

FOCUS ECONOMIA (Ora: 17:21:06 Min: 1:22)

Uno studio del **Censis** ha messo in luce come il servizio sanitario nazionale sia sempre più intasato.

TUTTA LA CITTA' NE PARLA (Ora: 10:37:05 Min: 22:55)

Epatite C e lo screening rivolto a tutti. E' opportuno oppure no che tutti facciano lo screening per sapere se ce l'hanno. Non tutti i radioascoltatori sono d'accordo. Inoltre i nuovi farmaci costano molto e forse non arrivano a tutti. Sicurezza sanitaria e sanità integrativa nel recentissimo rapporto del [Censis](#). Se ne parla Carla Collicelli, vice direttore [Censis](#).

ALLE 20 (Ora: 20:25:37 Min: 6:41)

Il rapporto sulle liste d'attesa in Italia con Carla Collicelli, del Censis

ULTIMORA USA. EVACUATA SALA STAMPA CASA BIANCA
20:25 IN ITALIA EBOLA, GUARITO INFERMIERE DI EMERGENCY INFETTATO IN SIERRA LEONE: S

ULTIMORA USA. EVACUATA SALA STAMPA CASA BIANCA
20:25 ANZANI PARLAMENTO EUROPEO RICONOSCE 'FAMIGLIE GAY' E SUOI DIRITTI. STRASBUR

ULTIMORA USA. EVACUATA SALA STAMPA CASA BIANCA
20:25 LUTA OCSE, DISOCCUPAZIONE IN CALO IN ITALIA, STABILE IN EUROPA SQUINZI: "NON

ULTIMORA USA. EVACUATA SALA STAMPA CASA BIANCA
20:25 GRAZIE A EXPO, GIUBILEO STRAORDINARIO, E A IMPEGNI LEGATI A GARA PER OSPITARE

ULTIMORA USA. EVACUATA SALA STAMPA CASA BIANCA
20:25 GENERAZIONALE PER LEGGE ERDOGAN ACCETTA LE DIMISSIONI DEL GOVERNO GUIDAT

ULTIMORA USA. EVACUATA SALA STAMPA CASA BIANCA
20:25 ELEZIONI HANNO SEGNA TO UN RIDIMENSIONAMENTO DEL PARTITO AKP PADOANI, TSIP

ULTIMORA USA. EVACUATA SALA STAMPA CASA BIANCA
20:26 FACCIAMO COSE GIUSTE. VULNERABILITA' ITALIA FUORI DAI RADAR GRECIA, FONTE UE

ULTIMORA USA. EVACUATA SALA STAMPA CASA BIANCA
20:27 RIFORMA MOSUL, UN ANNO DI ISIS. CON LA PRESA DELLA CITTA' IRACHENA LO STATO I

ULTIMORA USA. EVACUATA SALA STAMPA CASA BIANCA
20:27 ONU, 103MILA MIGRANTI DALL'INIZIO DEL 2015 NEL MEDITERRANEO: SAMILA IN ITI

ULTIMORA USA. EVACUATA SALA STAMPA CASA BIANCA
20:27 ZONE, IL PRESIDENTE DELLA REGIONE LOMBARDIA MARONI SCRIVE AI PREFETTI: "SOSPEN

ULTIMORA USA. EVACUATA SALA STAMPA CASA BIANCA
20:27 "L'OMBARDI". ALFANO: LETTERE A PREFETTI? "SIAMO SERI" PAPA FRANCESCO NELL'OME

ULTIMORA USA. EVACUATA SALA STAMPA CASA BIANCA
20:27 SARAJEVO: VEGGENTI CON 'LETTERE' MARIA? NON E FEDE CRISTIANA G7, ACCORDO SI

ULTIMORA USA. EVACUATA SALA STAMPA CASA BIANCA
20:28 BELLE TEMPERATURE IN UN MASSIMO DI DUE GRADI MINISTERO DEL LAVORO: NUOVI C

