesso periodo si allungano. In tutta Italia le prestazioni specialistiche calano: in Lombardia meno 7%; in Piemonte meno 8%; in Toscana meno 9,5%; in Emilia Romagna meno 6%; in Liguria meno 9%. Le percentuali record si registrano in Molise, meno 13%, nelle Marche, meno 20%, e in Campania, meno 51% (!). Sembra un paradosso, ma in realtà c'è un motivo, e non è confortante.

Il dato nazionale parla chiaro: si passa

dai 189,6 milioni di prestazioni ambulatoriali del primo trimestre, ai 170,5 milioni di ottobre, novembre e dicembre; quasi 20 milioni in meno.

Visite e liste d'attesa

A Milano, nei mesi di gennaio, febbraio e marzo il 93% dei pazienti nel pubblico, e il 96% dei pazienti nel privato, riesce a fissare un appuntamento entro i tempi indicati dal medico sulla ricetta, ovvero dai 30 ai 90 giorni; nell'ultimo periodo dell'anno, la percentuale scende di circa 3 punti percentuali. Le rilevazioni sono contenute in un report appena completato da Polis Lombardia, l'istituto per il supporto alle politiche della Regione. Si allungano i tempi di attesa, nonostante le prestazioni offerte siano meno. «Specialmente per le prestazioni più richie-

ste, per le prime visite, si evidenzia una riduzione nel corso del quarto trimestre», si legge nel dossier con riferimento a Mantova e Cremona, ma il principio è generale. I numeri dicono che, nel 2016, le prestazioni oculistiche erogate passano da oltre 17 mila nel I trimestre, a 11 mila nell'ultimo trimestre dell'anno. Nel 2017 le visite ortopediche, nel quarto trimestre, sono scese del 26%, le cardiologiche del 37%, le neurologiche del 33%, le pneumologiche del 39%, le dermatologiche del 50%.

Quando finiscono i soldi

Il motivo è solo contabile: gli ospedali, soprattutto i privati convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, ci curano finché hanno i soldi. Quando li finiscono, come avviene verso fine anno, chiudono le agende per le prenotazioni e ai pazienti di quasi tutta Italia viene detto: «La lista d'attesa è molto lunga». Lo riferiscono medici, infermieri e addetti alle prenotazioni. Di conseguenza, risonanze magnetiche, tac, ecografie, gastroscopie, visite cardiologiche, ginecologiche, ortopediche e controlli specialistici slittano all'anno successivo.

Questo avviene perché le Regioni rimborsano le cure che vengono erogate ai pazienti sulla base di un budget definito struttura per struttura. Nel pubblico, i direttori generali che lo sfiorano rischiano di perdere il posto; invece i privati accreditati, una volta raggiunto il tetto di spesa, non vengono più rimborsati, dunque rischiano di rimetterci in proprio.

Il meccanismo del budget

Il principio, legato alla legge 502 del 1992 e applicato in modo sempre più stringente, è che gli ospedali, come una qualunque azienda, devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. È senza dubbio condivisibile, in quanto serve a tenere sotto controllo la spesa sanitaria delle Regioni, ma si presta alle storture. Nella pratica, avviene che le strutture private convenzionate scelgono di gettarsi sulle prestazioni più remunerative, ovvero per quel che riguarda la specialistica ambulatoriale (che complessivamente vale 19,5 miliardi) su risonanze e tac con contrasto. In questo modo, si

scaricano sul pubblico tutte le altre prestazioni (soprattutto le visite), che vanno ad allungare la lista d'attesa. La conferma è nei numeri: solo a Milano le visite e gli esami diagnostici, negli ospedali privati convenzionati, a dicembre crollano del 32% rispetto a novembre (meno 800 mila), contro il 21% del pub-

blico (meno 590 mila).

