



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

8 GIUGNO 2015

## RASSEGNA STAMPA



**L'addetto Stampa**  
**Massimo Bellomo Ugdulena**



**SANITÀ.** Approvato il protocollo siglato dall'azienda sanitaria con Asp e Policlinico. La struttura entro fine anno: stop ai viaggi della speranza

## Centro unico per la procreazione assistita Dalla Regione via libera al polo del Cervello

Le strutture metteranno insieme le loro forze in termini di macchinari e personale. Così si potrà accedere all'inseminazione senza costi da capogiro e senza «viaggi della speranza»: in Sicilia ce ne son già sette

Monica Diliberti

●●● La Sicilia occidentale presto potrà avere un importante centro pubblico per la procreazione medicalmente assistita. Un tassello fondamentale è stato segnato ieri, con la pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale della Regione Siciliana del decreto che, di fatto, dà il via libera alla struttura che darà a centinaia di coppie una chance in più di diventare genitori. Senza costi da capogiro e senza «viaggi della speranza», se si considera che, nell'Isola, sono operativi 7 centri pubblici per l'inseminazione artificiale.

Il decreto dell'assessorato regionale della Salute approva il protocollo d'intesa firmato, all'inizio di maggio, tra le tre aziende che si faranno carico dell'ambizioso progetto: il Policlinico Paolo Giaccone, l'Asp (in particolare

con l'ospedale Ingrassia) e l'Azienda Ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello. Le tre strutture, interamente pubbliche, metteranno insieme le loro forze (in termini di macchinari e personale) per dar vita al Centro interaziendale di terzo livello per la procreazione medicalmente assistita, che avrà sede all'ospedale Cervello, nel Dipartimento assistenziale materno-infantile. L'ospedale di via Trabucco diventerà anche banca regionale per la crioconservazione di tessuti (ad esempio, quello ovarico) e gameti che sono necessari alla fecondazione assistita. Non va inoltre dimenticato che il Cervello è in primissima linea nell'analisi genetica prenatale, soprattutto per la talassemia.

Secondo il protocollo d'intesa, il Policlinico e l'Ingrassia forniranno le apparecchiature che già ora vengono usate per l'inseminazione artificiale. L'intervento vero e proprio avverrà al Cervello, mentre le attività precedenti e successive (studio e preparazione della coppia, follow up) nelle altre strutture. Gli Ospedali riuniti metteranno invece a disposizione un dirigente biologo, infermieri, personale



Antonio Perino, direttore del reparto di Ostetricia e ginecologia di Villa Sofia

tecnico-sanitario e ausiliario. «È stato fatto uno sforzo per creare un sistema unico - dice Antonio Perino, ordinario di Ginecologia e ostetricia all'università di Palermo e direttore dell'Unità

operativa di Ostetricia e ginecologia agli Ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello - che avrà pochi eguali in Italia. Tre aziende pubbliche che si consorziano per lanciare questa attività è un bel

messaggio. In Sicilia, ogni anno 5.000 coppie richiedono la fecondazione assistita e di certo aumenteranno».

Punto critico: i soldi. La Regione Siciliana ha promesso 3 milioni e 800mila euro provenienti dal governo centrale e che saranno suddivisi tra le Asp di Palermo, Catania, Caltanissetta e Messina, con circa un milione e 600mila euro ciascuno. Il 70 per cento di questi (1.100.000 euro) è destinato al settore pubblico (cioè alla fase di start up del nuovo centro), il 30 ai privati convenzionati. La richiesta per i fondi è già pronta. Dopo di che, potranno partire i lavori al Cervello. «La ditta vorrebbe terminarli entro ottobre - aggiunge Perino, che sarà responsabile del centro -, ma va benissimo anche entro l'anno». Il nuovo centro garantirà a regime fra le 600 e le 800 procedure l'anno, di primo, secondo e terzo livello - dichiara Gervasio Venuti, direttore generale degli Ospedali riuniti - e favorirà anche la fase della formazione, con l'insegnamento delle tecniche di procreazione assistita ai giovani assistenti della Scuola di specializzazione in Ginecologia ed ostetricia dell'università di Palermo». (FMD/7)



Sei in: Home &gt; News &gt; Attualità &gt; Studio per nuovo farmaco contro la malattia di Crohn

## Studio per nuovo farmaco contro la malattia di Crohn

di oggisalute | 5 giugno 2015 | pubblicato in Attualità



Si aprono nuovi orizzonti per i pazienti affetti dalla **malattia di Crohn**, patologia infiammatoria cronica dell'intestino che colpisce il tratto gastrointestinale provocando una vasta gamma di sintomi. La scorsa settimana a Washington durante il DDW (Digestive Disease Week), principale appuntamento congressuale internazionale sulle malattie dell'apparato digerente, sono stati presentati i dati delle analisi di sottogruppo dello studio sulla malattia di Crohn con GED-0301 (Mongersen), pubblicato sulla prestigiosa rivista *New England Journal of Medicine* lo scorso marzo.

Lo studio, coordinato dal professore Giovanni Monteleone dell'Università di Roma - Tor Vergata, ha utilizzato una terapia farmacologica che ha prodotto una significativa remissione della malattia, grazie ad un meccanismo di azione innovativo concepito per agire localmente, in una patologia nella quale l'effetto terapeutico dei farmaci fino ad ora disponibili risulta ancora condizionato dalla gravità e durata della malattia.

Lo studio, condotto su 166 pazienti adulti affetti da malattia di Crohn moderata e grave con lesioni infiammatorie documentate nell'ileo terminale e/o nel colon destro, è il frutto di un partenariato fra 14 centri italiani ed uno tedesco, ma nasce nel solco della ricerca italiana della scuola di Gastroenterologia di Tor Vergata diretta dal professor Pallone e portata avanti da Giovanni Monteleone con il supporto dell'azienda farmaceutica Giuliani. Tra i centri italiani che hanno contribuito al successo dello studio vi è l'Unità operativa di Medicina Interna 2 dell'Azienda Villa Sofia Cervello diretta dal prof. Mario Cottone, con il coordinamento del dott. Ambrogio Orlando, che ha contribuito alla realizzazione dello studio con l'inserimento di 10 pazienti.

**Elemento principe dello studio e del trattamento farmacologico è l'utilizzo di una molecola**, l'oligonucleotide antisense anti Smad 7, contenuta nel farmaco GED - 0301, capace di bloccare una citochina infiammatoria (in pratica una diversa molecola proteica), lo Smad 7, la cui presenza in livelli eccessivi stimola appunto l'infiammazione, acuendo la malattia. "Nei pazienti che hanno ricevuto il farmaco attivo - spiega Orlando - l'efficacia risulta veramente elevata e rapida confrontata con i farmaci disponibili fino ad oggi. Inoltre l'assenza di effetti collaterali e l'utilizzo della somministrazione orale, rappresentano caratteristiche che renderebbero questo farmaco, sempre che i dati vengano confermati nello studio di fase III e in altre localizzazioni di malattia, molto promettente per questi pazienti. Dallo studio sono stati esclusi i pazienti con lesioni note dello stomaco, dell'intestino tenue prossimale, del colon trasverso e/o del colon sinistro, stenosi, fistole, malattia perianale, manifestazioni extraintestinali, infezioni attive o recenti o storia di neoplasia maligna".

