



RASSEGNA STAMPA

06-11-2016

1. CORRIERE DELLA SERA Rispettare il diritto alle cure palliative
2. AVVENIRE Tumore del polmone, ok dell'FDA al pembrolizumab
3. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Ecco come la ricerca sconfigge altri tumori
4. MATTINO Cancro, 100 ospedali una ma per maglia nera
5. AFFARITALIANI.IT Tumore gastrico, come scegliere la terapia giusta per evitare il tumore
6. AVVENIRE Taranto. Salute, ora è anche allarme pesticidi
7. CORRIERE DELLA SERA Gli italiani e le pillole «dimenticate» Un promemoria digitale li aiuterà
8. CORRIERE DELLA SERA Perché certi farmaci non si trovano - La mia medicina non c'è?
9. ANSA E' gratis 'pillola amore' italiana per 14mila pazienti
10. QUOTIDIANO SANITÀ Perché qualcuno riesce a lavorare di notte ed altri no? Scoperto il gene che 'affatica' i turnisti

CorriereSalute

L'appello

di **Luca Moroni** *

RISPETTARE IL DIRITTO ALLE CURE PALLIATIVE

La Federazione Cure Palliative ha scelto un messaggio di speranza quale slogan della campagna di informazione che lancia in questi giorni in collaborazione con le 80 Onlus associate: «Vivila tutta, la tua vita, anche nella malattia. Oggi le cure palliative sono un diritto».

È un invito a prendere coscienza del diritto, di cui sono titolari i malati inguaribili, a ricevere cure specifiche in grado di tutelare la qualità del tempo che resta loro da vivere. La popolazione invecchia, soprattutto in Italia. Un terzo dei cittadini convive con patologie croniche che gradualmente evolvono verso la terminalità, producendo esclusione sociale, fragilità, dolore e altri sintomi invalidanti.

Gli esperti sanno bene che ospedali e medici di famiglia non possono garantire la presa in carico globale e specifica che è invece competenza degli Hospice e delle équipe di Cure Palliative Domiciliari.

Purtroppo però il diritto alle Cure Palliative, sancito dalla legge 38/2010, resta ancora un'aspettativa delusa per la maggior parte dei malati. È un problema culturale? Sì, c'è ancora troppa confusione. Molti pensano che le Cure Palliative siano inutili o poco efficaci.

La campagna della Federazione Cure Palliative cerca di chiarire, invece, che esse coniugano terapie finalizzate al controllo dei sintomi con il necessario supporto psicologico e relazionale.

Non si rivolgono solo ai malati terminali né solo a chi è affetto da tumore, ma possono essere attivate quando si presentano i primi sintomi di difficile gestione o dolore, anche in concomitanza con le cure specifiche della patologia. È anche un problema di buona amministrazione: le cure palliative stanno crescendo a velocità differenziata.

In regioni come Calabria, Campania e Sardegna la presenza di Hospice e cure domiciliari è solo sporadica. Altre regioni, come Lombardia e Emilia Romagna, hanno visto nascere servizi efficaci e capillarmente diffusi, hanno ridotto i ricoveri inutili in ospedale e puntano oggi a sviluppare reti integrate che possano assicurare al malato un costante accompagnamento nel percorso di malattia e di cura. Con la nostra campagna vogliamo promuovere tra i cittadini la conoscenza delle cure palliative e la determinazione a esigere l'accesso ai servizi. «Vivila tutta» è un invito al volontariato e alla solidarietà, per le persone in salute e per il malato un messaggio di vita, un appello a non arrendersi alla sofferenza grazie alla tutela di cui ha diritto.

*Presidente Federazione Cure Palliative



NOTIZIE

Tumore del polmone, ok dell'FDA al pembrolizumab

L'unica cura anti-PD-1 approvata in prima linea per il trattamento del NSCLC

Buone notizie per i malati di carcinoma del polmone: l'FDA ha approvato pembrolizumab, la molecola di MSD per il trattamento di prima linea di pazienti con carcinoma del polmone non a piccole cellule (NSCLC) in fase metastatica, le cui cellule tumorali, sulla base di un test approvato dall'FDA, esprimano $\geq 50\%$ di PD-L1 e che non abbiano mutazioni EGFR o traslocazione di ALK. Con questa nuova indicazione, pembrolizumab è attualmente l'unica terapia anti-PD-1 ad essere approvata in prima linea in questo setting di pazienti. L'FDA ha approvato un aggiornamento del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) per includere dati provenienti dallo studio KEYNOTE-010 che ha esaminato l'inibitore di PD-1 in un setting di seconda linea e oltre, per i pazienti con NSCLC in fase metastatica progrediti ad una precedente chemioterapia a base di platino, i cui tumori, sulla base di un test approvato dall'FDA, esprimano PD-L-1. I pazienti con mutazioni EGFR o ALK possono ricevere pembrolizumab solo se è presente progressione della malattia a seguito di una terapia approvata per queste specifiche mutazioni. Nel carcinoma del polmone non a piccole cellule in fase metastatica pembrolizumab è approvato alla dose fissa di 200 mg ogni tre settimane fino a progressione della malattia, tossicità inaccettabile o fino a 24 mesi in pazienti senza progressione di malattia. (E. S.)



SALUTE UN'IMPORTANTE RIVOLUZIONE IN ONCOLOGIA

Ecco come la ricerca sconfigge altri tumori

● Rivoluzione in oncologia. Mielofibrosi e altre malattie mieloproliferative croniche, mieloma multiplo e leucemia linfatica acuta, grazie a nuove ricerche, diventano trattabili e guaribili.