Ricoveri e interventi

Il budget assegnato alle strutture, sia pubbliche che private, viene definito sulla base di quanto gli ospedali hanno speso l'anno prima. I tetti di spesa possono essere aggirati con i pazienti da fuori regione, che sono rimborsati extra budget e che muovono oltre 4,6 miliardi di euro l'anno, e a cui ambiscono soprattutto i privati. Sono per lo più ricoveri programmati che, e non può essere un caso, aumentano proprio nell'ultimo trimestre. Solo in Lombardia, tra le regioni più attrattive d'Italia per la qualità dei suoi ospedali, dove ogni anno vengono a curarsi quasi 170 mila pazienti dal resto d'Italia, nel 2017, passiamo dai 43.850 di gennaio, febbraio e marzo, ai 45.500 di ottobre, novembre e dicembre (più 1.650, pari al 4%). Proprio per limitare questo fenomeno, la Conferenza Stato-Regioni è intervenuta, la scorsa primavera, tagliando del 50% i rimborsi per gli enormi incrementi dei flussi, registrati nel biennio 2014-2015.

Il problema dei controlli

A fronte di una legge che obbliga a garantire i livelli indispensabili di assistenza a tutti, pagando il ticket, di fatto il sistema consente al privato di pensare soprattutto al fatturato, mentre il pubblico fa fatica a organizzarsi. I problemi non risolti sono tre: una programmazione che metta in corrispondenza i bisogni di salute dei pazienti con i soldi a disposizione; l'appropriatezza degli interventi; il controllo su come viene speso il denaro pubblico. Oggi, queste attività di monitoraggio avvengono con uno scambio di carte fra Regioni e ministero della Salute, ovvero un tanto al chilo. Sarebbe invece cruciale verificare perché tutto questo accade, ancor più per le Regioni in piano di rientro. Le competenze ci sarebbero pure: per il controllo sul consumo dei farmaci, c'è l'Aifa, con 450 dipendenti; per il controllo sulle prestazioni, c'è l'Agenas, che ha appena aumentato l'organico di 100 unità. Invece si preferisce spendere 24 milioni di euro in società di consulenze. Motivo? Le resistenze da parte del ministero e delle Regioni, che preferiscono essere «visitate» da un soggetto esterno.

Conclusione: i pazienti che possono pagare di tasca propria vengono visitati subito, gli altri... aspettano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cos'è

● «Dataroom» è la striscia curata da Milena Gabanelli per il «Corriere della Sera». Gli articoli sono pubblicati sul sito Internet e sulle pagine social del «Corriere» e ogni puntata ospita un video della durata di tre minuti a cui si aggiunge un approfondimento

● «Dataroom» si avvale della collaborazione dei giornalisti del «Corriere» che di volta in volta affiancano Milena Gabanelli in relazione alle loro specifiche competenze

● In questa puntata «Dataroom» si occupa delle prestazioni specialistiche del Sistema sanitario e delle liste di attesa

● Negli ultimi tre mesi di ogni anno le liste di attesa si allungano e le prestazioni erogate calano, incluse quelle della sanità privata convenzionata. La «colpa»? Budget rigidi e soldi mal spesi

169.500Ricoveri da fuori
Regione
in Lombardia
(2017)**43.850**I trim.
2017**45.500**IV trim.
2017**Il calo di visite
in Lombardia**Prestazioni ambulatoriali
Ats Val Padana 2017,
prime visite. Numero visite
e differenza % I-IV trimestre

