



Associazione Italiana di Oncologia Medica

RASSEGNA STAMPA

23-09-2019

1. PHARMASTAR Cancro endometriale ad alto rischio, la chemioradiazione supera la radioterapia. Studio PORTEC-3
2. GAZZETTA DI BARI Bari e Taranto sedi della terapia Car T
3. L'ECO DI BERGAMO Il papilloma virus. Niente sintomi ma guai seri
4. IL FATTO QUOTIDIANO Papilloma virus: i rischi del test fai da te
5. CORRIERE DELLA SERA Noi non siamo il nostro male
6. QUOTIDIANO SANITÀ La Psico-oncologia per curare la sindrome della spada di Damocle
7. QUOTIDIANO SANITÀ Copertura sanitaria universale. Oms: “Investire almeno l’1% del Pil nell’assistenza sanitaria di base o entro il 2030 rischiano di rimanere senza cure 5 miliardi di persone”

<https://www.pharmastar.it/>

Cancro endometriale ad alto rischio, la chemioradiazione supera la radioterapia. Studio PORTEC-3

La chemioterapia adiuvante combinata con la radioterapia nelle donne con cancro endometriale ad alto rischio hanno prodotto miglioramenti significativi nella sopravvivenza globale (OS) e nella sopravvivenza senza fallimento (FFS) rispetto alla sola radioterapia.



E' quanto emerge da uno studio presentato al meeting annuale 2019 dell'American Society for Therapeutic Radiation Oncology (ASTRO). I dati a 72 settimane dello studio erano stati pubblicati il primo settembre su Lancet Oncology.

Dal 2006 al 2013, lo studio PORTEC-3 ha assegnato in maniera casuale 660 pazienti alla sola radioterapia (n=330) o alla chemioradioterapia (n=330). La radioterapia consisteva in 48,6 Gy in frazioni di 1,8 Gy per 5 giorni alla settimana, mentre la chemioradioterapia consisteva in due cicli di 50 mg/m² di cisplatino somministrato per via endovenosa durante la radioterapia, e poi quattro cicli di carboplatino AUC5 più paclitaxel 175 mg/m². Lo studio è stato coordinato da Stephanie M. de Boer, del Leiden University Medical Center, nei

Paesi Bassi

Nel gruppo di combinazione, le pazienti hanno ricevuto 2 cicli di cisplatino 50 mg/m² alla 1 e 4a settimane di radioterapia, seguiti da 4 cicli di carboplatino e paclitaxel a intervalli di 3 settimane. I pazienti del gruppo trattato con la sola radioterapia hanno ricevuto 48,6 Gy in frazioni di 1,8 Gy.

La sopravvivenza globale a 5 anni era dell'81,4% nel gruppo di combinazione e del 76,1% nel gruppo trattato con la radioterapia (hazard ratio [HR] = 0,70; 95% di intervallo di confidenza [CI], 0.51-0.97; P = 0,034). La failure-free survival (FFS) a 5 anni era rispettivamente del 76,5% e 69,1% (HR = 0,70; 95% CI, 0.52-0.94; P = 0,016).

"Questi risultati aggiornati dello studio PORTEC-3, con un follow-up mediano più lungo di 72 mesi e con il 75% dei partecipanti che hanno raggiunto i 5 anni di follow-up, hanno mostrato un miglioramento significativo sia nella sopravvivenza globale che per l'assenza di fallimento con chemioradioterapia rispetto alla sola radioterapia per il cancro endometriale ad alto rischio", hanno scritto gli autori del trial su Lancet Oncology.

Il miglioramento maggiore è stato osservato in donne con tumori di stadio III e/o sierologici. Per le donne con malattia di stadio III che hanno ricevuto chemioradioterapia, c'è stato un miglioramento assoluto a 5 anni di OS del 10% (P = 0,043) e un miglioramento di FFS del 12,5% (P = .011). L'OS a 5 anni per il tumore sieroso era del 71,4% tra i pazienti che hanno ricevuto chemioradio, rispetto al 52,5% nel solo gruppo delle radiazioni (P = 0,037). La FFS a 5 anni per le donne con tumore sieroso era rispettivamente del 59,7% e del 47,9% (P = .008).