MIELOFIBROSI: neoplasia cronica. Colpisce le cellule staminali del midollo osseo dalle quali hanno origine le cellule del sangue e vi genera tessuto fibroso che ne ostacola la funzione. Si ha milza ingrossata (che, nei casi avanzati, viene asportata), difficoltà ed alterazioni delle funzioni intestinali, a volte anche respiratorie.

«La scoperta di una mutazione del gene JAK2 che regola la produzione delle cellule progenitrici del sangue ha permesso - ha detto, a Martina Franca, la prof. **Giorgina Specchia**, direttore U.O. «Ematologia con Trapianto» del policlinico-università di Bari - diagnosi centrate e sviluppo di farmaci intelligenti (Ruxolitinib capostipite dei JAK inibitori) in grado di inibire in modo mirato la mutazione che causa le 3 malattie orientandole a miglioramenti e guarigioni».

A Martina F. la Rete Ematologica pugliese (REP), in collaborazione con AIL, ha organizzato un incontro con i pazienti, in considerazione che il fattore ambientale (petrolchimico più erbicidi e ad altri agenti tossici in agricoltura), genera, nel territorio di Taranto, 30% di tumori e malattie del sangue in più (dr **Patrizio Mazza**, ematologo Osp. «Moscato» di Taranto).

La REP (Bari-Policlinico, Oncologico, Taranto, Lecce, Foggia, San Giovanni Rotondo, Barletta, Brindisi, Tricase) accetta la sfida della medicina di precisione e condivide i più aggiornati standard di cura. «Ci impegniamo - dice la prof. Specchia - a garantire trattamenti aggiornati, in linea con standard internazionali».

MIELOMA MULTIPOLO: finora incurabile, è tumore del sangue, colpisce le plasmacellule, un tipo di cellule del midollo osseo che, in condizioni normali, sono determinanti nella lotta alle infezioni. Con questo tumore vivono (male e per poco tempo) 13.983 italiani (più colpiti gli over 65) cui se ne aggiungono 5.200 l'anno. A 5 anni dalla diagnosi poco più di 4 su 10 pazienti (30.000 in tutto) sono in vita.

«La severità ed ineluttabilità della forma - dice il prof. **Fabrizio Pane**, presidente ematologi italiani - sono state in gran parte sconfitte dall'avvento di Carfilzomib (nome non commerciale), primo inibitore selettivo ed irreversibile del proteasoma (struttura che scompone le proteine danneggiate permettendone l'accumulo nelle cellule arrestando la vita della cellula e sua morte) di seconda generazione usato in collaborazione nel trattamento del mieloma multiplo recidivo».

«Oggi - dice il prof. **Mario Boccardo**, ematologo, università, Torino - la malattia si può fermare ed assicurare comunque al paziente un'ottima qualità di vita». **Nicola Simonetti**



le **i**nchieste del Mattino

Cancro, 100 ospedali per una maglia nera

Campania, morti record: ora oncologi in rete

Francesco Lo Dico

INVIATO A PIEDIMONTE MATESE

Se i tumori rappresentano una vera e propria emergenza sanitaria in tutto il Paese, i dati della Campania tratteggiano un'emergenza nell'emergenza: qui il cancro colpisce molte più persone che nel resto del Paese, e ne fa morire molte di più. Una diagnosi impietosa, che può essere letta

con l'evidenza di una cartella clinica assai dettagliata, nelle premesse che ispirano il nuovo piano per la rete oncologica regionale. Un progetto che dovrebbe mettere ordine anche tra quelli che si possono definire sprechi. È il caso - tanto per fare un esempio dell'ospedale di Piedimonte Matese dove la chirurgia oncologica ha eseguito in un anno solo tre interventi di cancro al seno.

> Alle pagg. 12 e 13

Tumori, quei cento ospedali che fanno un record di morti

Contro l'emergenza in Campania al via la nuova rete oncologica

L'esperto

L'oncologo Marinelli: «Il network darà anche ai più deboli i servizi migliori»

La dispersione

Solo 11 centri su 77 operano più di 15 casi di tumore all'utero l'anno il 67% del totale dei dati regionali

I deficit

Gli ambulatori della Regione non al passo: 1,74 prestazioni ogni 100 abitanti, contro le 6,39 dello Stivale

Il piano

La nuova rete si affida soltanto ai Corps, i poli di alta qualità che prenderanno in carico l'ammalato

Screening

In calo gli inviti a prevenire i problemi al colon: dal 30 al 2 per cento

Se i tumori rappresentano una vera e propria emergenza sanitaria in tutto il Paese, i dati della Campania tratteggiano un'emergenza nell'emergenza. A fronte di un'incidenza di neoplasie maligne che su scala nazionale si attesta su 336 casi ogni 100mila uomini, la media sale in Campania a 398 diagnosi di cancro, ossia 62 in più, ogni 100mila maschi. E un evidente gap rispetto al resto d'Italia, emerge anche dal tasso di mortalità: se in media non ce la fanno nel Paese 173 uomini e 94 donne ogni 100mila pazienti, in Campania non superano la battaglia con il cancro 231 uomini e 103 donne ogni 100mila: rispettivamente 58 maschi e 9 femmine in più. La sentenza che giunge dall'Istituto superiore di Sanità è di quella che non ammette repliche: nella nostra Regione il cancro colpisce molte più che persone

che nel resto del Paese, e ne fa morire molte di più. Una diagnosi impietosa, che può essere letta con l'evidenza di una cartella clinica assai dettagliata, nelle premesse che ispirano il nuovo piano per la rete oncologica firmato con un decreto del 20 settembre dal commissario alla Sanità Joseph Polimeni, e dai due sub commissari Claudio D'Amario e Tiziana Spinosa.