Ortopedica

**-26%**

Oculistica

**-44%**

Cardiologica

**-37%**

Dermatologica

**-50%**

Neurologica

**-33%**

Pneumologica

**-39%**



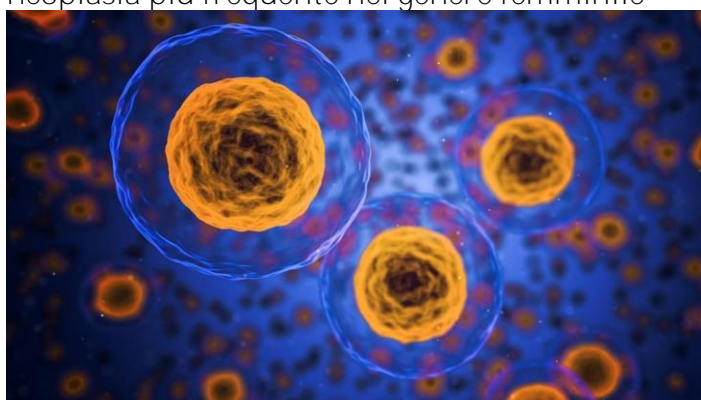
-10%
Differenza I-IV trimestre



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

Cancro al seno: colpita 1 donna su 8. Nastro rosa e monumenti illuminati per le nuove sfide

Si ammalano 50 mila donne ogni anno. A ottobre il mese di sensibilizzazione contro la neoplasia più frequente nel genere femminile



NICLA PANCIERA

Torna a ottobre il mese di sensibilizzazione dedicato al tumore al seno: milioni di persone in tutto il mondo scelgono di indossare un Nastro Rosa, simbolo ormai emblematico della battaglia contro questo tumore che **in Italia colpisce una donna su otto nell'arco della vita e rappresenta la neoplasia più frequente nel genere femminile.**

IL NASTRO ROSA

Nel 1992 troppe donne morivano di tumore al seno ed erano ancora in pochi a parlarne: Evelyn H. Lauder ebbe la straordinaria intuizione di creare questo simbolo da indossare per aumentare conoscenza e consapevolezza e per contribuire a sostenere la ricerca scientifica e la formazione per questa patologia.

Oggi, la Breast Cancer Campaign (BCC), la campagna di The Estée Lauder Companies Italia e, in Italia, di AIRC, Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro, coinvolge oltre settanta paesi.

IL TUMORE AL SENO

Nel nostro Paese si effettuano oltre 50mila nuove diagnosi l'anno, il che significa che circa 135 donne ogni giorno scoprono di avere un tumore al seno e iniziano un percorso di cura e di coraggio. Ricevere oggi una diagnosi di tumore al seno fa però meno paura rispetto a vent'anni fa, perché la sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi è aumentata dall'81 all'87% e la mortalità diminuisce costantemente (questi dati e molte altre informazioni sono disponibili nel sito: nastrorosa.it).

Ma, proprio per comunicare che tanto c'è ancora da fare, AIRC ha scelto come simbolo della

campagna un nastro rosa diverso dagli altri, incompleto, a rappresentare il suo impegno per **una sfida più grande: puntare al 100% di sopravvivenza al tumore al seno. L'hashtag è #NastroRosaAIRC**

L'IMPORTANZA DELLA RICERCA

Facendo della lotta contro il tumore al seno una delle battaglie più importanti, AIRC ha contribuito ai risultati della ricerca che hanno consentito la progressiva diminuzione della mortalità per questo tumore. Solo negli ultimi 5 anni ha destinato oltre 50 milioni di euro alla ricerca in questo ambito.

Oggi, i ricercatori sono al lavoro per trovare risposte anche per le donne che affrontano le forme più aggressive di tumore del seno, che non rispondono alle cure oggi disponibili: ad esempio il cosiddetto triplo negativo, che colpisce soprattutto in giovane età, chiamato così perché non presenta nessuno dei tre recettori (degli estrogeni, del progesterone e HER2) per cui sono disponibili terapie mirate. O il carcinoma mammario metastatico, un tumore che dalla sede primaria si diffonde in altri organi e oggi interessa circa 36.000 donne.