**I pazienti inclusi nello studio sono stati randomizzati** (termine tecnico utilizzato negli studi sperimentali per attribuire ai pazienti o il trattamento sperimentale o un altro trattamento già in uso o il placebo), attraverso la somministrazione giornaliera per due settimane con una delle tre dosi di GED-0301 (10 mg/die, 40 mg/die o 160 mg/die) in compresse o placebo. La risposta al trattamento è stata valutata ai 15, 28 e 84 giorni ed è risultata positiva con percentuali di remissione diverse a secondo della dose di farmaco somministrata.

**Il punto finale di efficacia primaria dello studio era rappresentato dalla percentuale di pazienti** in remissione clinica, indicata con il CDAI (Crohn Disease Activity Index), il punteggio di riduzione utilizzato in questa malattia, che doveva essere inferiore a 150 al giorno 15 e mantenuto fino al giorno 28.

**Gli endpoint secondari includevano invece la risposta clinica definita** come riduzione del punteggio CDAI di 100 o 70 punti al giorno 15 e al giorno 28. Per quanto riguarda i pazienti che al basale avevano un punteggio CDAI di almeno 260 (mediana di 303), il 62,5% (10/16) di quelli trattati con GED-0301 160 mg aveva raggiunto la remissione clinica alla settimana 2 rispetto al 13,6% (3/22) di quelli trattati con placebo, mentre alla settimana 4 le percentuali di remissione erano rispettivamente del 75,0% (12/16) e del 4,5% (1/22). Alla settimana 2 la percentuale di risposta clinica del gruppo trattato con GED-0301 160 mg era dell'87,5% (14/16) rispetto al 22,7% (5/22) del gruppo placebo, mentre alla settimana 4 era rispettivamente dell'87,5% (14/16) e del 22,7% (5/22).

**I pazienti potevano continuare ad assumere dosi stabili di cortisone** o mesalazina per via orale nel corso delle due settimane di trattamento e/o una dose stabile di immunomodulatori (p. es. azatioprina, mercaptopurina, metotrexato) purché la terapia fosse stata iniziata 6 mesi prima del trattamento. Prima dell'inizio dello studio e durante le due settimane di trattamento non potevano essere avviate terapie a base di antibiotici, steroidi, immunosoppressori e agenti biologici. I pazienti arruolati nello studio non dovevano aver ricevuto anticorpi anti-TNF-alfa o altri agenti biologici oppure antibiotici rispettivamente nei 90 giorni precedenti e nelle 3 settimane precedenti l'inizio dello studio.

"Nei prossimi mesi - aggiunge Orlando - dovrebbe partire lo studio internazionale di fase III su una casistica molto più ampia, che se confermerà questi incoraggianti risultati dovrebbe portare nell'arco di 2-3 anni alla

// Video



Clip Salute, il tg di domenica 31 maggio 2015

Seguici su

ALESSANDRO FOSSETTI



### PARLA L'ESPERTO

A cura di *alessandro fossetti*

#### Miopia, tre ore all'aria aperta salveranno i nostri figli

L'allarme è lanciato da un pezzo: la miopia sta aumentando in quasi tutti i paesi del mondo, arrivando in alcuni di essi a percentuali elevatissime, tanto da indurre qualche clinico, come la dottoressa Padmaja Sankaridurg, capo del programma miopia al prestigioso Brien Holden Vision Institute di Sydney, in Australia, a parlare di "epidemia". La prevalenza [...]





registrazione di questo farmaco per il trattamento della malattia di Crohn. Anche in questo nuovo studio il nostro centro contribuirà ad arruolare pazienti offrendo loro ancora una volta l'opportunità di utilizzare farmaci sperimentali per il trattamento della loro malattia".

**SEI UN ESPERTO DI QUESTA MATERIA?**  
oggisalute - per maggiori informazioni [clicca qui!](#)

**VUOI SAPERNE DI PIU' DI QUESTO ARGOMENTO?**  
oggisalute - per maggiori informazioni [clicca qui!](#)

Mi piace 5 +1 0 Tweet 1

### La redazione consiglia

- Palermo, all'ospedale Cervello studio | e diagnosi della malattia di Wilson
- La dieta mediterranea riduce il rischio di cancro dell'utero
- Tumori, le storie di 16 pazienti | che hanno sconfitto la malattia

### Lascia un Commento

Nome (obbligatorio)

Mail (che non verrà pubblicata) (obbligatorio)

Sito web

### Tweet

**la Repubblica** @repubblicait 4h  
Il club degli acciacchi. Perché uno su tre ha almeno cinque problemini di salute larep.it/1AVPLTc pic.twitter.com/FFluTz1Mv  
Mostra Foto

**Luciano Fontana** @lucfontana 21h  
Scalini, strettoie e ostacoli. Perché la bellezza di città e musei e' negata ai disabili | Gian Antonio Stella corriere.it/salute/disabil...  
Ritwittato da Corriere della Sera  
Mostra riepilogo

**Corriere della Sera** @Corriereit 7 Giu  
Scalini, strettoie e ostacoli La bellezza negata ai disabili goo.gl/r24VUa pic.twitter.com/DUP4gbMqAH  
Mostra Foto

**la Repubblica** @repubblicait 6 Giu  
Attenti alla 'Sindrome da girovita': rischio infarto e ictus in crescita del 50% larep.it/1ASrP33 pic.twitter.com/ZnZrB1g8On  
Mostra Foto

**daniela manca** 5 Giu

Scrivi un nuovo Tweet...

### // L'eccellenza in sanità

#### 'LA MADDALENA', AL VIA SERVIZIO DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA

Un progetto unico in Sicilia per aiutare i pazienti a convivere meglio con la malattia dopo il ricovero. È il nuovo servizio di dimissione i...

#### L'IRSOO, ECCELLENZA ITALIANA NEL CAMPO OTTICO

Una struttura di eccellenza e di primo livello nel campo dell'optometria. Questo è il titolo di cui può fregiarsi l'IRSOO, l'Istituto di Ric...

#### LA MADDALENA, PRIMO BILANCIO POSITIVO PER IL REPARTO DI LUNGODEGENZA

A poco meno di un anno dall'inaugurazione, il reparto di lungodegenza dell'ospedale "La Maddalena" di Palermo si conferma punto di riferimen...

#### L'ITALIANO ADRIANO CHIÒ ECCELLENZA MONDIALE NEL CAMPO DELLA SLA

L'American Academy of Neurology e l'Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Association hanno assegnato lo Sheila Essey Award 2015 al professor ...