Dietro l'assenza di una risposta adeguata alle neoplasie maligne, si annidano carenze sulle quali vale la pena soffermarsi. A partire dai posti letto disponibili per la radioterapia nella Regione: 0,69 ogni milione di abitanti, contro i 6,92 della media nazionale. E ancora, inferiori alla media risultano in Campania i servizi di oncologia medica (6,76 contro 7,77), i servizi di radioterapia (1,73 su 2,93), e l'attività

assistenziale. Le prestazioni ambulatoriali di oncologia, anche se in Campania ci si ammala di cancro e si muore di più, sono 1,74 ogni 100 abitanti, contro le 6,39 sulle quali conta il dato nazionale. E male ne escono anche le prestazioni ambulatoriali destinate alla radioterapia, sette contro nove ogni 100 campani, e quelle dedicate alla riabilitazione, 4,14 ogni dieci abitanti



contro le 8,46 della Penisola.

«L'analisi dell'offerta oncologica in Regione - si legge nel documento che mira a invertire la rotta - mette in luce una serie di problemi strutturali e di ritardi che, ad oggi, lede sensibilmente sia la capacità di rispondere completamente ed efficientemente alla domanda di salute che di garantire un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse economiche a disposizione». Se si prendono in considerazione i 3628 interventi realizzati in Campania nel 2015 per tumore alla mammella, i 1921 sul colon, i 516 sul retto e gli 840 sulla cervice, si scopre infatti nei dati regionali una sorta di apartheid che taglia fuori dai centri di primo livello la metà dei campani a cau-

sa di un'eccessiva frammentazione dei servizi. Accade così per il cancro alla mammella, ad esempio, che viene operato nel 56 per cento dei casi da solo otto centri (su 99) che trattano ciascuno più di 150 pazienti all'anno, o per il tumore del colon, che viene operato da sette centri (su 95) coprendo il 44 per cento dei drg totali. Ed accade inoltre che solo quattro centri su 83 presentano un volume di attività superiore ai 30 casi annui di interventi per tumore del retto, coprendo il 43% dei drg totali erogati per la neoplasia e che solo undici centri su 77, operano in Campania più di 15 pazienti all'anno per tumore all'utero, coprendo il 67% dei drg erogati per la neoplasia. Tutti i restanti casi, tutte le altre vite dei cittadini alle prese con una dura lotta con il cancro, gravitano dunque intorno a un arcipelago di centri che operano pochissimi casi all'anno (si arriva anche a un solo intervento di cervice in tre anni) ma assorbono una quota significativa dei dati regionali totali erogati tra il 2013 ed il 2015 per le quattro diverse patologie tumorali più pericolose, spesso senza disporre di servizi diagnostici e terapeutici adeguati.

«Il deficit di sopravvivenza che scontano i cittadini campani rispetto al dato medio nazionale - spiega Alfre-

do Marinelli, docente di Oncologia presso l'Università Federico II di Napoli e curatore del provvedimento che istituisce il nuovo network oncologico - è legato in primo luogo alla bassa compliance agli screening per tumori di cervice, mammella e al solo recente avvio di quelli per tumori del colon-retto». «Dati alla mano - prosegue l'oncologo - hanno pesato fino a oggi come un macigno - le difficoltà d'accesso alle strutture sanitarie per diagnosi e cura, l'enorme frazionamento dei percorsi sanitari e l'assenza di uno standard regionale di riferimento. Ostacoli, spesso insormontabili, sui quali si infrangono soprattutto le fasce più deboli e a rischio della popolazione».

Nel tentativo di porre rimedio a tali disparità di trattamento, il decreto che ridisegna la rete oncologica campana vara un nuovo modello che punta a riorganizzare l'offerta sanitaria secondo parametri di razionalità ed efficienza che affidano ai Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici (i Corps) un ruolo nevralgico. Si tratta dei centri campani ai quali sono demandate diagnosi, valutazione delle stadiazioni, terapie e follow up oncologico, prescelti tra quelli che tra il 2013 e il 2015 hanno superato più di 200 interventi chirurgici all'anno su tumori a colon, retto, mammella e cervice, e che presentano unità complesse di Oncologia Medica, Chirurgia Generale e Specialistiche, servizi di radioterapia e macchinari all'avanguardia. Centri completi, insomma, che possano ridurre al minimo spostamenti e tempistiche finora dilatate dall'eccessiva frammentazione dei servizi sul territorio, che hanno costretto finora i pazienti oncologici a veri e propri tour de force. «È un'inversione di rotta - sintetizza il professor Marinelli - non è più il paziente che si sposta dappertutto, ma è il medico a girare intorno all'ammalato». Decisiva, in questo senso, l'istituzione dei nuovi percorsi diagnostico terapeutici predefiniti (i Pdta) che diventano standard di riferimento per le procedure da mettere in atto, dal momento della diagnosi al cammino post-operatorio del paziente. Gli effetti attesi sono piuttosto chiari: evitare duplicazioni di servizi e prestazioni, garantire anche ai più deboli prestazioni di alta qualità, e ridurre la migrazione sanitaria.