«Grazie ai progressi della ricerca, il tumore al seno è sempre più curabile, ma il nostro obiettivo è migliorare ulteriormente la sopravvivenza. Per questo è necessario continuare a investire in ricerca con costanza e senza interruzioni», ricorda Federico Caligaris Cappio, **Direttore Scientifico dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro.**

«I ricercatori sono al lavoro per conoscere sempre più a fondo i meccanismi molecolari che portano allo sviluppo del tumore, per sviluppare nuovi strumenti di screening per la diagnosi **precoce, per valutare l'efficacia di nuovi farmaci contro i diversi sottotipi della malattia, per offrire terapie mirate con farmaci innovativi capaci di contrastare la crescita di cellule neoplastiche e la diffusione delle metastasi.**»

OBIETTIVO PREVENZIONE

Spetta a ciascuna donna ridurre al minimo i fattori di rischio adottando uno stile di vita sano, una corretta alimentazione, dicendo addio alla sedentarietà e al fumo e sottoponendosi agli esami di screening raccomandati, perché una diagnosi precoce rappresenta un fattore fondamentale per aumentare le possibilità di guarigione. Inoltre, AIRC raccomanda di prestare sempre attenzione ai campanelli di allarme come la presenza di un nodulo, rossore e ispessimento della pelle attorno al capezzolo, modifiche della forma del capezzolo, perdita di sangue, siero o latte dal capezzolo, tumefazione ascellare.

www.agi.it

Una tac a basso dosaggio può salvare la vita dei fumatori forti. Uno studio

L'ultimo rapporto europeo conferma che l'esame riduce la mortalità nei forti fumatori. IEO, "Ora avanti nel cercare nuovi esami per estendere gli screening e portare alla Tac le persone che rischiano di più"



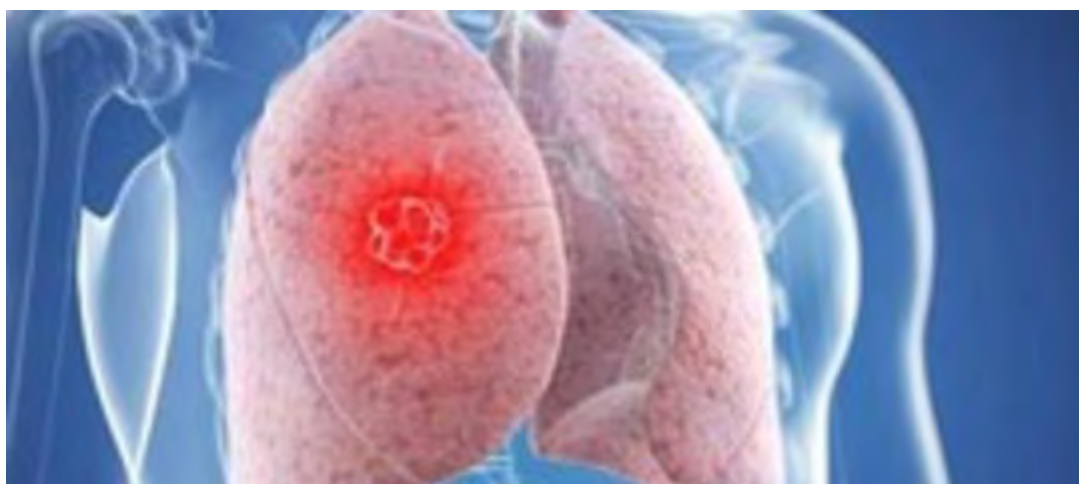
È possibile ridurre il tasso di mortalità per il tumore al polmone grazie alle Tac a basso dosaggio. Proprio in questi giorni infatti, sono stati presentati al [Word Conference on Lung Cancer di Toronto](#), il congresso più importante al mondo sul tumore polmonare, i risultati dello studio clinico Nelson.

Lo studio Nelson

Si tratta del più grande studio randomizzato europeo per la diagnosi precoce del cancro del polmone nei forti fumatori. I risultati hanno indicato una riduzione di mortalità da tumore del 26 per cento tra gli uomini e oltre il 39 per cento tra le donne sottoposte a TC a bassa dose, rispetto al gruppo di controllo. Questi risultati hanno confermato e perfino superato i risultati del precedente studio americano NLST, che dimostrava una riduzione di mortalità del 20 per cento nei soggetti sottoposti a TC a

bassa dose. L'attuazione dello screening nei soggetti fumatori deve pertanto essere considerata una priorità, sia a livello nazionale che Europeo.