Una recidiva a distanza si è verificata nel 30% delle donne del gruppo trattato con le radiazioni e nel 22% delle donne del gruppo combinato (P = 0,047). Gli eventi erano più probabili nei 2 anni successivi alla randomizzazione al trattamento (~80% dei casi).

"Questa analisi aggiornata con un follow-up mediano di 6 anni ha mostrato una OS e FFS significativamente migliorate con chemioterapia adiuvante combinata con radioterapia per il cancro endometriale ad alto rischio", concludono gli autori. "Il miglioramento maggiore è stato riscontrato per le donne con tumori di stadio III e/o sierologici. Il processo decisionale condiviso rimane essenziale per valutare i costi e i benefici per i singoli pazienti".

"All'indomani di questi risultati potenzialmente in grado di cambiare gli schemi terapeutici attuali, vengono poste ulteriori domande", scrive in un editoriale di accompagnamento

Marcus Randall, dell'Università del Kentucky a Lexington. I risultati si applicano a tutti i sottogruppi? La sola chemioterapia è sufficiente nel contesto adiuvante? Esiste un "modo preferenziale" per combinare la chemioterapia con la radioterapia?"

"Tenendo conto dei limiti statistici delle analisi di sottogruppo", ha aggiunto, "il beneficio terapeutico della chemioterapia combinata alla radioterapia (rispetto alla sola radioterapia) sembra rimanere confinato ai pazienti con malattia di stadio III e a quelli con istologia sierosa di tutti gli stadi".

Patterns of Recurrence and Survival in the Randomized Portec-3 Trial of Chemoradiotherapy for High-Risk Endometrial Cancer. Abstract CT01-2

Stephanie M de Boer, Melanie E Powell, Linda Mileskin et al. Adjuvant chemoradiotherapy versus radiotherapy alone in women with high-risk endometrial cancer (PORTEC-3): patterns of recurrence and post-hoc survival analysis of a randomised phase 3 trial Volume 20, ISSUE 9, P1273-1285, September 01, 2019

[leggi](#)



Motore Sanità ha organizzato le Conferenze organizzative nei luoghi destinati a ospitare l'attività innovativa

Nell'Istituto tumori barese sarà creato il laboratorio cellulare: una delle sei Cell factory previste in Italia

Bari e Taranto sedi della terapia Car-T

Puglia tra le regioni candidate a questa cura anti-tumori



ANTONIO DELVINO

Saranno almeno due le Ematologie che in Puglia potranno avviare subito le nuovissime terapie anti tumorali Car-T. Accanto all'Ospedale Moscati di Taranto, che ha già dimostrato di possedere i requisiti richiesti dal Ministero della Salute, anche il Policlinico di Bari sta ultimando il rinnovo della procedura autorizzativa. Presto i primi trattamenti riservati a bambini affetti da leucemia linfoblastica acuta e a adulti con forme di linfoma resistenti alle normali terapie, potranno essere avviati.

Si aprirà probabilmente con il nuovo anno uno scenario completamente nuovo, per pazienti refrattari alle terapie oncologiche oggi in uso, che salverà molte vite, ma che richiede una messa a punto organizzativa e assistenziale di grande complessità.

Per questo il Direttore del Dipartimento Salute, **Vito Montanaro**, nell'ambito della Conferenza organizzata da Motore Sanità in Puglia, ha aperto un confronto con gli specialisti, i direttori generali e i coordinatori delle Reti Oncologica ed Ematologica.

«Stiamo ultimando il lavoro di programmazione», dichiara Vito Montanaro, Direttore del Dipartimento Salute della Regione Puglia, «insieme alla REP, la Rete Ematologica Pugliese, con la sua Coordinatrice, la professoressa **Giorgina Specchia**. I nove punti della Rete entro breve tempo saranno pronti tutti alla somministrazione delle Car-T, la nuova frontiera della cura del cancro. Abbiamo anche pro-

posto a Roma, al tavolo della Commissione Salute, che l'Istituto Tumori di Bari svolga l'importante ruolo di "cell factory", l'officina per le terapie cellulari.»