ULTIMORA USA. EVACUATA SALA STAMPA CASA BIANCA
20:28 A TEMPO INDETERMINATO CAMORRA, 60 ARRESTI ARRESTI A NAPOLI MILANO, LITE

ULTIMORA USA. EVACUATA SALA STAMPA CASA BIANCA
20:28 RAGAZZA: POLIZIA LO DENUNCIA PER OLTRAGGIO NOTIZIE, VIDEO, BLOG SU RAINEWS.IT

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 038820

Sanità pubblica. Aumentano le spese, l'ansia e il ricorso degli italiani al privato

Si allungano le liste d'attesa

ROMA— Italiani sempre più in ansia per la salute e preoccupati di non riuscire ad accedere alla Sanità pubblica, ormai 'intasata' e con tempi di attesa insostenibili. E mentre si allungano dunque i tempi per visite ed esami nel servizio pubblico, si amplia al contempo il ricorso al privato, che ormai coinvolge anche i redditi bassi. Ed ancora: aumenta anche la spesa sostenuta dai cittadini, che nel 2014 ammonta complessivamente a 33 miliardi di euro, un

miliardo in più in un anno. È questo il quadro poco rassicurante che emerge da una ricerca **Censis-Rbm Salute**, che evidenzia come la richiesta per un intervento rapido sulle liste di attesa sia appunto la priorità secondo le famiglie. Tra gli italiani, rileva l'indagine, si riscontra dunque un'ansia crescente per la salute: il 63,4% si dichiara infatti insicuro rispetto alla copertura sanitaria futura (il 77,1% al Sud, il 74,3% delle famiglie monogenitoriali, il 67%

delle coppie con figli). E il 54% indica come priorità del welfare la riduzione delle liste di attesa (il 62,6% dei 29-44enni, il 59,1% dei residenti al Sud). L'emergenza è legata al fatto che nell'ultimo anno si sono allungate le liste di attesa: 20 giorni in più per una risonanza magnetica al ginocchio (da 45 a 65 giorni), 12 giorni in più per una ecografia dell'addome (da 58 a 71 giorni), 10 giorni in più per una colonscopia (da 69 a 79 giorni).



Pazienti in attesa di prenotazione (foto d'archivio)



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

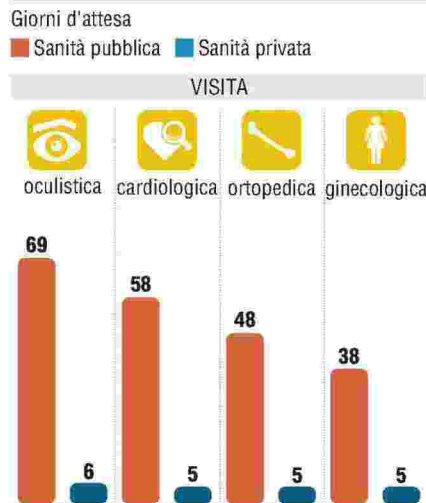
Codice abbonamento: 038820

FOCUS

Rapporto Censis
Liste d'attesa "eterne" nella sanità pubblica gli italiani costretti a esami e visite private

Liste d'attesa interminabili, fuori tempo massimo per curarsi. Così i pazienti ricorrono alla sanità privata o rinunciano alle visite. Perché non tutti possono permettersi l'assistenza a pagamento. Il servizio sanitario nazionale è al collasso e 35 milioni di italiani non ne fanno più parte. I sindacati: troppi 30 miliardi di tagli in 5 anni.

Prenotazioni a confronto



centimetri

Salute a caro prezzo

Lorena Loiacono

ROMA - Pazienti in fuga. La sanità pubblica lascia i malati in attesa e loro, tra mille sacrifici, si rivolgono all'assistenza privata. Quando possono, ovviamente. E' questo il triste ritratto del Servizio sanitario pubblico (che era stato preso come esempio anche dagli Usa di Obama) ora al collasso. A rivelarne le criticità è la ricerca **Censis-Rbm** Sa-

lute "Oltre l'attuale welfare integrativo: rinnovare la previdenza complementare e la sanità integrativa" presentata ieri al Welfare Day.