Ma come funziona il nuovo network? Per affidare il paziente al Corp, basta la richiesta del medico di base, effettuata sulla base di un fondato sospetto clinico, o quella di uno specialista del pubblico o del privato. È a questo punto che entra in campo il Gom, ossia un gruppo oncologico medico, composto da specialisti, che pianifica il trattamento del caso secondo i modelli standard elaborati per le singole patologie. Ma - ecco la novità importante - il Gom responsabile della presa in carico invierà il cittadino ammalato esclusivamente presso una struttura di I o II fascia per la relativa patologia (per l'elenco completo rinviamo alla tabella). Che ne è degli altri oncologi (e dei loro pazienti) che operano in tutti gli altri centri che fanno parte dei Corps? Avranno la possibilità di partecipare agli altri gom attivati sul territorio, attraverso convenzioni interaziendali. «L'obiettivo della rete oncologica - conclude Alfredo Marinelli - è garantire finalmente a tutti ampia copertura territoriale e tempestività di accesso alle cure, anche grazie alla valorizzazione di centri specializzati e di servizi finora sottoutilizzati. Pazienti e medici avranno a disposizione tecnologie finora insostenibili per le singole strutture ospedaliere».

Percorsi terapeutici mirati e uguali per tutti al contempo, consentiranno di investire in parte anche il trend negativo sugli screening. «In Campania - si legge nel decreto firmato dal commissario Polimeni - il tasso di copertura dei programmi di screening è ancora troppo basso e non agganciato con il resto d'Italia». Esemplari i numeri della prevenzione del tumore al colon-retto. Se l'adesione agli screening è passata dal 9,8% del 2011 al 60,2 del 2012, l'estensione degli inviti è scesa dal 30,2% del 2011 al 2,3 del 2012. Se su questo fronte, le Asl campane possono e devono fare di più e meglio, è chiaro che si rende altrettanto necessario un cambio di passo culturale. Proprio nella terra d'Italia dove il cancro colpisce di più, e dove fa più vittime, il messaggio che i cittadini devono cogliere è di importanza vitale: la prevenzione non può essere imposta. Ma è un obbligo, finché si è in tempo, salvarsi la vita.

f.i.d.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Mi piace < 104 mila HiQPdf Evaluation 11/05/2016
ACCEDI FULLSCREEN CERCA

METEO OROSCOPO GIOCHI SHOPPING CASA

affaritaliani.it 20 ANNI ONLINE DAL 1996

Il primo quotidiano digitale, dal 1996

Fondatore e direttore **Angelo Maria Perrino**

POLITICA ESTERI ECONOMIA CRONACHE CULTURE COSTUME SPETTACOLI SPORT MILANO ROMA REGIONI

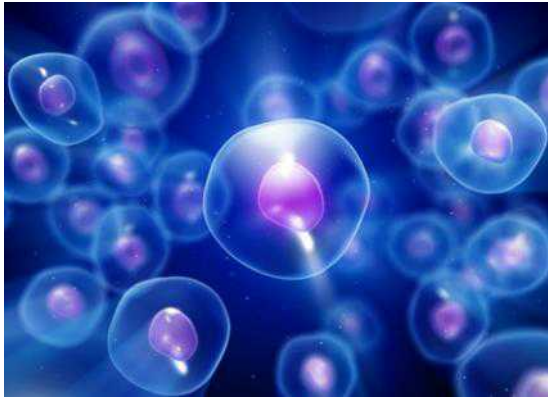
PALAZZI & POTERE LAVORO MARKETING MEDIATECH FOOD **SALUTE** IL SOCIALE MOTORI VIAGGI FOTO aiTV

Home > Salute > Tumore gastrico, come scegliere la terapia giusta per evitare il tumore

Sabato, 5 novembre 2016 - 17:02:00

Tumore gastrico, come scegliere la terapia giusta per evitare il tumore

Tumore gastrico. Nel 2016 13 mila nuovi casi. Scegliere la terapia giusta



Tumore gastrico. Nel 2016 13 mila nuovi casi. Scegliere la **terapia giusta**

Entro la fine del 2016 si stima che in totale in Italia ci saranno circa 13 mila nuovi casi di tumore gastrico, la patologia oncologica al sesto posto per incidenza sia tra gli uomini che tra le donne (4% di tutti i tumori negli uomini e 4% nelle donne). Quasi 73 mila persone (il 55% di sesso maschile) vivono in Italia con una diagnosi di carcinoma gastrico. Alla luce di questi dati e vista la necessità di esortare Istituzioni e comunità

scientifiche sull'importanza di una diagnosi precoce e dei trattamenti clinici più avanzati, l'Associazione "Vivere senza stomaco si può" ha organizzato a Roma, il 4 novembre, il 1° Convegno nazionale sul tema "Tumore gastrico: una sfida da vincere insieme" a cui hanno partecipato clinici, studiosi, rappresentanti delle istituzioni tra cui Ministero della Salute e Regione Lazio e, naturalmente, pazienti e familiari per testimoniare la propria esperienza di malattia.

Tra i temi più sentiti del convegno - scrive <http://www.quotidianosanita.it> - il rischio che i pazienti in cura abbandonino le terapie di elezione e in particolare la chemioterapia, a volte suggestionati da invenzioni pseudoscientifiche che purtroppo trovano eco anche sui media di larghissima diffusione. Un rischio fortissimo denunciato con forza sia dai rappresentanti dell'Associazione sia dai clinici presenti all'incontro. "La mia la percezione è che circa il 50% dei pazienti sia molto attratto da approcci di cura diversi da quelli convenzionali e che cerchi attivamente informazioni", ha precisato Claudia Santangelo, Presidente dell'Associazione. "Da alcune osservazioni, poi, abbiamo ricavato l'impressione che circa il 20% potrebbe abbandonare la chemioterapia per intraprendere percorsi alternativi", ha proseguito Santangelo.