“[IEO](#) è stato pioniere a livello internazionale nella ricerca sulla diagnosi precoce del tumore polmonare – spiega Massimo Bellomi, Direttore della Radiodiagnostica IEO – Gli studi sull'efficacia della TAC a bassa dose sono iniziati qui da noi nel 2000, e da allora seguiamo circa 6000 persone ad alto rischio di sviluppare un tumore del polmone”.



Tumore polmone

“Fino ad oggi abbiamo salvato la vita a più di 150 pazienti diagnosticando il tumore in fase iniziale - continua Lorenzo Spaggiari, Direttore del Programma Polmone allo IEO - quando la malattia ha alte probabilità di guarire con un intervento poco invasivo. Possiamo fare ancora di più. Ora la sfida della diagnosi precoce è trovare il modo di selezionare meglio le persone da candidare a TAC a basse dosi, che è un esame molto costoso e difficilmente utilizzabile come screening di primo livello per tutta la popolazione dei forti fumatori”.

“L’Impegno IEO – conclude Cristiano Rampinelli, referente Tac della Divisione di Radiologia IEO e Consigliere di Radiologia Toracica della sezione di radiologia toracica della SIRM, Società Italiana di Radiologia Medica Italiana - è attualmente verso l’introduzione di nuove tecniche diagnostiche, come il naso elettronico e l’uso di biomarcatori (ad esempio il micro-RNA e l’esame delle urine), affiancate dallo sviluppo di metodiche avanzate di imaging come la radiomica. Saremo così in grado di individuare, all’interno della popolazione dei fumatori, il sottogruppo a maggior rischio di malattia da sottoporre a Tac a basse dosi, che oggi si conferma come esame-salvavita per il tumore del polmone”.

SANTÀKO Verso la legge di Bilancio**Fondi per la sanità:
i conti non tornano**

» CHIARA DAINA



Da una parte il ministro Giulia Grillo assicura un miliardo di euro in più per il fondo sanitario nazionale del 2019 (rispetto al finanziamento del 2018 di circa 114 miliardi), confermando la cifra già prevista dal precedente governo nella legge di Bilancio 2017; dall'altro, nell'indifferenza quasi generale le Regioni chiedono più o meno altri 2,5 miliardi. Devono assumere personale e rinnovare i contratti bloccati dal 2010 e non sanno come fare. "La spesa per il personale oggi non può essere superiore a quella del 2004 ridotta dell'1,4%: questa soglia va tolta, ma poi va finanziata la maggiore spesa per assumere", ha detto in questi giorni il coordinatore degli assessori alla Sanità Antonio Saitta, proponendo di "vincolare il fondo alle assunzioni" visto che liste di attesa e intasamento dei pronto soccorso dipendono dalla carenza di medici e infermieri. Poi c'è un punto del contratto Lega-5S che tormenta l'opposizione, sollevato dalla dem Elena Carnevali: "Scrivono che il finanziamento del Ssn sarà 'prevalentemente pubblico', quindi non sarà più garantito interamente dalla fiscalità collettiva? L'ho chiesto due mesi fa al ministro ma non mi ha ancora risposto".



Sanità, resta il superticket sulle ricette

- ▶ Niente tagli alla **spesa farmaceutica**: dal Def spariscono i 470 milioni per l'abolizione annunciata dal ministro
 - ▶ Patto per la Salute da rivedere: la Campania batte cassa
- ## I governatori del Sud per un nuovo riparto del Fondo



Il ministro della Sanità Giulia Grillo

Ettore Mautone

C'è anche la Sanità nella nota di accompagnamento del Def varato dal governo. Il programma nazionale riforme, che accompagna il Documento di economia e finanza, dedica un intero paragrafo ai progetti dell'esecutivo nel campo del governo della salute che resta il capitolo della finanza pubblica che assorbe le maggiori risorse, circa 113 miliardi di euro nel 2018.