### IL GLOSSARIO

Cerca la parola



### // Iniziative

#### IL RACCONTO TRA PSICOLOGIA E PRATICA GIUDIZIARIA: INCONTRO CON CAROFIGLIO



Tutto esaurito a Milano per il secondo incontro in programma di 'Fuori EXPO-OPL', iniziativa





# PALERMO

## CLICK SALUTE

4 GIU 2015

### Nuovo farmaco per curare la malattia di Crohn, sp all'ospedale Cervello



Si aprono nuovi orizzonti per i pazienti affetti dalla malattia di Crohn, patologia infiammatoria molto diffusa tra i giovani. La scorsa settimana a Washington, durante il congresso internazionale dello studio sulla malattia di Crohn con GED-0301 (Mongersen), pubblicato sulla rivista New England, il professor Giovanni Monteleone dell'Università di Roma - Tor Vergata, ha utilizzato una terapia a remissione della malattia, grazie ad un meccanismo di azione innovativo. Lo studio condotto su 10 centri italiani ed uno tedesco. Tra questi vi è l'unità operativa di Medicina Interna II dell'azienda ospedaliera con il coordinamento del dottor Ambrogio Orlando, che ha contribuito con l'inserimento di 10 pazienti nell'oligonucleotide antisense anti Smad 7, contenuta nel farmaco GED - 0301, capace di bloccare la molecola proteica, lo Smad 7, la cui presenza in livelli eccessivi stimola appunto l'infiammazione. Sono esclusi i pazienti con lesioni note dello stomaco, dell'intestino tenue prossimale, del colon trasversale, manifestazioni extraintestinali, infezioni attive o recenti o storia di neoplasia maligna del colon, cortisone o mesalazina per via orale nel corso delle due settimane di trattamento e/o una dose di mercaptopurina, metotrexato purché la terapia fosse stata iniziata 6 mesi prima del trattamento.



di trattamento non potevano essere avviate terapie a base di antibiotici, steroidi, immunosoppressori. I pazienti che dovevano aver ricevuto anticorpi anti-TNF-alfa o altri agenti biologici oppure antibiotici rispettivamente prima dell'inizio dello studio. "Nei prossimi mesi - dice il dottor Orlando dovrebbe partire lo studio su larga scala, che se confermerà questi incoraggianti risultati dovrebbe portare nell'arco di 2-3 anni a una cura definitiva della malattia di Crohn. Anche in questo nuovo studio il nostro centro contribuirà ad arruolare pazienti per la sperimentazione di nuovi farmaci sperimentali per il trattamento della malattia". L'azienda Villa Sofia-Cervello è centro di riferimento per la malattia di Crohn. (Invia segnalazioni a [clicksalute@gmail.com](mailto:clicksalute@gmail.com))

Scritto in *Senza categoria* | *Nessun Commento* »

---

## LASCIA UN COMMENTO

Devi essere registrato per postare un commento.



# Civico, giro di vite sul pronto soccorso

**SANITA'.** Controlli a tappeto all'area di emergenza e in tutti i reparti a "caccia" delle prestazioni improprie

**ANTONIO FIASCONARO**

Prima o poi la "bomba" sarebbe esplosa. Eccome. Da tempo c'erano dei sospetti, ma nessuno aveva pensato bene che bisognava affondare - lasciateci la licenza - il bisturi sul caso. E' così, improvvisamente, all'ospedale Civico - certamente non sarà un episodio isolato, quasi certamente i riflettori verranno puntati anche su altri nosocomi della città e della provincia - sono scattati i controlli incrociati su prestazioni al pronto soccorso e di altre che dovrebbero essere affrontate all'area di emergenza, ed invece, sono seguite da medici e professionisti dei vari reparti dell'azienda ospedaliera Arnas.

Il nodo del contendere, dicevamo, sono le prestazioni al pronto soccorso. Non tutte vengono registrate presso l'area di emergenza, ci sono casi e a quanto sembra sono davvero parecchi che, puntual-

mente, vengono "bypassati" dai pazienti, forse anche con la complicità compiacente di questo o quell'altro medico-amico che opera nei reparti di degenza che, per evitare i disagi dell'area di emergenza, "dirotta" il paziente direttamente in reparto. Certo, non si può fare di tutta un'erba un fascio. Infatti, ci sono dei casi che volontariamente devono essere "dribblati" - vedi pazienti già seguiti in questo o quell'altro reparto che, in caso di emergenza raggiungono l'unità operativa senza transitare dal pronto soccorso - e che, quindi non figurano nei registri d'ingresso.

Insomma, ci troviamo di fronte ad un vero e proprio "sottobosco" che, com'è stato riferito da un medico dell'ospedale Civico a taccuino chiuso «sarebbe finito nel mirino della Tributaria. Da giorni aggiunge il "camice bianco" - ci sono una serie di controlli sia al pronto soc-

corso che nei reparti con l'analisi delle cartelle cliniche e, penso che quanto si sta registrando possa allargarsi anche ad altri ospedali. E' giusto fare i controlli, ma non tutti sono irrispettosi delle regole. Bisogna andare con i piedi di piombo, perché altrimenti le mele buone possono finire anche tra quelle marce e non è giusto».

Evidentemente ancora oggi non vengono rispettate le regole di accesso al pronto soccorso che, com'è noto, assomigliano sempre più a veri e propri avamposti di quanti, periodicamente ne abusano con le prestazioni improprie. Nei mesi scorsi la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin aveva ammonito le Regioni. Occorre fare pagare il ticket al pronto soccorso anche per prestazioni banali. Ed invece, come d'incanto, si scopre che quasi tutti si definiscono "nullatenenti".



L'AREA DI EMERGENZA DELL'OSPEDALE CIVICO



**SANITÀ.** La causa sarebbe stata un'infiltrazione d'acqua nel tetto, i lavori cominceranno lunedì. Non è il primo episodio: nel 2012 un cedimento in Chirurgia generale

## Policlinico, giù il controsoffitto: chiusa un'area

Il crollo nell'atrio di ingresso di Psichiatria: nessun ferito. La Barbera: «Riprenderemo i ricoveri in una decina di giorni»

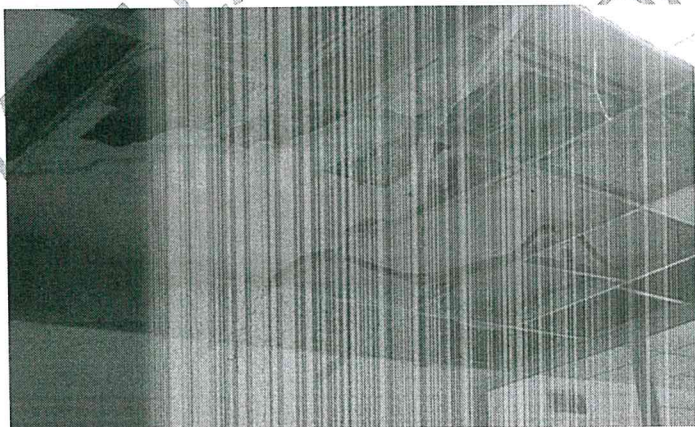
L'unità operativa complessa di Psichiatria ha dieci posti letto. È stato quindi necessario spostare i pazienti ricoverati in altre strutture palermitane. I lavori dureranno una settimana.