Com'è noto, la metodica Car-T consiste nel prelievo di linfociti T. Questi globuli bianchi che sono deputati alla nostra difesa vengono modificati geneticamente in laboratorio, moltiplicati e reinfusi nel paziente, in modo da potersi scagliare con precisione contro il tumore. È sufficiente una sola applicazione della terapia (one shot therapy)

per sconfiggere in maniera definitiva la malattia.

Le regioni italiane pagheranno in tre tranches l'elevatissimo costo della procedura Car-T (che supera i 300 mila euro) con la formula della verifica del risultato (payment at results), utilizzata dall'Agenda Italiana del farmaco **AIFA** per la prima volta.

«Questa **immunoterapia**, di grande innovazione

tecnologica - osserva la Prof. Giorgina Specchia, Direttrice dell'Ematologia del Policlinico e dell'Università di Bari -, è destinata a cambiare il panorama terapeutico in oncoematologia. La Rete Ematologica, con molti centri che hanno già una notevole esperienza negli allotrapianti, sarà il punto di riferimento sicuro per tutti gli ammalati pugliesi, che non dovranno recarsi fuori regione.»

Il futuro dell'oncologia è fatto di Reti.

«Certamente - commenta Antonio Delvino, Direttore Generale dell'Istituto Tumori di Bari -, soprattutto per quanto riguarda la frontiera delle terapie cellulari. In Italia nasceranno solo sei cell factory, ognuna con un bacino di 10 milioni abitanti. Per questo stiamo lavorando in partnership con l'Istituto Pascale di Napoli, perché il prestigioso laboratorio abbia sede presso il nostro Istituto».

D. Amor



Il «papilloma virus» Niente sintomi ma guai seri

La salute in rosa. Il tumore al collo dell'utero si può combattere assai efficacemente con la prevenzione

Il cancro del collo dell'utero (o cervice uterina) è al secondo posto nel mondo, dopo quello della mammella, tra i tumori che colpiscono le donne e si può combattere efficacemente con la prevenzione: Pap-Test, Hpv-Dns Test e vaccinazione contro Hpv virus. Ce lo racconta la dottoressa ostetrica Giulia Belussi che collabora con Politerapica di Seriate nei programmi di sostegno alla salute della donna.

C'è virus e virus

Questo carcinoma nella quasi totalità dei casi ha origine dal papilloma virus umano o Hpv, un virus molto comune che si trasmette per via sessuale. La maggior parte delle donne sessualmente attive, nel corso della vita si infetta con un virus Hpv la cui presenza, nella maggior parte dei casi, è innocua. L'80% delle infezioni da Hpv, infatti, si risolve spontaneamente entro due

anni dal contagio, con l'eliminazione del virus da parte del sistema immunitario. In alcuni casi, però, questo non succede: il virus rimane presente e, associato ad altri fattori di rischio, favorisce lo sviluppo di lesioni precancerose che se non curate possono, nel tempo, evolvere in tumore. Un rischio che dipende anche dal tipo di papilloma virus con il quale si è entrati in contatto: molti ceppi di Hpv causano lesioni benigne, solo alcuni sono considerati ad alto rischio e responsabili di oltre il 70% dei tumori del collo dell'utero. L'infezione da Hpv è subdola: il tempo tra infezione e sviluppo del tumore è lungo e non produce sintomi.

La prevenzione è d'obbligo

La migliore soluzione per la battaglia contro il cancro della cervice uterina è la prevenzione: grazie ad essa si può agire tempestivamente e con più precisione per prevenire la progressione della malattia, salvando vite umane

e permettendo alle donne colpite di avere una vita sessuale e procreativa normale.

La prevenzione oggi è possibile grazie a strumenti efficaci, affiancati tra loro: programmi di screening per intercettare e trattare le possibili lesioni prima che degenerino, e vaccino contro l'Hpv.