RESTANO I SUPERTICKET

La prima novità è che non c'è traccia, nel provvedimento che sta per andare in Gazzetta, dell'annunciato addio ai superticket da 10 euro a ricetta (per le prestazioni specialistiche e dia-

gnostiche). Una posta che da sola vale circa 470 milioni di euro e su cui il **ministro della Salute** Giulia Grillo si era spinta in avanti ipotizzando di ricavare le risorse necessarie per dimezzarla (in prima battuta) dal riordino della **spesa farmaceutica** ospedaliera. Una riforma complessa e dai tempi lunghi che slitta ad altre occasioni. Nel programma che viaggia con la nota di aggiornamento del Def ci sono invece l'azzeramento del **Patto per la Salute**, nuovi criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale, il potenziamento dell'assistenza di ambulatori e medicina di base (con lo scopo di spostare l'asse ospedalocentrico dell'assistenza per cronici, anziani, e disabili). Infine misure che puntano al superamento

del meccanismo con il quale oggi le case farmaceutiche devono accollarsi gli sforamenti dei tetti di spesa per le medicine dispensate dal canale farmacie (cosiddetto Pay back), il Piano nazionale per le liste d'attesa, l'anagrafe nazionale vaccini (che rientra in un apposito disegno di legge) e infine misure in materia di dirigenza sanitaria per rendere più trasparenti e meritocratiche le nomine.

PATTO PER LA SALUTE

Si tratta dell'accordo triennale, finanziario e programmatico, che il governo stipula con le Regioni definendo le linee di indirizzo per garantire la qualità dei servizi e la tenuta dei conti pubblici. L'ultimo accordo è scaduto nel 2016 e toccava i nodi della sostenibilità dei costi per i farmaci innovativi, dei tagli a sprechi e inefficienze, la progressiva adozione dei costi standard e l'aggiornamento dei Lea (Livelli di assistenza, giunto dopo oltre

20 anni di stop). Ora per il monitoraggio e l'attuazione dei Lea ci sarà un nuovo accordo con i governi locali che punta a regolamentare i costi standard di beni, servizi e assistenza ospedaliera a fronte di un riequilibrio dei criteri di assegnazione delle risorse del fondo nazionale.

IL RIPARTO DEL FONDO

Qui la premessa è l'attuale storica disparità tra Nord e Sud, con il primo che ha ereditato maggiori trasferimenti negli anni grazie al fatto che l'unico criterio di correzione della suddivi-

sione delle risorse rispetto al numero di cittadini serviti, è stata l'anzianità della popolazione come unica condizione di riferimento per calcolare le spese per curare i cittadini. Qui ogni riforma si è finora infranta sulla strenua resistenza delle regioni del Nord a modificare tale criterio che ha generato distorsioni per cui la Campania, seconda solo alla Lombardia per numero di cittadini è invece ultima quanto a risorse assegnate per le cure sanitarie procapite (45 euro in meno rispetto alla media nazionale, per un totale di 10,6 miliardi sui complessivi 113 dell'intero riparto del Fondo). Lo scoglio da superare, per la riforma invocata da anni da tutti i governatori del Sud, sarà politico, in seno alla maggioranza, visto che la Lega è stata protagonista di tale assetto sia sul livello parlamentare sia nella guida delle Regioni del Nord.

ILEA

Tutti d'accordo invece sulla necessità di garantire, nell'immediato futuro, ovvero nell'arco della legislatura, maggiori risorse

se al Servizio sanitario per garantire l'attuazione del Lea. Un rifinanziamento del Ssn su cui il ministro Grillo è pronta a battersi e che invertirebbe una tendenza a frenare gli investimenti che si è registrata negli ultimi anni in cui è stato garantito solo un incremento minimo (di 3-4 miliardi) rispetto al fabbisogno teorico stimato. Peccato però che non si dica nulla sul capitolo spinoso del rinnovo del contratto della dirigenza medica da