"Purtroppo il tumore allo stomaco non offre moltissime possibilità di sopravvivenza, specialmente se non curato adeguatamente. E' quindi estremamente importante poter contare su una diagnosi precoce, sulla possibilità di essere presi in carico in centri di eccellenza (dove trovare seri professionisti specializzati nel trattare di tumore allo stomaco: chirurghi, oncologi, nutrizionisti, psiconcologi) e sull'aver accesso alle cure farmacologiche più adeguate. Stiamo assistendo ad un fenomeno che ci preoccupa molto perché i metodi non convenzionali non hanno a che vedere con la lotta al cancro. Ho paura di perdere amici ammalati che potrebbero invece avere speranze di vita. In una situazione di vita già così difficile, rendersi conto che uno dei pochi strumenti che si ha a disposizione, come la moderna chemioterapia che oggi, prevedendo l'associazione di più farmaci, riesce a dare risultati molti significativi rispetto al passato, non venga utilizzato, mi lascia senza fiato. Per questo è indispensabile ritrovare o trovare una sana alleanza e fiducia con il proprio medico curante".

"La malattia rende più fragili ed è umano che si possa cadere in mani sbagliate - ha spiegato in tal senso Carmine Pinto, presidente Aiom, l'associazione che riunisce gli

In Vetrina

Chi ha un lato B molto a lungo. Le sexy-foto

NEWS	FOTO	VIDEO
Più letti del giorno	Più letti della settimana	Più letti del mese
	Jennifer Lopez e il lato B migliore al mondo: il selfie super sexy. FOTO	
	Diletta Leotta, foto sexy sul web. Tutte le vip hackerate (anche Pippa). FOTO	
	Angela Merkel nuda. Gira sui social una foto che imbarazza la Cancelliera...	
	Eiaculazione precoce, spray e sesso lungo: EIACULAZIONE PRECOCE CIAONE!	
	Miss Bum Bum, foto blasfema sull'Ultima cena di Leonardo	

ZURICH connect ti permette di risparmiare sull'assicurazione auto senza compromessi sulla qualità del servizio. [Scopri la polizza auto e fai un preventivo](#)

immobiliare.it **MIGLIAIA DI ANNUNCI!** **ENTRA**

-25%

Bracciale Uomo JMC Cord...

19.99 €

Golden Outlet

VEDI

oncologi e direttore dell'Oncologia Medica dell'IRCCS Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia - Se da un lato per legge non si può imporre ad un paziente maggiorenne e capace di intendere e di volere di sottoporsi a una determinata cura se non vuole, il ruolo dell'oncologo diventa basilare per evitare queste situazioni, o perlomeno per limitarne i danni. Sta a lui, infatti, instaurare un rapporto di comunicazione e fiducia con il paziente, ascoltarlo e discutere insieme i pro e i contro delle diverse terapie. Perché se il malato si sente ascoltato nei suoi bisogni e anche paure, comprende il perché della terapia che viene proposta così come eventuali cambi di cura in corsa".

Per approfondire

Quasi 13.000 nuovi casi di carcinoma gastrico sono attesi nel 2016, attualmente al sesto posto in ordine di incidenza sia tra gli uomini sia tra le donne (4% di tutti i tumori nei maschi e 4% nelle femmine). Questo ordine di frequenza è per la quasi totalità da attribuire all'incidenza in età avanzata (oltre i 70 anni). Tuttavia, si tratta di una forma tumorale la cui frequenza è in calo da tempo in entrambi i sessi: 1 -3,6 e -2,8% all'anno nell'ultimo periodo esaminato rispettivamente tra uomini e donne.

Mortalità

Nel 2013 sono state osservate 9.595 morti per questa neoplasia (ISTAT). Con il 6% tra i decessi per tumore sia nei maschi sia nelle femmine il carcinoma gastrico occupa il quinto posto, con una presenza più incisiva nell'età medio-avanzata. Negli ultimi anni la tendenza del fenomeno appare in netta diminuzione (-3,8%/anno nei maschi, -3,6% nelle femmine) analogamente a quanto avviene per l'incidenza. A livello nazionale i tassi più alti si osservano, coerentemente con i dati di incidenza, al Centro-Nord mentre le Regioni meridionali appaiono nettamente più protette.

Sopravvivenza

La sopravvivenza a 5 anni dei pazienti con tumore dello stomaco in Italia è pari al 32,4%, più elevata rispetto alla media europea (25,1%). Nei Paesi del Sud Europa, tra cui l'Italia, presenta valori decrescenti all'aumentare dell'età: la sopravvivenza a 5 anni è pari a 41,0% tra i giovani (15-44 anni) e a 22,1% tra gli anziani (75+).

Prevalenza

Quasi 73.000 persone (55% uomini) vivono in Italia con una diagnosi di carcinoma gastrico, il 3% di tutti i soggetti con tumore. Il 19% di questa coorte si trova a meno di due anni dalla diagnosi, il 36% entro i 5 e il 43% oltre i 10 anni. Si tratta, per lo più di pazienti oltre i 75 anni di età. Le differenze tra aree geografiche sono, anche in questo caso, sensibili e determinate in primis dalle differenze di incidenza tra il Centro-Nord (137 persone ogni 100.000 nel Nord-Ovest, 162 al Nord-Est, 180 al Centro) e il Sud, con una proporzione di "sole" 70 persone/100.000, conseguenza principalmente di una minore incidenza della malattia.



SHOPPING PER VOI



SHOPPING con Ciao!

CANALI

Dal 1934 Canali realizza raffinati abiti da uomo di alta moda sartoriale. Scopri la nuova collezione **Canali**.