Solo nell'ultimo anno la lista di attesa per una risonanza magnetica al ginocchio si è allungata di 20 giorni passando da una media di 45 giorni a 65, un'ecografia all'addome si è fatta attendere altri 12 giorni, 10 giorni in più per una colonscopia

per cui la lista di attesa passa da 69 a 79 giorni. Si tratta di dati medi, visto che ci sono anche Regioni in cui l'attesa si moltiplica.

Cosa accade allora? Che il paziente sempre più spesso ricorre alla sanità privata: negli ultimi 12 mesi lo hanno fatto ben 22 milioni gli italiani per un accertamento specialistico come la radiografia, l'ecografia, la risonanza magnetica o la Tac: tra

questi 5,4 milioni hanno pagato per intero la prestazione e tra loro ci sono ben 1,7 milioni di persone a basso reddito. Stessa situazione per le visite specialistiche: oltre 9 milioni di italiani hanno dovuto effettuare a pagamento intero e, tra questi, ben 2,7 milioni sono persone a basso reddito. Per la riabilitazione si sono rivolti al privato ben 4 milioni di italiani. Non solo, ci sono an-

che 4,5 milioni di italiani che hanno dovuto rinunciare ad almeno una prestazione. Neanche il servizio dell'intramoenia, privato ma nelle strutture pubbliche, sembra essere una soluzione. Anzi, costa e si fa attendere più del privato: una visita cardiologica costa in media 113 euro con 7 giorni di attesa in intramoenia, 108 euro e 5 giorni di attesa nel privato.

riproduzione riservata ©

Intervista

a Massimo Cozza

Segretario nazionale Fp Cgil medici

«Troppi pazienti oramai rinunciano alle proprie cure»

Perché in Italia le liste d'attesa sono infinite?

«Negli ultimi 5 anni, al Servizio Sanitario Nazionale sono stati tagliati circa 30 miliardi di euro. E andremo sempre peggio, visto che stanno arrivando altri 2 miliardi di tagli

sulle Regioni».

C'è soluzione?

«Credo occorra puntare sulla trasparenza delle liste di attesa e dell'attività in intramoenia. La sanità deve diventare una "casa di vetro", sotto gli occhi di tutti»

La sanità pubblica sta perdendo pazienti?

«Sì, a vantaggio di quella privata. Ma non solo. Penso anche a tutti quei pazienti che rinunciano a visite ed esami diagnostici. Va rivista la barriera del ticket visto che ci sono Regioni in cui si paga me-

no nel privato che nel pubblico. Oramai il servizio sanitario non è più per tutti». **(L.Loi)**

Chi paga il conto dei nuovi farmaci anti-tumori? di Emanuela Vinai

Sta crescendo l'efficacia delle medicine oncologiche, ma di pari passo aumenta l'esborso per la Sanità pubblica. Che potrebbe non farcela più. Quali sono i criteri per decidere che fare?

Curarsi costa. L'ha evidenziato la ricerca del **Censis** resa nota ieri, lo sanno bene milioni di italiani alle prese con la coperta corta della Sanità che spesso non arriva più dove dovrebbe, e nelle trincee del caro-farmaco il settore delle terapie oncologiche è uno di quelli più combattuti. L'impressione diffusa è che il costo dei farmaci oncologici sia fuori controllo e non sostenibile dal sistema sanitario. Ma come matura il costo di un farmaco? Lo spiega **Giorgio Minotti**, ordinario di Farmacologia all'Università Campus Biomedico di Roma: «Dal punto di vista tecnico, il costo di un farmaco riflette l'innovatività del prodotto, che deriva da svariati anni di ricerca pre-clinica e clinica prima di ricevere l'autorizzazione alla messa in commercio e possa essere somministrato ai pazienti». La ricerca comporta investimenti elevati, chiarisce Minotti: «Le sperimentazioni cliniche sono sistemi organizzativi particolarmente complessi che esigono tempi lunghi, coinvolgendo molte persone e più centri. Tutto questo, insieme agli studi di laboratorio e ai costi di lavorazione con criteri di alta qualità, incide sui costi». Bisogna anche considerare che le aziende farmaceutiche portano avanti più progetti contemporaneamente, e non sempre con risultati positivi: «Per un farmaco innovativo che completa con successo il suo iter, e apre speranze laddove non ce n'erano, la stessa azienda accantona altri farmaci non andati a buon fine ma che comunque sono stati studiati con costi elevati che indirettamente incidono sulla filiera produttiva».