Monica Diliberti

●●● La Festa della Repubblica poteva trasformarsi in tragedia al Policlinico Paolo Giaccone, a causa dell'improvviso crollo di un controsoffitto. La struttura si è staccata nell'atrio di ingresso del reparto di Psichiatria, una zona di passaggio e, di giorno, molto frequentata. Fortunatamente, al momento del crollo, l'area era deserta e solo per questo motivo si è evitato il peggio.

Immediato l'intervento dei vigili del fuoco e dei responsabili dell'Ufficio tecnico dell'ospedale universitario che hanno verificato l'entità del danno e cosa lo ha provocato: a monte ci sarebbe stato un problema ad una conduttura idrica. A causa dell'infiltrazione, il controsoffitto ha assorbito l'acqua e infine ha ceduto. «È andata bene» dice Luigi Aprea, direttore sanitario del Policlinico, «perché quella è una zona cruciale. Ogni giorno vi transitano decine di persone. A seguito del crollo, il reparto è stato chiuso perché quello è l'unico ingresso disponibile».

L'unità operativa complessa di Psichiatria ha dieci posti letto. È stato quindi necessario spostare i pazienti ricoverati in altre strutture palermitane. «Un paio sono stati dimessi perché erano già nelle condizioni di poter essere seguiti a domicilio» - dichiara



Il reparto di Psichiatria era già stato rimesso a nuovo un anno e mezzo fa, quando fu trasferito dai locali di via La Loggia

ra Daniele La Barbera, direttore del reparto, «gli altri sono stati trasferiti. L'ultimo ha trovato posto mercoledì in Geriatria, dove è stato accompagnato da un nostro infermiere, in modo da poter garantire la massima assistenza specialistica. Abbiamo cercato di attenuare il disagio quanto più possibile». «Abbiamo subito ricevuto la piena collaborazione da parte dell'Asp - continua Aprea -, che ha accolto i nostri pazienti. A Palermo, la psichiatria è un problema perché ci sono pochi posti letto».

L'Ufficio tecnico ha comunicato che i lavori per riparare il danno ini-

zieranno lunedì e dovrebbero durare una settimana. Il reparto era stato rimesso a nuovo circa un anno e mezzo fa, quando la degenza fu trasferita qui dai locali di via Gaetano La Loggia, dove invece attualmente restano gli ambulatori e la riabilitazione della Psichiatria del Policlinico. «Riprenderemo i ricoveri tra una decina di giorni» - aggiunge La Barbera - «Non possiamo stare chiusi a lungo, anche perché adesso inizia il periodo più difficile. I posti letto in città scarseggiano e in estate le richieste aumentano. Fondamentale è stata la collaborazione dell'Asp».

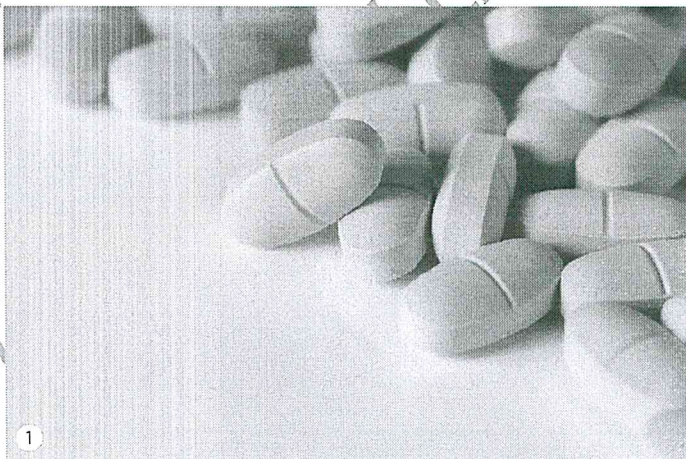
Il Policlinico Paolo Giaccone è una delle strutture sanitarie storiche di Palermo. Già in un'altra occasione si è verificato un crollo, meno grave di quello di martedì scorso, ma certo potenzialmente pericoloso. A settembre del 2012, con un boato, nel reparto di Chirurgia generale cadde un pezzo d'intonaco che si portò giù un controsoffitto di metallo. Anche in quel caso, l'incidente avvenne di sera e, per fortuna, in un corridoio che portava agli uffici dove non c'era nessuno. Il reparto fu chiuso solo per alcune ore perché il danno era meno ingente e fu riparato in fretta. (MOS)



## SI SPERIMENTA IN AMERICA DALLA STANCHEZZA ALLA NAUSEA

di Delia Parrinello

# IL «VIAGRA ROSA» GLI EFFETTI INDESIDERATI DELLA PILLOLA DEL PIACERE FEMMINILE



Una miscela esplosiva di femminismo e aziende farmaceutiche porta avanti il Viagra per donna e forse sta per vincere, la pillola della libido femminile potrebbe arrivare in farmacia dopo un altro voto fissato ad agosto, in Usa ha avuto una mezza promozione dalla Federal Drug Administration e si prepara all'esame finale. Viagra rosa, fra la prudenza dei medici che resta alta, e sono in tanti a sostenere quello che spiega dall'Università di Palermo il direttore di Urologia Carlo Pavone: «È giusta l'aspettativa delle donne di avere un farmaco per migliorare la sessualità come l'uomo, che ha pillole per l'erezione o contro l'eiaculazione precoce. Il *flibanserin* in corso di studio in Usa dovrebbe migliorare il desiderio sessuale femminile che è un fatto ben diverso dalla possibilità di avere un normale e piacevole orgasmo, obiettivo della giusta felicità sessuale della donna. Ma finora non ha funzionato, è stato bocciato, è provato che al massimo fa venire il mal di testa».

Una pillola che provoca stanchezza, mancamenti che nemmeno le dive del mito, nausea. La fase di prova l'ha lanciata l'autorità americana per gli alimenti e medicinali ed ha avuto un'approvazione condizionata: la Sprout Pharmaceutical, l'azienda che produce il medicinale, dovrà presentare un piano per limitare gli effetti collaterali, la stanchezza, la bassa pressione sanguigna, i mancamenti. E infatti il Viagra per donna è stato approvato con 18 voti a favore e 6 contrari. La stessa FDA aveva bocciato il farmaco due volte dal 2010, fra una pioggia di critiche compresa quella di discriminare le donne.