Trova casa su **immobiliare.it**

Provincia

Tipologia

TROVA

Il video del giorno



Infuria la battaglia di Mosul: 3.000 persone in fuga in 24 ore

TARANTO**Salute, ora è anche allarme pesticidi**

«All'inquinamento del petrolchimico si somma quello agricolo di pesticidi e fertilizzanti». L'emergenza sanitaria e ambientale a Taranto si arricchisce di un nuovo capitolo dopo i dati diffusi dagli specialisti della Rete ematologica pugliese. «Il 30% di malattie ematologiche in più: tanto – è stato spiegato – pesa a Taranto il fattore ambientale. Questa tossicità globale fa impennare la prevalenza di tumori e malattie del sangue». Nei giorni scorsi lo studio epidemiologico commissionato dalla Regione Puglia aveva evidenziato un aumento della mortalità, rispettivamente, del 4% e del 9%, per esposizioni a polveri sottili (Pm10) e anidride solforosa (So2), e un eccesso di ricoveri per patologie respiratorie tra i bambini residenti nei quartieri Tamburi (+24%) e Paolo VI (+26). I nuovi dati sono emersi nel giorno in cui l'associazione ambientalista Peacelink ha documentato con un video la presenza di un lago di catrame e pece affiorante in superficie al confine Nord della proprietà Ilva.



CorriereSalute

Perché certi farmaci non si trovano

La distribuzione dei medicinali nelle farmacie in Italia è efficiente, rapida e capillare su tutto il territorio. Ma qualche volta ciò che serve è irreperibile. Come mai? Perché esiste un mercato parallelo che indirizza verso l'estero principi attivi preziosi. Sul web il rischio maggiore è la contraffazione

La filiera per la distribuzione dei medicinali nel nostro Paese è molto efficiente e capillare. Questo permette di recapitare nella farmacia più vicina il preparato richiesto in poche ore. Tanto che c'è chi invoca di includere nel servizio anche principi attivi che ora si possono ritirare solo in ospedale

La mia **medicina** non c'è? In due ore arriva in farmacia

Servizio pubblico

È lo status giuridico riconosciuto alla catena di approvvigionamento

Una garanzia in più

La rete dei grossisti è in contatto continuo con le autorità per il ritiro dei lotti irregolari

P

rima o poi è capitato a tutti di andare in farmacia, chiedere un farmaco o un parafarmaco, magari non proprio di uso comune, e scoprire che non c'è. Il farmacista lo ordina e dice di ripassare dopo poche ore.

Questa risposta è sempre la stessa, sia che ci troviamo in un paesino sperduto in mezzo agli Appennini, sia su un'isola d'inverno: inevitabile sorprendersi di tanta efficienza, altrettanto naturale chiedersi come sia

possibile.

La risposta sta nella catena di distribuzione del farmaco,



un ingranaggio che quasi nessuno conosce e che invece è essenziale per garantire ai cittadini i prodotti di cui hanno bisogno oltre che per tutelarli da rischi.

Il viaggio del medicinale (si veda il grafico) inizia dalle aziende in cui viene realizzato: in Italia operano circa 350 ditte farmaceutiche e 150 concessionari che distribuiscono in nome e per conto di altre aziende i loro prodotti farmaceutici.

Il passaggio successivo, dopo la "fabbrica" o il concessionario, è sempre il grossista distributore: è questo il ganglio fondamentale perché tutto fili liscio fino alla tappa successiva, la farmacia sotto casa.

«I grossisti sono 55, con 113 magazzini sparsi su tutto il territorio; l'organizzazione è capillare ed è una delle più efficienti in Europa e non solo», spiega Giancarlo Esperti, direttore generale di Federfarma Servizi, l'Associazione delle Società di Servizi per le Farmacie che rappresenta aziende e cooperative della distribuzione intermedia del farmaco.

«In Nord Europa, per esempio, ci sono poco più di 10 distributori che coprono il 90 per cento del mercato in un'area geograficamente molto diversa, con una densità di popolazione minore. Da noi il numero più elevato di grossisti garantisce efficienza in un Paese con tanti abitanti e, soprattutto, lungo e stretto: per consegnare il medicinale richiesto ovunque è necessario avere molti magazzini in tutte le Regioni».

In media una medicina arriva entro 4 ore nella farmacia dove è stato richiesto, le attese più lunghe non superano le 8-10 ore.

«Pensando alla vastità del panorama dei medicinali e degli altri prodotti venduti in farmacia, è evidente che l'organizzazione deve essere articolata e meticolosa — interviene Antonello Mironi, presidente di Federfarma Servizi —. La distri-

buzione dei farmaci è un servizio primario, al punto da essere riconosciuto come servizio pubblico da parte dello Stato».

«Una parte imprescindibile è costituita dalle 28 cooperative di farmacisti che si sono associate per diventare anche distributori, che operano in tutta Italia — aggiunge —: sono queste, infatti, che assicurano i medicinali in luoghi remoti dove vivono solo poche decine di persone.

«Il servizio della farmacia deve essere identico ovunque, nelle grandi città come nei paesi di montagna o nelle isole, e le cooperative di distribuzione rendono possibile l'esistenza di farmacie che secondo logiche strettamente commerciali non avrebbero ragione di esistere. Ma che invece sono essenziali: il medico magari non si trova, ma una farmacia aperta 24 ore su 24 c'è sempre».

Le caratteristiche dell'organizzazione della rete di grossisti sono importanti anche per garantire la sicurezza dei prodotti che si comprano in farmacia: i distributori infatti sono in contatto continuo e quotidiano con il Ministero della Salute, l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) e i Nuclei Antisofisticazioni e Sanità dell'Arma dei Carabinieri.