Screening semplice e economico

Lo screening con Pap-Test rappresenta il metodo più diffuso. Di semplice esecuzione, poco costoso, non doloroso, richiede pochi minuti e non comporta alcun rischio. È rivolto a tutte le donne di età compresa tra i 25 e 64 anni e va eseguito a intervalli regolari ogni tre anni, come raccomandato dal Ministero della Salute. L'esame è raccomandato anche alle donne in

gravidanza che non hanno eseguito il Pap-Test nei tre anni precedenti (la sua esecuzione non arreca danni al

feto o al decorso della gravidanza).

Il test Hpv Dna

Negli ultimi anni, poi, è stata validata un'ulteriore possibilità di screening: l'Hpv Dna, un test molecolare che permette di scoprire la presenza del papilloma virus umano mediante l'individuazione del suo Dna. Con questo test

vengono identificate quelle donne a maggior rischio di sviluppare una lesione per la presenza di ceppi di Hpv ad alto potere oncogeno.

Fondamentale il vaccino

Contro l'infezione da Hpv è oggi disponibile anche il vaccino, offerto gratuitamente dal Ssn alle bambine nel 12° anno di vita e indicato anche

per i maschi, spesso portatori inconsapevoli del virus in età adulta. La vaccinazione - sicura e ben tollerata - in questa classe di età consente di prevenire, nella quasi totalità dei casi, l'insorgenza di un'infezione persistente dei principali ceppi virali che più frequentemente provocano il tumore della cervice uterina.



Il papilloma virus si può efficacemente combattere con un vaccino



Giulia Belussi

Per saperne di più

Il vaccino è gratuito nel 12° anno

È noto che il cancro alla cervice uterina sia causato dal papilloma virus. Esistono oltre 100 ceppi di virus Hpv ma si contano sulle dita di una mano quelli ad alto potere oncogeno. Data l'origine infettiva di questo tumore, è stata possibile l'introduzione del vaccino contro i ceppi più temuti. La vaccinazione è offerta gratuitamente alle bambine nel 12° anno di vita dal 2007-2008. Anche i maschi possono trarre vantaggio dalla vaccinazione proteggendosi, oltre che delle infezioni provocate da HPV, anche da alcuni rari tumori correlati all'infezione, come quello del pene, dell'ano e della base della lingua. Inoltre vaccinando anche la popolazione maschile si può raggiungere l'«immunità di gregge». La vaccinazione è ben tollerata, gli unici effetti collaterali osservati sono reazioni cutanee nel punto di iniezione. Nei prossimi anni l'Australia potrebbe diventare il primo Paese ad aver sconfitto il tumore del collo dell'utero grazie agli alti tassi di copertura vaccinale.

SANTÀKO Diagnosi senza medico

Papilloma virus: i rischi del test fai-da-te

» CHIARA DAINA

Hpv test fai da te? Rivoluzionario sì, ma non conviene. Il monito arriva da Gianni Amunni, direttore di Ispro, la rete oncologica toscana. I motivi sono semplici. Il nuovo test per la diagnosi del Papilloma virus, disponibile in farmacia per eseguirlo in autonomia a casa, inventato da due ex allievi della Normale di Pisa, fa notare l'oncologo, implica un rischio: l'uscita delle donne dal percorso di sanità pubblica, sicuro e controllato, in cui la paziente viene guidata e assistita da un medico esperto. Il nostro Servizio sanitario nazionale garantisce gratuitamente un test di *screening* per il tumore del collo dell'utero: il più affidabile tra quelli in commercio (oltre cento), che alle regioni viene a costare circa 6 euro (il test fai da te ne costa circa 9). Lo paghiamo già con le tasse, perché pagarlo due volte in farmacia? Un altro rischio per Amunni è che le donne tendano ad abusare del test individuale, facendolo magari tutti gli anni, quando invece, se l'esito è negativo, è sufficiente eseguirlo una volta ogni cinque anni. Maapersi fare un test non è sinonimo di garanzia e qualità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Noi non siamo il nostro male