Del resto è ovvio che le case farmaceutiche non sono strutture non profit, così come è altrettanto pacifico che senza lo sforzo di ricerca e sviluppo da loro sostenuto molti farmaci non vedrebbero mai la luce. «Il problema del costo esiste, sebbene la spesa farmaceutica non rappresenti la parte più rilevante del bilancio sanitario – commenta il farmacologo –. Ma la non sostenibilità dipende da tanti fattori, compreso l'uso che viene fatto del farmaco. Non si può derogare da appropriatezza prescrittiva e terapeutica: il farmaco giusto con la persona giusta e con modalità giuste». Quale può essere una ricetta per la sostenibilità? Minotti indica la via dell'esperienza post-registrativa: «La vita di un farmaco è lunga e la conoscenza che ne ab-

biamo cominciata davvero solo quando viene introdotto nella popolazione generale, in condizioni ben diverse dalle sperimentazioni cliniche. È da questo momento che è possibile definirne meglio e l'efficacia e la tossicità, attraverso appositi studi di registro che, con la forza dei dati ottenuti sul campo, aprano tavoli di lavoro finalizzati anche a una miglio-

re valutazione farmaco-economica».

Proprio gli elementi che arrivano dall'uso del farmaco in fase post-registrativa possono intervenire per valutarne il valore reale, precisa **Claudio Jommi**, professore associato del Dipartimento di Scienze del farmaco all'Università degli Studi del Piemonte orientale, responsabile scientifico dell'Osservatorio farmaci (Cergas) Università Bocconi. Concretamente, il prezzo dei farmaci in Italia è il frutto di una negoziazione tra imprese e Aifa secondo criteri definiti: «Rilevanza della malattia, posto in terapia, presenza sul mercato di alternative terapeutiche, beneficio incrementale (miglioramento delle condizioni e dell'aspettativa di vita) e impatto sulla spesa (più persone dovranno essere trattate, minore dovrà essere il costo) sono i fattori più rilevanti». Spesso poi per gli oncologici viene negoziato un contratto di rimborso condizionato alla risposta del paziente: «Le aziende e il Servizio sanitario nazionale condividono il rischio di successo nel farmaco: se il paziente non risponde al trattamento, l'impresa dovrebbe procedere al rimborso del farmaco al Ssn». Il prezzo di un farmaco si traduce in costi diversi a seconda delle modalità d'impiego: «Il costo di un ciclo completo di trattamento può essere anche molto elevato – ribadisce Jommi – ma se la terapia viene somministrata una sola volta, come avviene per un farmaco recentemente lanciato per il melanoma, il suo costo potrebbe essere meno rilevante di una terapia cronica».

Anche per **Carmine Pinto**, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), serve «una rivisitazione dei costi dei farmaci sulla base dell'efficacia», ma soprattutto è necessario istituire «un fondo nazionale per l'oncologia, che valuti le risorse e le ottimizzi». Per questo, prosegue Pinto, «è necessario considerare il prezzo del farmaco nel senso della strategia: va valutato non il costo del singolo prodotto ma la spesa globale per la cura del paziente». Anche perché le novità in campo terapeutico sono incoraggianti: «Sono in arrivo nuovi farmaci per melanomi e tumori ai polmoni che entreranno in commercio presto e che aumentano significativamente le percentuali di sopravvivenza, cui si aggiungono le terapie target su bersagli particolari». E questo, indubbiamente, ha dei costi.