«Abbiamo una sorta di call center attivo 24 ore su 24 a cui arrivano le segnalazioni dei lotti di farmaci irregolari da ritirare — spiega Esperti —. Quando c'è un richiamo siamo in grado di prelevare dalle farmacie tutti i medicinali coinvolti, in tempi rapidi quanto quelli per la consegna dei prodotti richiesti dai cittadini».

«Ogni lotto che passa attraverso i grossisti è tracciato e segnalato — sottolinea il direttore di Federfarma Servizi —, perciò è facile risalire a che cosa è stato consegnato e dove, procedendo poi al ritiro.

«Tutto questo significa che l'acquisto di medicinali in farmacia e parafarmacia è molto sicuro, mentre lo stesso non si

può dire se si scelgono canali con una filiera meno rigidamente controllata o per nulla garantita come il web».

Una tale capacità organizzativa potrebbe essere messa a frutto anche per distribuire altri prodotti sanitari, come i medicinali ospedalieri o i presidi che oggi si devono ritirare presso le ASL.

Lo sostengono i distributori ma lo vorrebbero anche i cittadini, stando a un'indagine presentata all'ultimo congresso di Federfarma Servizi e Federfarma, condotta su 2.500 italiani.

Il 67 per cento, con punte del 75 per cento, fra chi soffre di una patologia cronica, accoglierebbe infatti con favore il passaggio alle farmacie territoriali di molti servizi gestiti finora da ASL e ospedali perché i rapporti con queste strutture sono inevitabilmente più complicati.

Un intervistato su tre, per esempio, ammette che ritirare i medicinali in ospedale è difficile e non sempre ciò che serve è subito disponibile.

«Per il cittadino avere tutto nella farmacia sotto casa sarebbe più comodo ed economico — osserva Mironi —: se ospedale o ASL sono lontani spesso si perdono ore per ritirare i farmaci, con costi indiretti dovuti per esempio alle assenze dal lavoro che potrebbero essere risparmiati facilmente sfruttando la nostra rete di distribuzione».

«La farmacia territoriale del resto non può ridursi a erogare solo farmaci con il brevetto scaduto o quasi — aggiunge il presidente di Federfarma Servizi —, ha le capacità per seguire la somministrazione di prodotti più innovativi di cui sia stato già valutato il rapporto costo/beneficio.

«Così facendo si potrebbero anche liberare risorse: i farmacisti ospedalieri potrebbero tornare in corsia, senza dover stare tutto il tempo a dispensare farmaci».

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La proposta

Ora i livelli essenziali di assistenza farmaceutica

Gli italiani vorrebbero trovare i medicinali ospedalieri nella loro farmacia, ma le cose stanno andando in modo opposto. «Nel 2004 l'Aifa ha introdotto il Prontuario della distribuzione diretta, ospedaliera e territoriale, che viene aggiornato ogni anno — spiega Giancarlo Esperti, direttore generale di Federfarma Servizi —. Nel 2008 le farmacie coprivano il 62% del mercato e il 38% dei medicinali veniva invece dispensato dagli ospedali. Nel primo semestre del

2016 le percentuali risultano diametralmente ribaltate. Non solo, la distribuzione per conto dello Stato presso ASL e ospedali mostra prezzi medi per confezione molto diversi nelle varie Regioni, anche fino a quattro volte in più o in meno: dunque l'assistenza farmaceutica cambia nelle differenti aree d'Italia. Un problema tanto grave che giudicheremmo opportuno introdurre i Livelli Essenziali di Assistenza Farmaceutica».

E.M.

CorriereSalute

● Il numero

Gli italiani e le pillole «dimenticate» Un promemoria digitale li aiuterà

Le medicine a volte non si trovano. Ma molto più spesso ci si dimentica di prenderle oppure lo si fa nei tempi, nei modi e con le dosi sbagliate. In Italia capita a circa il 50 per cento delle persone con una malattia cronica. In base ai dati dell'Agenzia italiana del farmaco la percentuale sale al 60 per cento tra gli ultra 65enni. Per aiutare i cittadini "smemorati", medici di famiglia e farmacisti si sono alleati nel progetto «Segui la terapia» (www.seguilaterapia.it) un servizio di "promemoria digitale" (sms o l'alert tramite apposita App sul cellulare) oppure telefonico (con una chiamata vocale registrata che arriva al numero fisso di casa) che ricorda di assumere il farmaco giusto all'ora esatta e avvisa quando si avvicina l'esaurimento della confezione. A un anno e mezzo dall'avvio, sono già mille le farmacie che hanno aderito al progetto pilota destinato a coinvolgere 20 mila pazienti.

1.000

È il numero delle farmacie che hanno aderito al progetto «Segui la terapia»



E' gratis 'pillola amore' italiana per 14mila pazienti

Operati per cancro prostata; inserita tra farmaci rimborsabili



Redazione ANSA ROMA 05 novembre 2016 16:43

 Scrivi alla redazione  Stampa



E' gratis 'pillola amore' italiana per 14mila pazienti © ANSA/Ansa

CLICCA PER INGRANDIRE 

Per 14.000 pazienti italiani operati ogni anno alla prostata e affetti da disfunzione erettile diventa gratuita la 'pillola dell'amore' italiana: la pillola, che utilizza il principio attivo avanafil, prodotta da Menarini, è stata infatti inserita dal Ministero della Salute in fascia A, entrando dunque nell'elenco dei farmaci rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale, per curare la disfunzione erettile nei pazienti che hanno subito una prostatectomia radicale.