Emma Marrone, Anastacia,
Sheryl Crow: donne che si
prendono cura di sé e della vita,
ridefinendo il valore del tempo.
Perché il tumore non è tabù

di **Chiara Maffioletti**

In quelle sette lettere, in quel «succede» usato da Emma Marrone per spiegare che il tumore era tornato per la terza volta nella sua vita, c'è molto dell'universo che difficilmente chi attraversa la malattia riesce a spiegare. Il lessico condiviso, in questi casi, è fatto di parole altissime, vocaboli che rimandano al coraggio, alla lotta, all'essere eroici. Quando in realtà, chi scopre di avere un cancro di fatto si trova catapultato in una dimensione mai così concreta: di colpo sei posto davanti a qualcosa che, come ha ricordato la cantante, «succede e basta». Affrontare la situazione non è tanto una scelta coraggiosa, ma l'unica possibile. Così lo fai.

Emma ha 35 anni e gli ultimi dieci sono stati parecchio intensi: sono quelli in cui ha conosciuto la malattia e al contempo il suo enorme successo. Quello che però è anche riuscita a fare, probabilmente senza nemmeno

pensarci su, è stato dimostrare con il suo stesso modo di essere che il tumore è sì qualcosa di enorme, ma non è tutto. Parlando della malattia con la normalità che si riserva ai fatti della vita, incitando alla prevenzione e controllandosi sempre. Ma anche proseguendo liberamente nella sua carriera, portando avanti le sue passioni, diversificando i suoi impegni, senza farsi fagocitare da un qualcosa con cui convivere, ma che non può oscurare tutti i colori di una esistenza piena.

Quello che negli ultimi anni hanno fatto molte donne famose come lei — e che fanno ogni giorno migliaia di persone non note —, è stato dimostrare plasticamente di non essere la malattia che portavano nel corpo. Scegliendo di concentrare la loro energia sulla cura e su quello che si è oltre, ponendo attenzione sul valore del loro tempo, delle loro scelte.

Freud diceva che nel momento in cui ci si chiede il significato e il valore della vita, si è malati. Considerazione comprensibile. Ma se la frase potesse proseguire, dovrebbe farlo con le esperienze di donne come Olivia Newton-John, ad esempio. Da anni sta cu-

rando una malattia che per quanto ostile non è riuscita a spegnere il suo leggendario sorriso e nemmeno il suo ottimismo. Pur essendo diventata ambasciatrice della ricerca, l'attrice ha continuato con il suo lavoro cercando anzi di godere del suo tempo, sentendosi addirittura privilegiata rispetto agli altri per rendersi conto da tempo che «ogni giorno è un dono». Newton-John ha ridotto la sua terribile diagnosi (un tumore in uno stadio avanzato) a una condizione che è propria di ognuno di noi: «In quanto essere umano, la nostra condizione è quella di morire, prima o poi. Il cancro ti fa ragionare su questo ma in fondo nessuno può sapere quando accadrà. Per questo io non ho voluto sapere quanto mi resta da vivere».

Anastacia non ha smesso di cantare e ha imparato a sentirsi bella da quando ha le sue cicatrici: le ha svelate per dimostrare come il tumore renda vulnerabili ma anche quanto accettare questa vulnerabilità possa creare condivi-

sione, vicinanza e quindi bellezza. E così è continuata la sua carriera, al pari del suo impegno nel parlare di prevenzione, senza diventare però manifesto di una malattia, ma semplicemente non nascondendola, non parlandone solo dopo, una volta guarita (come hanno fatto alcuni suoi colleghi famosi, da Rod Stewart a Ronnie Wood).

Sheryl Crow ha spiegato che «la malattia mi ha fatto rivalutare e ridefinire la mia vi-

ta. Ho guardato le mie decisioni, le mie scelte, la mia arte e la mia concezione delle cose. Ho imparato che non va dato nulla per scontato». Lo stesso ha fatto Kylie Minogue, non lasciando che la malattia rendesse meno luminosa la sua stella, o Shannen Doherty, la Brenda Walsh di «Beverly Hills 90210», che ha condiviso ogni momento delle sue cure, anche difficili, in quanto parte della sua vita.