Alcune associazioni a favore dei diritti femminili e dei produttori del farmaco si sono coalizzate ed hanno varato una petizione. Accusano la FDA di aver discriminato le donne «approvando il Viagra e altri 25 farmaci per aiutare gli uomini ad avere sesso, e non le donne».

«Le donne hanno atteso abbastanza. Nel 2015 l'uguaglianza in base al sesso dovrebbe essere uno standard», dicono le femministe. Nelle precedenti bocciature il farmaco è stato considerato «di modesta efficacia rispetto agli effetti indesiderati che provoca, come sonnolenza, giramenti di testa e nausea». Il parere della commissione non è vincolante per la FDA, che si esprimerà in via definitiva nel prossimo mese di agosto.

Intanto i gruppi farmaceutici e quelli in difesa della parità su tutto continuano a premere sulla Food and Drug Administration affinché approvi la pillola. Accusano l'agenzia di discriminazione sessuale e aprono una campagna di sostegno per il Viagra rosa. Arriva anche uno spot-parodia del Viagra per uomo, crescono le pressioni

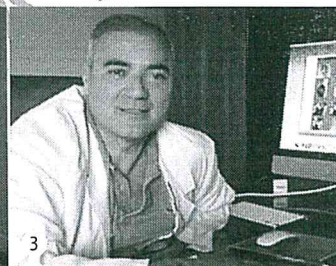
e il giro economico intorno alla libera e rafforzabile libido femminile.

L'azienda Sprout pubblica nuovi dati sui record benefici del Viagra per donna, sottolineando addirittura che «non compromette la capacità di guidare l'auto». Ma l'idea che circola è che la Sprout e i suoi alleati stiano cercando di rendere «il basso desiderio sessuale un problema curabile con farmaci, mentre molti di questi problemi sono solo psicologici o relazionali».

I produttori del farmaco schierati con le bandiere di genere, affari e femminismo per il Viagra rosa. Trovare l'equivalente femminile della pillola dell'amore per maschi? «Operazione comunque difficile», conferma il professor Carlo Pavone: «Un conto è indurre l'erezione e

UN FARMACO TRA I DIRITTI INVOCATI  
DALLE FEMMINISTE, GLI INTERESSI  
DELL'AZIENDA PRODUTTRICE  
E LE TROPPE PERPLESSITÀ DEI  
MEDICI

l'eiaculazione nel maschio. Nelle donne i tempi dell'attività sessuale non sono così netti, a nulla serve dare attraverso i farmaci maggiore rigidità al clitoride o maggiore vascolarizzazione nella zona genitale, nella donna tutto questo non si associa a un aumento del piacere perché le componenti sono più complesse. Se la persona non piace, se per esempio l'uomo ha un cattivo odore, la donna non riuscirà a fare sesso anche con il Viagra rosa. E infatti gli americani non hanno ancora approvato questo farmaco che va in esame ormai dal 2010 e ancora oggi lo stanno valutando sotto una notevole pressione sociale. Ma non si può approvare una medicina sotto la pressione sociale delle organizzazioni femministe che dicono "gli uomini hanno un farmaco per fare sesso e noi no"». (FP)



2

4

1 Pillole di «Viagra rosa». 2 I farmaci per aiutare la sessualità maschile sono circa una ventina. 3 Il professor Carlo Pavone, urologo. 4. Il flibanserin dovrebbe stimolare il desiderio femminile

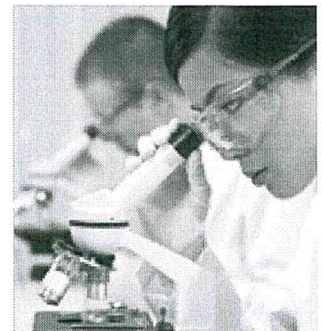


# I farmaci biologici, la nuova frontiera della terapia nelle malattie reumatiche

**L'**Oms indica le malattie reumatiche come prima causa di dolore e disabilità in Europa. Si calcola che il 15% della popolazione italiana ne sia affetta e la spesa per queste malattie è stimata pari a 5-6 miliardi di Euro/anno. Nel loro complesso, le malattie reumatiche rappresentano la più frequente causa di assenze lavorative e la causa di circa il 30% delle pensioni di invalidità attualmente erogate nel nostro Paese. Dunque, un enorme problema di sanità pubblica. Quando si parla di malattie reumatiche il pensiero si volge immediatamente a quelle di tipo degenerativo, come artrosi e osteoporosi, che hanno sicuramente il maggior impatto epidemiologico. Purtroppo è assai meno diffusa la conoscenza di malattie reumatiche aggressive, invalidanti e potenzialmente curabili come artrite reumatoide, spondilite anchilosante, artrite psoriasica. Eppure sono malattie tutt'altro che rare, che colpiscono, globalmente considerate, oltre il 2% della popolazione generale. Concentriamo la nostra attenzione sull'artrite reumatoide. E' una malattia ad eziologia sconosciuta (non ne conosciamo la causa) e patogenesi autoimmune (nel senso che i meccanismi del danno derivano da un "disorientamento" del sistema immunitario che aggredisce strutture del proprio organismo). Clinicamente è caratterizzata da una poliartrite che coinvolge, nelle forme tipiche, le articolazioni periferiche (polso, mani, ma anche caviglie e piedi),

e provoca, se non adeguatamente trattata, deformazioni articolari irreversibili e grave limitazione funzionale. Questa malattia colpisce oltre lo 0.5% della popolazione generale e si stima che nella nostra regione ci siano oltre 300.000 pazienti affetti. Presso il nostro Centro sono in follow up circa 700 pazienti con artrite reumatoide. La malattia colpisce più frequentemente le donne (il rapporto F/M è di circa 3/1) ed esordisce più spesso nella quarta decade di vita, ma può presentarsi a tutte le età. Basti pensare che in circa un terzo dei casi ha un esordio tardivo, dopo i 60 anni e sono forme spesso più difficili da diagnosticare sia per la presentazione atipica dei sintomi che per la confusione diagnostica con l'artrosi. Esistono anche forme ad insorgenza in età pediatrica, oggi meglio definite come artrite idiopatica giovanile, con andamento molto simile. L'artrite reumatoide compromette notevolmente la qualità della vita, in misura paragonabile a malattie come la sclerosi multipla e la cardiopatia ischemica, e circa il 20% dei pazienti non trattati è costretto ad abbandonare il lavoro. Inoltre, è stato recentemente dimostrato che l'artrite reumatoide rappresenta un fattore di rischio cardiovascolare paragonabile al diabete e il tasso di mortalità è raddoppiato in questi pazienti. Eppure è una malattia per la quale oggi disponiamo di terapie farmacologiche estremamente efficaci! Il primo passo è la diagnosi precoce. Essa dipende, innanzi tutto, da una più diffusa co-