L'annuncio al congresso nazionale della Società Italiana di Urologia (SIU), concluso di recente a Venezia.

Con meno effetti collaterali rispetto agli altri farmaci, avanafil agisce rapidamente ed è efficace fino a 6 ore dopo l'assunzione. Dall'inizio di ottobre, è inserita dal Ministero in fascia A con la nota 75 ed è perciò rimborsata a tutti gli uomini con difficoltà erettile a seguito di un intervento di prostatectomia radicale con risparmio dei nervi.

"Sono circa quattordicimila ogni anno in Italia i pazienti, tra i 45 e i 75 anni, operati di prostatectomia radicale, cioè l'asportazione completa della prostata. Per la maggior parte di loro i chirurghi possono utilizzare una tecnica che permette di risparmiare, almeno in parte, i nervi coinvolti nell'erezione e dunque consente di riprendere in seguito una regolare attività sessuale - spiega Vincenzo Mirone, segretario generale SIU -. Il numero di questi interventi conservativi è in costante crescita mentre si abbassa l'età media dei pazienti che, con analisi di screening precoce, individuano il tumore della prostata quando ancora localizzato". Dopo l'intervento, spiega Mirone, "è necessario assumere i farmaci per agevolare la dilatazione dei vasi sanguigni e l'ossigenazione dei corpi cavernosi del pene. Questi farmaci sono fondamentali, soprattutto se dati nel più breve tempo possibile, per consentire al paziente la ripresa di una vita sessuale attiva. Accogliamo dunque con soddisfazione l'inserimento di Avanafil tra i farmaci rimborsabili, con un ampliamento delle nostre possibilità terapeutiche".

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA



 Scrivi alla redazione  Stampa

DALLA HOME SALUTE&BENESSERE



Ortopedici, in Italia solo 11 ospedali a misura di bambino

[Medicina](#)



E' gratis 'pillola amore' italiana per 14mila pazienti

[Medicina](#)



Scoperta mutazione virus Ebola, doppiamente contagioso

[Sanità](#)



In pomodori, cavoli e spinaci arma di difesa contro le rughe

[Alimentazione](#)



70mila senza stomaco per cancro gastrico, sfida possibile ma no false cure

[Sanità](#)

06 NOVEMBRE 2016

Perché qualcuno riesce a lavorare di notte ed altri no? Scoperto il gene che 'affatica' i turnisti

La tolleranza al lavoro a turni varia da una persona all'altra. Una ricerca dell'università di Helsinki ha individuato in una comune variante, prossima al gene codificante per il recettore 1A della melatonina, una possibile causa dell'eccessivo senso di affaticamento lavorativo di alcuni turnisti. Una ricerca lunga e minuziosa su turnisti finlandesi impegnati in diverse attività lavorative (sanità, aviazione, ecc), ha condotto a questo risultato pubblicato online sulla rivista Sleep

Ci sono quelli che finiscono il turno di notte freschi come una rosa e quelli distrutti neanche avessero passato una settimana a occhi sbarrati. E finalmente una ricerca finlandese pubblicata oggi su [Sleep](#) svela il perché di questa diversa capacità di adattamento al lavoro a turni.

Sarebbe dunque una variante vicina al gene che codifica per un recettore della melatonina a determinare il grado di tolleranza al lavoro da turnisti. Un risultato ottenuto attraverso una ricerca minuziosa, effettuata setacciando l'intero genoma per scoprire l'ago nel pagliaio, cioè il gene della 'fatigue da turnista'. E i riflettori si sono accesi su una comune variante del gene del recettore 1A della melatonina (MTNR1A), che secondo gli autori di questo paper sarebbe correlato all'eccessiva stanchezza lavorativa manifestata da alcuni turnisti.

La ricerca, firmata dalla professoressa Tiina Paunio dell'Università di Helsinki, è stata condotta su turnisti finlandesi impegnati in diverse attività lavorative (sanità, aviazione, ecc). Il grado di esaurimento da lavoro a turni riferito dai soggetti inclusi nello studio è stato messo in correlazione con le differenze genetiche rilevate nel loro genoma (mediante studio GWAS). In questo modo è stato possibile individuare il ruolo del gene per il recettore della melatonina.

E' stato inoltre ipotizzato che la variazione del rischio connessa con il gene MTNR1A è da mettere probabilmente in relazione con la metilazione del DNA della sequenza regolatoria del gene, oltre che ad una più debole espressione del gene stesso. La metilazione è uno dei principali meccanismi epigenetici deputati alla regolazione del funzionamento del genoma e può essere influenzata da fattori ambientali, quali le fluttuazioni dei ritmi circadiani.

La produzione di un numero inferiore di recettori per la melatonina da parte della variante genetica 'a rischio' può indebolire il signalling della melatonina, che gioca un ruolo importante nel ritmo circadiano.

"La variante che abbiamo individuato – ammoniscono tuttavia gli autori - può spiegare solo una parte della variabilità inter-individuale alla tolleranza al lavoro a turni" e non può dunque essere utilizzata per determinare se un lavoratore è 'portato' per fare il turnista.

Un punto di partenza comunque interessante e un punto di partenza per comprendere come mai il lavoro dei turnisti disturbi i ritmi circadiani e possa esporre alcuni ad affaticamento diurno e a disturbi del sonno.

Lo studio è stato condotto dal National Institute for Health and Welfare (THL) finlandese in collaborazione con l'Università di Helsinki, l'Istituto Finlandese di Salute Occupazionale e la Finnair.

Maria Rita Montebelli