RESTA SENZA RISORSE ANCHE IL CAPITOLO DEL RINNOVO DEI CONTRATTI DEI DIRIGENTI MEDICI AL PALO DA 10 ANNI

due lustri al palo e che nonostante le ripetute riunioni nei ministeri competenti viaggia ancora su un binario morto tanto da far prospettare un autunno caldo annunciato dai principali sindacati dei camici bianchi, Anaa e Cimo in testa. Le risorse da recuperare? Dovrebbero

provenire innanzitutto dalle centrali di acquisto regionali laddove finora la Consip non ha fatto miracoli mentre esistono modelli virtuosi, come in Campania la Soresa, che hanno dimostrato di poter conseguire significativi risultati nella revisione della spesa per beni e servizi.

AGENDA DIGITALE

C'è spazio infine per l'integrazione tra attività sanitarie e sociali, la riforma della formazione (universitaria ed Ecm), l'attuazione dell'agenda digitale in Sanità da utilizzare anche come strumento di gestione delle liste di attesa, il Fascicolo sanitario elettronico e le interfacce per i monitoraggi dei flussi dati, la tracciabilità della storia clinica di un paziente e dei medicinali ad uso umano. Infine la riforma delle leggi che regolamentano la dirigenza sanitaria e i requisiti professionali per l'accesso ai ponti di comando di Asl e ospedali. Infine l'aumento (considerato strategico) delle risorse investite in ricerca e sviluppo e la promozione in questo campo, di partnership tra istituzioni pubbliche e private.



Guai ad assumere indistintamente i farmaci anti-dolorifici

Cosa succede se confondi Tachipirina e Moment

 di **MELANIA RIZZOLI**

«Cosa prendo per il mal di te-

 sta, una tachipirina o un mo-
 ment, che dici?»

Quante volte vi sarete senti-

 ti porre questa domanda, ed
 avete risposto indifferente-
 mente, senza sapere che i

 due farmaci, anche se la mag-
 gior parte delle persone (...)

segue a pagina 11

Guai ad assumere indistintamente medicinali anti-dolorifici

Cosa succede se confondi Tachipirina e Moment

Una può essere dannosa in caso di insufficienza renale o epatica, l'altro per le gastriti. Ma ora c'è un nuovo farmaco

MELANIA RIZZOLI

(...) li usano indistintamente, non sono affatto la stessa cosa, ma sono gli antidolorifici più comunemente usati in tutto il mondo, quelli che si trovano in tutti gli armadietti dei medicinali delle nostre case. L'automedicazione per alleviare piccoli dolori è molto comune, quasi all'ordine del giorno, e il paracetamolo e l'ibuprofene, i principi attivi dei due medicinali succitati, sono i re del cocktail di pillole che ingoiamo senza consulto per ridurre la febbre o contrastare la cefalea, in quanto entrambi hanno proprietà analgesiche ed antipiretiche, pur con meccanismi diversi. La Tachipirina (o Efferalgan) inoltre, non annovera problemi di allergia, al punto che viene usata tranquillamente in gravidanza, durante l'allattamento, ed è il farmaco di eccellenza in età neonatale e pediatrica per ridurre la temperatura corporea o i dolori causati dall'otite, dall'eruzione dentaria, o da piccoli traumi muscolari ed ossei, ed esiste in diverse dosi secondo la necessità e l'intensità della sintomatologia.

Il Moment (o l'Okì) invece, appartiene ai Fans, ovvero ai farmaci antinfiammatori non steroidei, cioè non cortisonici, e condivide con il paracetamolo le funzioni antipiretiche ed analgesiche, ma ha anche un effetto antinfiammatorio, quindi il suo uso non è raccomandato in gravidanza, a causa del suo potenziale di inibire la sintesi delle prostaglandine nel neonato. Quindi per le febbri, per

i dolori di lieve e moderata intensità, come il mal di denti, delle ossa, il dolore post-chirurgico, il mal di testa (non emicranico), il dolore muscolo-scheletrico associato a processi infettivi acuti non specifici, come il dolore da fatica muscolare acuto, è indicato il paracetamolo. L'ibuprofene invece può anche essere usato per gli stati febbrili e i dolori lievi e moderati, ma permette anche il trattamento di artriti, di artrosi, di spondilite anchilosante (artrite della colonna vertebrale), infiammazioni non reumatiche e dolori mestruali, in quanto avendo la proprietà antinfiammatorie, esso contribuisce a spegnere la flogosi che causa la sintomatologia algica. Ma oggi c'è una nuova molecola, che associa l'efficacia analgesica, antipiretica e antinfiammatoria in un'unica compressa, formulata per i "disturbi non differibili", ovvero gli stati infiammatori con sintomatologia mista, associati a dolore e, a volte, febbre, come il mal di gola, la sinusite, l'otite, il mal di denti, i dolori muscolari, che spesso esordiscono con algia e flogosi, e questo farmaco è la prima combinazione a dose fissa di paracetamolo e ibuprofene insieme, che, grazie alla sinergia tra i due principi attivi, consente un'efficacia terapeutica maggiore del 30% rispetto ai due medicinali assunti singolarmente, migliora la durata dell'effetto antidolorifico ed aumenta la velocità di azione.

LA NOVITÀ

Il farmaco contiene i due principi attivi combinati in dosi ridotte rispetto alle formula-

zioni tradizionali, ma coniuga i vantaggi dei due medicinali con un profilo di sicurezza maggiore e più efficiente, che può essere utilizzato anche per tipologie di pazienti particolari, come anziani, diabetici o soggetti affetti da patologie cardiovascolari che non potrebbero assumere farmaci antinfiammatori ai dosaggi consueti. La nuova associazione è un farmaco prodotto dalla Angelini farmaceutica, a prescrizione medica inserito in fascia C (a pagamento) oggi disponibile in Italia in una confezione da 16 compresse con un prezzo al pubblico di 7.30€, ed approvato per il trattamento temporaneo del dolore associato a cefalea, emicrania, mal di schiena, dolori mestruali, mal di denti, dolori muscolari, sintomi influenzali e da raffreddamento, mal di gola e febbre. Comunque sia, il paracetamolo non è raccomandato in casi di insufficienza epatica e renale, e l'ibuprofene nei pazienti con problemi gastrici, o in coloro che assumono farmaci antiipertensivi o anticoagulanti a rischio di interazione, per cui nel dubbio è consigliabile di non abusare di questi medicinali, o per lo meno di non prenderli a caso, ma di rivolgere la domanda iniziale di questo articolo, se prendere cioè l'uno o l'altro, al medico curante anziché al coniuge, soprattutto se questi non è in grado di capire la natura di un dolore, di interpretare una sintomatologia, di comprenderne l'intensità e la provenienza, e soprattutto se incapace di prevedere se quel dolore venga, a seguito della terapia,

rimesso o intensificato. Perché, a volte, sappiatelo, i medici servono proprio a questo.

LA SCHEDA

L'IBUPROFENE

Il Moment (o l'Okì) condivide con il paracetamolo le funzioni antipiretiche ed analgesiche, ma ha anche un effetto antinfiammatorio, quindi il suo uso non è raccomandato in gravidanza per il suo potenziale di inibire la sintesi delle prostaglandine nel neonato

IL PARACETAMOLO

La Tachipirina (o Efferalgan) non annovera problemi di allergia, al punto che viene usata tranquillamente in gravidanza, durante l'allattamento, ed è il farmaco di eccellenza in età neonatale e pediatrica. Esiste in diverse dosi secondo la necessità e l'intensità della sintomatologia

LA NOVITÀ

Esiste un nuovo farmaco che contiene i due principi attivi combinati in dosi ridotte rispetto alle formulazioni tradizionali, ma coniuga i vantaggi dei due medicinali garantendo sicurezza maggiore e più efficiente. Può essere utilizzato da pazienti particolari, come anziani, diabetici o soggetti affetti da patologie cardiovascolari che non potrebbero assumere farmaci antinfiammatori ai dosaggi consueti