noscenza della malattia: troppo spesso il paziente è portato a sottovalutare i primi sintomi articolari, ad esempio la rigidità articolare al risveglio, ritardando l'intervento del medico. Un punto cruciale è la corretta valorizzazione dei sintomi da parte del medico di medicina generale, con il precoce invio dal reumatologo. Numerosi studi hanno dimostrato che il precoce invio del paziente dallo specialista migliori la prognosi a lungo termine della malattia, proprio perché consente una diagnosi più precoce e il tempestivo inizio di una adeguata terapia. Sotto questo aspetto il nostro armamentario terapeutico è oggi davvero completo. Esso si avvale di vari gruppi di farmaci come i farmaci sintomatici, cortisone e anti-infiammatori non steroidei, da utilizzare solo in alcune fasi di malattia, per ottenere un rapido controllo dei sintomi. Altri farmaci di fondo tradizionali (primo tra tutti il methotrexate) sono in grado di incidere sui meccanismi patogenetici del danno articolare migliorando la prognosi di malattia; infine i cosiddetti farmaci "biologici". Tali farmaci, definiti in modo più appropriato "biotecnologici" (in quanto frutto dell'ingegneria molecolare), agiscono modificando in modo molto selettivo la risposta biologica dei soggetti affetti da malattia. Essi inibiscono cellule e sostanze che hanno un ruolo chiave nel determinare l'infiammazione articolare ed il conseguente danno anatomico che provoca invalidità. Essi consentono oggi di arrestare o quanto meno rallentare la progressione di malattia anche nelle forme più severe, non responsive ai farmaci tradizionali e che sono circa



il 30% dei casi. I primi farmaci "biotecnologici" sono stati utilizzati fin da 15 anni fa. Sono farmaci ad azione anti-TNF che si sono dimostrati efficaci anche in altre malattie come la spondilite anchilosante e la artrite psoriasica, modificando l'andamento di queste condizioni patologiche, altrettanto gravi e invalidanti. Poi sono stati sintetizzati farmaci con altri meccanismi d'azione, altrettanto efficaci nella terapia dell'artrite reumatoide. Infine è stato approvato un farmaco biotecnologico efficace nella terapia di una malattia reumatologica sistemica grave e complessa come il lupus eritematoso sistemico. L'esperienza clinica su questi farmaci è ormai molto ampia e il profilo di tollerabilità assolutamente confortante. Presso il nostro Centro seguiamo circa 400 pazienti in trattamento con farmaci biotecnologici. Se utilizzati in modo appropriato e in mani esperte ci stanno consentendo di cambiare radicalmente la storia naturale delle principali malattie reumatiche autoimmuni.

**Dott. Giuseppe Provenzano**  
Responsabile Centro  
di Reumatologia, Plesso  
distaccato via del Fante  
(ex-CTO),  
AOOR Villa Sofia - Cervello

Sito web: [www.trmweb.it](http://www.trmweb.it)

**TRM**  
*mattino*

Seguici ogni mercoledì dalle 07:30 alle 08:00  
su TRM in diretta Televisiva

Potrai intervenire chiamando al numero Tel. 091204064  
Medici, specialisti ed esperti, approfondiranno  
i temi trattati sul nostro giornale

**nell'attesa...**

Settimanale d'informazione  
Socio-Sanitaria dell'ANIO Onlus

Per avere il nostro  
settimanale nella tua sala  
d'attesa inoltra un'email  
a: [abbonamenti@nellattesa.it](mailto:abbonamenti@nellattesa.it)  
o invia un sms al 338.9432410  
indicando i tuoi dati



# quotidianosanità.it

07 GIUGNO 2015

## **“Caos ticket”. Ogni Regione fa per sé. Farmaci, visite e analisi, pronto soccorso: più di 3 miliardi l'anno di spesa. Ma il conto cambia a seconda di dove si abita. E la riforma non arriva**

*Un codice verde in pronto soccorso può costare molto caro: anche 100 euro. Ma da altre parti va male se ti fanno pagare i 25 euro nazionali. Sui farmaci per pagare il ticket in farmacia serve un ragioniere al seguito. Lo stesso per visite ed esami con conti che possono lievitare fino a 118 euro. E anche sulle esenzioni è la casbah: ogni Regione esenta chi gli pare. Ma la riforma prevista dal Patto per la Salute è ancora in alto mare*

Il Patto per la Salute avrebbe dovuto rivoluzionare il sistema entro il dicembre scorso. Ma a distanza di 6 mesi da quella scadenza le notizie che filtrano dal ministero della Salute sulla riforma di ticket ed esenzioni sono ancora molto scarse.

Eppure anche un bambino si renderebbe conto che il sistema attuale è ormai diventato un “fai da te” regionale inaccettabile, con regole e costi diversissimi da una realtà all'altra in barba a qualsiasi criterio di equità e uguaglianza di accesso alle prestazioni sanitarie.

**Così può accadere che una visita al pronto soccorso**, dove è previsto un ticket nazionale di 25 euro per i casi non urgenti, possa arrivare a costare anche 100 euro (Bolzano) e una prescrizione per esami e visite specialistiche possa passare da un minimo di 36,15 euro (Bolzano e Basilicata) a un massimo di 118 euro (Toscana).

**Per non parlare dei farmaci** dove tra quota fissa sulla ricetta e sulla confezione e differenza da pagare tra generico e branded il conto in farmacia diventa sempre più un rebus. E anche in questo caso con costi diversi da una regione all'altra. Dal minimo di 1 euro di quota fissa sulla ricetta a Trento agli 8 euro della Toscana e lo stesso vale per la quota sulle singole confezioni anch'essa variabile da una regione all'altra.

Un vero e proprio rebus, difficile anche da raccontare e spiegare, che in ogni caso l'anno scorso ha “fruttato” tra minore spesa e incassi un gruzzolo di 1,5 miliardi tutti a carico dei cittadini, salvo gli esenti.

**Caos anche per i ticket per esami e visite specialistiche.** E' l'altro grande capitolo ticket che garantisce ogni anno (ultimo dato 2013) quasi un miliardo e mezzo di incassi alle Asl, per l'esattezza 1,486, in diminuzione rispetto al 2012 anche perché in molti casi i pazienti vanno direttamente nel privato che ha ormai tariffe in linea con i massimali del ticket pubblico.

La normativa nazionale prevede un ticket massimo sulle prestazioni pari a 36,15 euro e una quota fissa di 10 euro (il superticket reintrodotta nel 2011) su cui le Regioni hanno però un margine più ampio di scelta. Ed è proprio qui che sorgono le principali differenze. A parte Bolzano e Basilicata che non hanno applicato il super ticket, nelle altre ognuno fa per sé, con costi per il paziente che possono arrivare



**E veniamo all'ultimo capitolo di questo nostro viaggio nel caos ticket, quello delle esenzioni.**

Se è difficile orientarsi su quanto e come pagano gli italiani per farmaci, visite e analisi, capire "chi non paga" è ancora più complesso. Volendo semplificare c'è chi non si è troppo discostato dalla normativa nazionale, che prevede esenzioni per reddito, età e patologia, e chi invece ha introdotto una mole notevole di categorie e sottocategorie di esenti totali o parzialmente dal pagamento del ticket.