Da noi Nadia Toffa, addirittura criticata per il suo aver

condiviso la malattia, nel mentre ha portato avanti ostinatamente tutto il resto della sua vita, anche quando era faticosissimo. Monica Guerritore ha condiviso il suo percorso e Carolyn Smith, ballerina e giudice di «Ballando», è andata in onda in prima serata su Rai senza capelli perché vergognarsi di un cancro è semplicemente senza senso. Qualcosa di ovvio, forse. Ma che prima di queste donne nessuno aveva fatto.



22 SETTEMBRE 2019

La Psico-oncologia per curare la sindrome della spada di Damocle

Il 23 settembre a Torino la quarta Giornata Nazionale della Psico-Oncologia dal titolo “La paura della recidiva: sfidare l'incertezza”, indetta dalla Sipo in collaborazione con la Rete Oncologica regionale del Piemonte. A livello psicologico la paura della recidiva è presente nel 20-30% di coloro che vivono una remissione di malattia.

La Psico-oncologia per curare la sindrome della spada di Damocle, ovvero la paura della recidiva nel 20 – 30% dei pazienti oncologici. Lunedì 23 settembre si celebrerà a Torino la IV Giornata Nazionale della Psico-Oncologia dal titolo “La paura della recidiva: sfidare l'incertezza”, indetta dalla Sipo in collaborazione con la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.

Ogni anno la Società Italiana di Psico-Oncologia (Sipo) promuove in tutta Italia giornate di formazione e sensibilizzazione alle tematiche psico-oncologiche, rivolte principalmente alla cittadinanza e per la prima volta la Sezione Sipo del Piemonte (diretta da **Paolo Leombruni** della Psico oncologia della Città della Salute di Torino) partecipa a questa iniziativa.

Il tema che quest'anno si approfondirà è “La paura della recidiva: sfidare l'incertezza”. La paura che la malattia oncologica si ripresenti è una delle più frequenti cause di disagio emotivo nei pazienti che hanno avuto una diagnosi di un tumore; è un vissuto che attraversa tutta l'esperienza di malattia, dalla diagnosi, alle cure, ai follow-up ed interessa anche i pazienti “lungosopravvivenenti”, liberi cioè da almeno cinque anni dal tumore e dalle terapie adiuvanti. Sebbene dal punto di vista medico siano stati compiuti grandi passi, a livello psicologico la paura della recidiva è presente nel 20-30% di coloro che vivono una remissione di malattia.

Questa condizione nota come sindrome della spada di Damocle, si può manifestare attraverso sintomatologie psicologiche, percezione di sintomi sospetti ed eccessiva preoccupazione per i segnali che arrivano dal corpo, che possono allarmare il paziente inducendolo a richiedere ulteriori esami ed approfondimenti ed a sperimentare ansia. Secondo i dati pubblicati dall'Associazione Italiana Oncologia Medica e dall'Associazione Italiana dei Registri Tumori, la sopravvivenza a 5 anni, in Italia, è notevolmente aumentata sia per gli uomini (54% nel quinquennio 2005-2009 contro il 39% nel quinquennio 1990-1994) sia per le donne (nello stesso periodo 63% verso 55%). In particolare è migliorata la sopravvivenza nei pazienti affetti dal tumore del colon-retto (fino al 65% per entrambi i sessi), dal tumore della mammella femminile (fino all'87%) e della prostata (91%). Pertanto è sempre più necessario da parte di tutti gli operatori dell'oncologia impegnarsi a migliorare la qualità di vita di queste persone e delle loro famiglie.

Se ne discuterà lunedì 23 settembre, dalle ore 14,30 alle ore 17,30, presso l'Aula magna del Liceo classico Vittorio Alfieri (corso Dante 80), una sede innovativa per questo tipo di eventi per sottolineare il significato divulgativo della giornata.

Specialisti ed esperti del settore approfondiranno come gli stili di vita possano incidere sulla malattia oncologica, quali sono le terapie più adatte a ridurre il rischio di recidiva in alcuni tipi di tumori, quali esami di follow-up sono fondamentali per monitorare la malattia e quali emozioni possono entrare in gioco nell'affrontare la paura della ricaduta. Sarà inoltre presentata la Carta Torino 2019, che valorizza la comunicazione e l'informazione nella cura e si darà spazio alle testimonianze di alcune Associazioni di volontariato di ambito oncologico. La giornata si chiuderà in modo costruttivo con gli impegni in merito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.

L'evento si rivolge ai cittadini ed a tutti coloro che vogliono informarsi sul tema, oltre che ai professionisti del settore ed a tutte le Associazioni di volontariato per l'assistenza al paziente oncologico. La partecipazione è libera e gratuita.

La Società Italiana di Psico-Oncologia è un'associazione attiva dal 1985, che sorge come associazione integrante di figure professionali (psicologi, oncologi, psichiatri, infermieri ed altri operatori sanitari) che si occupano di assistenza ai pazienti oncologici, alle loro famiglie ed alle diverse figure professionali coinvolte nell'iter di cure. L'obiettivo principale della Sipo è di promuovere la conoscenza, il progresso e la diffusione della Psico - Oncologia in campo clinico, formativo, sociale e di ricerca. In quest'ottica ogni anno s'impegna ad approfondire in numerosi centri italiani argomenti inerenti gli aspetti psicologici della malattia oncologica.

22 SETTEMBRE 2019

Copertura sanitaria universale. Oms: "Investire almeno l'1% del Pil nell'assistenza sanitaria di base o entro il 2030 rischiano di rimanere senza cure 5 miliardi di persone"

Mentre la copertura sanitaria complessiva è aumentata costantemente dal 2000, il rapporto mostra grandi lacune nei servizi sanitari nei paesi più poveri e in quelli colpiti da conflitti. Le aree rurali tendono a soffrire di una copertura inferiore, a causa della mancanza di infrastrutture, carenza di operatori sanitari e cure di scarsa qualità. [IL RAPPORTO](#)

I paesi devono aumentare la spesa per l'assistenza sanitaria di base di almeno l'1% del loro prodotto interno lordo (PIL) se il mondo deve colmare lacune di copertura evidenti e raggiungere gli obiettivi sanitari concordati nel 2015". È quanto si afferma il nuovo rapporto di monitoraggio della copertura sanitaria universale dell'Organizzazione mondiale della sanità alla vigilia di una riunione di alto livello dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sul tema.

"Devono anche intensificare gli sforzi – si sottolinea – per espandere i servizi a livello nazionale". "Il mondo dovrà raddoppiare la copertura sanitaria tra oggi e il 2030" secondo il Rapporto in cui si sottolinea come se le attuali tendenze continueranno, "fino a 5 miliardi di persone non saranno ancora in grado di accedere all'assistenza sanitaria nel 2030 – la scadenza che i leader mondiali hanno fissato per raggiungere la copertura sanitaria universale. La maggior parte di quelle persone sono povere e già svantaggiate".

"Se siamo seriamente intenzionati a raggiungere una copertura sanitaria universale e a migliorare la vita delle persone, dobbiamo prendere sul serio l'assistenza sanitaria di base", afferma il dott. **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, direttore generale dell'OMS. "Ciò significa fornire servizi sanitari essenziali come immunizzazione, cure prenatali, consigli di stile di vita sano il più vicino possibile a casa - e assicurarsi che le persone non debbano pagare per queste cure di tasca propria".

Investire ulteriori 200 miliardi di dollari all'anno nel potenziamento dell'assistenza sanitaria di base nei paesi a basso e medio reddito potrebbe potenzialmente salvare 60 milioni di vite, aumentare l'aspettativa di vita media di 3,7 anni entro il 2030 e contribuire in modo significativo allo sviluppo socioeconomico. Rappresenterebbe un aumento di circa il 3% sui 7,5 trilioni di dollari già spesi per la salute a livello globale ogni anno.

La maggior parte di quel finanziamento verrebbe dagli stessi paesi. Il rapporto afferma che "la maggior parte dei paesi può aumentare l'assistenza sanitaria di base utilizzando le risorse domestiche - aumentando la spesa pubblica per la salute in generale o riallocando la spesa per l'assistenza sanitaria di base - o facendo entrambe le cose". Al momento, la maggior parte dei paesi sta investendo poco nella sanità primaria.

Ma per i paesi più poveri, compresi molti colpiti da conflitti, questo potrebbe non essere fattibile. "Questi paesi continueranno a richiedere assistenza dall'esterno. Questi finanziamenti devono essere attentamente mirati per ottenere un miglioramento duraturo dei sistemi e dei servizi sanitari, attraverso un rafforzamento sistematico dell'assistenza sanitaria di base in tutto il paese".

Accelerare il potenziamento dei servizi

"I paesi – evidenzia il report - devono anche rinnovare gli sforzi per aumentare la copertura dei servizi in tutto il paese. Sebbene la copertura sia aumentata costantemente dal 2000, i progressi sono rallentati negli ultimi anni. La maggior parte degli aumenti si è verificata nei paesi a basso reddito, ma questi paesi sono ancora in ritardo. Le maggiori carenze nei servizi sanitari si riscontrano nei paesi più poveri e in quelli colpiti da conflitti".

"Troppe donne e bambini continuano a morire per cause facilmente prevenibili e curabili semplicemente perché non riescono a ottenere le cure di cui hanno bisogno per sopravvivere", ha affermato **Henrietta Fore**, direttore esecutivo dell'UNICEF. "Lavorando con le comunità per fornire assistenza sanitaria di base ai più poveri e ai più vulnerabili, possiamo raggiungere l'ultimo miglio e salvare milioni di vite".

La copertura è generalmente inferiore nelle aree rurali rispetto alle città. Il rapporto cita la mancanza di infrastrutture sanitarie, la carenza di operatori sanitari, sistemi di approvvigionamento deboli e cure di scarsa qualità che portano a una scarsa fiducia tra le comunità come ostacoli importanti al raggiungimento dell'UHC.

"Il miglioramento e l'espansione dell'assistenza sanitaria di base in tutte le regioni è fondamentale", afferma **Natalia Kanem**, direttore esecutivo dell'UNFPA. "È il modo migliore per garantire che le persone possano ottenere servizi per coprire la maggior parte delle loro esigenze di salute dalla pre-nascita per tutta la vita."

Protezione contro le difficoltà finanziarie

Il rapporto evidenzia anche la necessità di proteggere le persone dalle difficoltà finanziarie.

"L'obiettivo della copertura sanitaria universale rimarrà inafferrabile a meno che i paesi non prendano misure urgenti per proteggere le persone dalla caduta in povertà per pagare le cure sanitarie essenziali", afferma **Muhammad Pate**, Direttore globale, Salute, Nutrizione e Popolazione presso la Banca mondiale. "L'ampliamento dell'accesso a servizi sanitari primari di qualità salverà più vite e manterrà i costi sanitari accessibili".

Più persone stanno soffrendo le conseguenze del pagamento dei servizi di tasca propria rispetto a 15 anni fa. Circa 925 milioni di persone spendono oltre il 10% del loro reddito familiare per l'assistenza sanitaria; 200 milioni di persone spendono oltre il 25% del proprio reddito per la salute. E l'impoverimento dovuto al pagamento dell'assistenza sanitaria è aumentato tranne che tra i estremamente poveri.

"È scioccante vedere una parte crescente della popolazione che fatica a sbarcare il lunario perché sta pagando troppo per la propria salute, anche nelle economie avanzate", aggiunge **Angel Gurría**, segretario generale dell'OCSE. "L'unico posto in cui ciò non accade è nei paesi che investono sempre più efficacemente nella salute".

Il 23 settembre, i leader mondiali discuteranno di una dichiarazione di vasta portata sulla copertura sanitaria universale. La Dichiarazione elenca una serie di passi per avanzare verso l'UHC. Questi includono le raccomandazioni dell'OMS relative all'assistenza sanitaria di base, inclusa l'assegnazione di un ulteriore 1% di PIL all'assistenza sanitaria di base attraverso investimenti aggiuntivi o riallocazione.