Come abbiamo detto, il Patto per la Salute prevedeva una grande riforma del sistema ma ad oggi non c'è ancora una proposta minimamente condivisa tra Governo e Regioni. E certo consolano solo parzialmente le parole del ministro Lorenzin che, da noi intervistata esattamente un mese fa, pur ribadendo la sua intenzione di sfrondare e semplificare in nome dell'equità, ammetteva che pensare a un sistema di ticket uguale in tutto il Paese con stessi diritti e garanzie è impossibile.

**"A che punto siamo e che intenzioni avete? Aumenteranno? Saranno finalmente unificati a livello nazionale?"**, avevamo chiesto al ministro a proposito della riforma dei ticket e delle esenzioni e lei ci aveva risposto così: *"Il lavoro è ancora in corso, perché è complesso. L'obiettivo, a parità di gettito - quindi nessun aumento del ticket questo è certo - è quello di dare al cittadino un sistema di compartecipazione alla spesa finalmente equo e legato alle reali possibilità economiche di ognuno di dare il suo contributo alla sanità pubblica. Saranno senz'altro favoriti i nuclei familiari con figli ma non solo. Stiamo cercando di simulare un'applicazione delle esenzioni in base ai redditi Isee ma, come le dicevo, attenti a far sì che chi sarà esente lo sarà perché effettivamente non è in grado di pagare il ticket e non, come avviene oggi, con quelle macchinone parcheggiate davanti alla farmacia da dove scendono fantomatici esenti dal ticket. Quegli abusi li vogliamo stroncare. Ma per farlo senza sbagliare bersaglio bisogna farlo con attenzione. Meglio aspettare qualche mese in più che fare errori in un campo così delicato. Per quanto riguarda l'unitarietà del ticket a livello nazionale essa è di fatto preclusa dall'autonomia delle regioni in questo campo che lascia a loro la scelta sulla presenza e sulle modalità del ticket. A noi però il compito di dare un quadro unitario sulle esenzioni per far sì che i diritti siano gli stessi in tutto il Paese."*

**Luciano Fassari**

# Sanità24

Stampa

Chiudi

05 Giu 2015

## Standard ospedalieri, il testo è in Gazzetta

di Lucilla Vazza

Il testo del Regolamento sugli standard ospedalieri è approdato in Gazzetta. Una notizia che gli addetti ai lavori aspettavano da mesi.

Una genesi travagliata, con una prima versione del testo presentato l'estate scorsa (vedi la nostra anticipazione ) poi rispedito al mittente «con ignominia» dal Consiglio di Stato a causa dei molti errori formali, ma anche sintattici.

L'uscita del provvedimento, che sarà operativo a partire dal 19 giugno, non mancherà di suscitare un vespaio di polemiche nel mondo della Sanità. Già nella giornata di ieri i cardiologi Anmco riuniti a Congresso avevano lanciato il grido d'allarme perché la nuova organizzazione smantellerebbe gran parte dell'organizzazione cardiologica così come la conosciamo, eliminando due terzi dei reparti esistenti (si veda il nostro articolo).

Reazioni non mancheranno dai sindacati che già avevano storto il naso l'anno scorso, alla prima diffusione del documento.

Ora, con il nuovo testo riveduto e corretto comincia la partita vera. La posta in palio è la riorganizzazione ospedaliera, con una nuova filosofia di fondo, quella dell'ospedale per intensità di cura, molto contestata da alcuni e al contrario fortemente voluta da altri protagonisti della sanità nostrana, e che fa da sfondo al provvedimento oggi in Gazzetta.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved



# Sanità24

Stampa

Chiudi

05 Giu 2015

## **Sentenza Pma: per la Consulta è «irragionevole» il divieto per le coppie fertili malate. I ricorrenti: «Ora aggiornare le linee guida»**

di Filomena Gallo, Gianni Baldini, Angioletto Calandrini (Collegio Legale coppie ricorrenti e associazioni intervenute)

La Corte Costituzionale con il deposito delle motivazione accoglie in toto le ragioni dei ricorrenti e riconduce a piena coerenza e unitarietà il sistema.

### **Il fatto**

Maria Cristina e Armando (leggi la loro storia) , Valentina e Fabrizio (link alla loro storia) , due coppie fertili portatrici di patologie genetiche diverse, dopo aver provato ad avere una gravidanza e essere dovuti ricorrere all'interruzione di gravidanza, hanno chiesto di poter accedere alla fecondazione medicalmente assistita per poter conoscere lo stato di salute dell'embrione prima del trasferimento in utero come previsto dagli articoli 14, comma 5, 6 e 13 della legge 40/04 che da questa possibilità alle solo coppie infertili o sterili o alle coppie dove l'uomo è portatore di patologie virali. In virtù della legge 40, alle due coppie di coniugi, che chiedevano di essere ammesse a procedure di procreazione medicalmente assistita con diagnosi preimpianto, al fine di evitare il rischio di trasmettere ai rispettivi figli una patologia genetica, fu negato l'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita dall' Azienda USL Roma A e dal Centro per la Tutela della Salute della Donna e del Bambino S. Anna. Le coppie pertanto si rivolgevano al Tribunale ordinario di Roma che, con due ordinanze di identico contenuto motivazionale, sollevava dubbio di legittimità costituzionale. In entrambi i giudizi in Corte Costituzionale si sono costituiti i coniugi ricorrenti e le associazioni “Luca Coscioni, per la libertà della ricerca scientifica”, “Amica Cicogna Onlus”, “Cerco un Bimbo” e “L'altra Cicogna”, intervenienti nei procedimenti a quibus, per sostenere la fondatezza delle questioni sollevate dal Tribunale rimettente.

### **La sentenza**

Il deposito delle motivazioni conferma in pieno il dispositivo dello scorso 14 maggio: la Consulta ha fatto una scelta che riconduce a piena coerenza e unitarietà il sistema raccordando legge 40/2004 con legge 194/1978. La questione del diritto delle coppie fertili ma portatrici di patologia genetica trasmissibile cui era precluso l'accesso alla PMA e alla diagnosi genetica di preimpianto viene risolta uniformando i diritti di queste coppie con quelli delle coppie che ricorrono all'interruzione volontaria della gravidanza dopo il 3° mese. Dunque viene confermata la gerarchia dei diritti fondamentali della persona che vede al vertice la tutela del diritto alla salute della donna (e della coppia), il diritto di procreare e costituire una famiglia come scelta privata che non ammette ingerenze del legislatore e viene censurata l'irragionevolezza e l'illogicità della



previsione che non consentiva a queste coppie di accedere alla PMA e alla PGD salvo poi riconoscere il diritto, alle medesime condizioni, di ricorrere alle comuni diagnosi pre-natali (amniocentesi) e all'aborto.

### **Cosa accade da oggi**

Appena la sentenza sarà pubblicata nella Gazzetta Ufficiale le coppie fertili affette o portatrici di malattia genetica potranno accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita per poter accedere a indagini cliniche diagnostiche sull'embrione. Per accedere, un medico dovrà certificare che quella coppia è portatrice o affetta da patologia genetica: questo per esigenza di cautela «al fine esclusivo della previa individuazione di embrioni cui non risulti trasmessa la malattia del genitore comportante il pericolo di rilevanti anomalie o malformazioni (se non la morte precoce) del nascituro, alla stregua del medesimo “criterio normativo di gravità” già stabilito dall'art. 6, comma 1, lettera b), della legge n. 194 del 1978».

### **«Divieto irragionevole»**

Le parole dei giudici su questo sono chiare: «Sussiste, in primo luogo, un insuperabile aspetto di irragionevolezza dell'indiscriminato divieto [...]Vale a dire che il sistema normativo, cui danno luogo le disposizioni censurate, non consente (pur essendo scientificamente possibile) di far acquisire “prima” alla donna una informazione che le permetterebbe di evitare di assumere “dopo” una decisione ben più pregiudizievole per la sua salute».

È importante ribadire che a seguito di questa sentenza della Corte Costituzionale non si profila nessun vuoto normativo: non occorre che il Parlamento o il Governo dispongano l'avvio della tecnica sino ad ora vietata solo a chi non aveva i requisiti per l'accesso alla Pma. L'intervento del legislatore invece potrebbe ampliare ulteriormente il diritto alla salute in base all'aggiornamento delle patologie (anche rare), che nel tempo si identificheranno, per le quali è possibile accedere alla PMA. I giudici della Corte scrivono infatti che sarà compito del legislatore: «introdurre apposite disposizioni al fine della auspicabile individuazione (anche periodica, sulla base della evoluzione tecnico-scientifica) delle patologie che possano giustificare l'accesso alla PMA di coppie fertili».

Un atto doveroso sarebbe quello adesso di aggiornare le Linee guida, come quello di applicare pienamente tutte le tecniche nel pubblico come nel privato eliminando il discrimine legato al fattore economico.



# Sanità24

Stampa

Chiudi

05 Giu 2015

## Perché in molte Regioni le stroke unit non decollano?

di Mario Muto (direttore Uo Neuroradiologia ospedale Cardarelli di Napoli, consigliere della Società europea di Neuroradiologia)

Il trattamento precoce dell'ictus ischemico è fondamentale per riuscire ad evitare qualsiasi danno motorio a pazienti, spesso anche giovani, affetti da una occlusione di una arteria cerebrale o per ridurre il loro grado di disabilità.

Quando un'arteria si occlude, il principale obiettivo terapeutico è quello di ottenere in qualsiasi maniera una riapertura del vaso per rivascolarizzare quella parte di cervello, prima che la mancanza di ossigeno presente nel sangue lo danneggi completamente.

Si è svolta oggi a Napoli, presso il Centro di Biotecnologie dell'Ospedale Cardarelli una giornata di studi e riflessione, organizzata dall'Associazione ALICe Onlus (Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale), e coordinata dal sottoscritto e dal Dott. Giuseppe Russo, che vuole mettere in luce i dati della regione Campania sull'ictus ischemico-emorragico in regione Campania, confrontandolo con i dati di regioni virtuose come Toscana, Emilia, Romagna, Veneto e Lombardia, e cercando di comprendere le motivazioni di tali differenze.

L'ictus è un'emergenza, pertanto la persona con un sospetto ictus deve ricevere il prima possibile le cure più adatte. E' perciò fondamentale essere trasportati con urgenza nell'ospedale più vicino, possibilmente dotato di un centro organizzato per l'emergenza ictus, cioè l'Unità Urgenza Ictus o Stroke Unit.

Queste Unità sono composte da un team di professionisti multidisciplinari (sia medici sia infermieri) che conoscono il problema e sono in grado di trattarlo con gli strumenti più idonei.

Confronti fra dati di diversi studi condotti in diversi Paesi, hanno rilevato che con questa modalità gestionale si riducono statisticamente sia la mortalità sia il grado di invalidità di chi ha subito un ictus, indipendentemente dalla gravità e dall'età di chi è colpito.

Essenziale è cercare di far arrivare la persona nella struttura specializzata quanto prima in modo che esegua subito gli esami, la Tac in particolare, per capire se l'ictus è stato determinato da un'ischemia o da un'emorragia.

Quando un'arteria si occlude, il principale obiettivo terapeutico è quello di ottenere in qualsiasi maniera una riapertura del vaso per rivascolarizzare quella parte di cervello.

Dal 1996 ci si è avvalsi esclusivamente di farmaci per cercare di ottenere questa riperfusione cerebrale, ma recentemente (febbraio 2015) sono stati pubblicati dati scientifici molto importanti su riviste internazionali che hanno dimostrato come l'associazione della terapia endovascolare con quella endovenosa o la sola terapia endovascolare con trombectomia o trombo-aspirazione siano in grado di assicurare risultati migliori rispetto alla sola terapia farmacologica (studi ESCAPE, MR CLEAN, EXTEND IA e SWIFT PRIME).

In questi studi viene ribadito ancora una volta l'importanza della precocità del trattamento, la necessità di istituire centri di riferimento regionali e la riorganizzazione dei percorsi assistenziali



per il trattamento precoce della ischemia cerebrale.

Non è pensabile che tutti i centri ospedalieri siano in grado di fornire lo stesso livello di assistenza e per tale motivo sono stati identificati centri Stroke di I e II livello.

In realtà è a tutti ben noto che già da alcuni anni sono stati svolti lavori di commissioni regionali multidisciplinari sullo Stroke che comprendono il 118, infermieri di accettazione, medici di accettazione, neurologi, neurochirurghi, neuroradiologi, anestesisti-rianimatori, e riabilitatori.

L'avviamento di un sistema organizzativo per il trattamento precoce dello stroke ischemico-emorragico non può considerarsi un'operazione a costo 0, ma in realtà i maggiori costi iniziali per un percorso formativo di tutte le figure professionali, l'informazione ai cittadini ed una maggiore necessità di risorse umane viene bilanciato da un netto risparmio a valle in termini di minore necessità di assistenza domiciliare infermieristica post-ictus, minori ripercussioni psicologiche con pazienti che ritornano autosufficienti ed in grado di tornare al lavoro.

È quindi auspicabile che quanto prima i decisori politici si rendano conto che non è più possibile attendere la attuazioni di programmi assistenziali condivisi ed approvati dagli specialisti del settore nell'interesse di tutta la collettività.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved