

RASSEGNA STAMPA

17-02-2017

1. REPUBBLICA.IT Supporto nutrizionale, il menù giusto è un diritto
2. ADN KRONOS Francia, morti sospette dopo farmaci anticancro: al via indagine
3. PHARMASTAR Tumore al seno e all'ovaio positivo a BRCA1 e BRCA2, approvata dal Senato mozione per estendere in tutta Italia esenzione dal ticket
4. DOCTOR 33 Cancro al polmone consulenza telefonica post screening per smettere di fumare
5. CORRIERE.IT Un test del respiro per scoprire i tumori di stomaco ed esofago
6. QUOTIDIANO SANITA Papilloma virus, in Italia cala il numero delle dodicenni vaccinate
7. AVVENIRE Sul fine vita ora è rottura La legge va verso l'aula
8. ANSA Influenza, decessi salgono a 35 ma contagi in calo
9. ILMESSAGGERO.IT «L'olio di palma fa bene»: arriva dietrofront della scienza sul prodotto
10. ANSA Un mondo di malati cronici, nel 2020 saranno l'80% delle patologie
11. STAMPA L'Italia lancia la sfida alle pillole d'oro "Giù i prezzi o le produciamo noi"
12. PANORAMA.IT Salute: approda al Parlamento Ue decalogo italiano per 'città salutarì'
13. REPUBBLICA Dose fino a 5 grammi e uso medico la legge che le Camere non vogliono
14. CORRIERE DELLA SERA Brexit, task force per attrarre investitori a Milano
15. IL DUBBIO Cyber-farmacie, sono 452 quelle autorizzate per le vendite sul web
16. STAMPA Si all'import di farmaci per l'epatite C - Portò farmaci dall'India Il tribunale gli dà ragione "Lo fece per salvarsi"
17. LA VERITA' La chirurgia plastica va in pensione «È troppo costosa»

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

Supporto nutrizionale, il menù giusto è un diritto

Screening nutrizionale, counselling, prescrizione di integratori e supporto psicologico. Sono alcuni dei punti indicati nella Carta dei diritti al supporto nutrizionale realizzata da Aiom, Sinpe e Favo. Dieci regole per evitare il rischio di malnutrizione e favorire il successo delle cure con la giusta



CIRCA IL 60-70% dei pazienti oncologici è malnutrito e il 20% di loro non supera la malattia proprio per le gravi conseguenze che la malnutrizione comporta. Un problema che, però, non deve essere più considerato un inevitabile effetto collaterale della malattia a cui rassegnarsi. La malnutrizione, infatti, non solo si può prevenire ma è anche reversibile a patto che l'intervento nutrizionale sia il più tempestivo possibile e diventi parte integrante delle cure oncologiche. Proprio per rendere consapevoli i pazienti del loro diritto ad un'assistenza nutrizionale e sensibilizzare anche i medici, l'Associazione Italiana di Oncologia Medica ([Aiom](#)), la Società Italiana di Nutrizione e Metabolismo ([Sinpe](#)) e la Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia ([Favo](#)) hanno realizzato la "[Carta dei diritti del paziente oncologico all'appropriato e tempestivo supporto nutrizionale](#)".

Il problema della malnutrizione. “Uno dei problemi più importanti del paziente oncologico è il rischio di malnutrizione che può condizionare l’efficacia dei trattamenti, sia quelli chirurgici che quelli farmacologici” spiega **Paolo Pedrazzoli**, direttore dell’oncologia medica presso Fondazione Irccs Policlinico San Matteo. “Numerosi studi dimostrano che c’è un rapporto importante tra lo stato di nutrizione del paziente, l’adesione alle terapie e la sua prognosi”. In effetti, prevenire la perdita di peso riduce la tossicità indotta dalla radio-chemioterapia, migliora la sensibilità delle cellule tumorali al trattamento antineoplastico, rinforza le difese dell’organismo, diminuisce la frequenza e la durata dei ricoveri, previene le complicanze post-operatorie e la depressione. Tutto questo ha un impatto positivo sulla qualità della vita, consentendo di prevenire la perdita di forza fisica e la debolezza che ne può derivare. “Di per sé il tumore mette a rischio il paziente perchè può diminuire l’appetito, la capacità di assorbire i nutrienti, di deglutire, Inoltre, il tumore tende a consumare le riserve energetiche dell’organismo e poi ci sono gli effetti delle terapie sia la chemio che gli interventi chirurgici a livello intestinale” spiega Pedrazzoli. “Il problema è anche la difficoltà ad intercettare la malnutrizione per cui è importante che il paziente venga valutato sin dall’inizio in modo da evitare di accorgersene quando ormai il danno è fatto” conclude l’oncologo.

Diritto all’informazione. La Carta è un decalogo che illustra, in modo semplice ed immediatamente comprensibile, ai malati oncologici i corretti principi in tema di nutrizione. L’obiettivo è di fornire informazioni ai pazienti ed ai loro famigliari sull’alimentazione e sul [diritto a ricevere corrette prescrizioni nutrizionali](#) durante tutto il percorso terapeutico. “Ogni malato oncologico ha diritto a ricevere da parte di personale sanitario con competenze di nutrizione clinica informazioni esaustive, corrette e basate sulle evidenze cliniche riguardo al proprio stato di nutrizione, alle possibili conseguenze a esso associate e alle diverse opzioni terapeutiche nutrizionali” spiega **Riccardo Caccialanza**, responsabile del servizio di dietetica e nutrizione clinica presso Fondazione Irccs Policlinico San Matteo di Pavia. Inoltre, sarebbe molto utile un counseling nutrizionale che fornisca indicazioni su come adeguare la propria alimentazione in funzione della prevenzione primaria e secondaria dei tumori, tenendo conto anche delle eventuali comorbidità, terapie mediche, chirurgiche o radioterapiche previste.

L’importanza dello screening. Tra i diritti sanciti dalla Carta c’è quello allo **screening nutrizionale** che mira ad individuare l’eventuale presenza del rischio di malnutrizione. “Lo screening deve essere eseguito con strumenti validati alla diagnosi e ripetuto sistematicamente da parte dell’equipe curante a intervalli regolari, nel caso di neoplasie, che, per tipologia, stadio o trattamento, possono influenzare negativamente lo stato di nutrizione” dichiara **Pedrazzoli**.

Prescrizioni nutrizionali. Anche la prescrizione di un supporto nutrizionale è un diritto: “Quando il malato oncologico è malnutrito o ha un calo ponderale” spiega **Pedrazzoli** “ha diritto all’accesso gratuito agli integratori nutrizionali orali, compresi i supporti vitaminici e minerali. Nei casi più gravi, bisogna poter garantire anche la nutrizione artificiale tramite sondino non solo durante il ricovero in ospedale o nelle strutture residenziali, ma anche a domicilio”.

Il supporto psicologico. Talvolta le terapie a cui il malato deve sottoporsi comportano un aumento di peso. “In questi casi” aggiunge **Caccialanza** “il malato deve poter accedere gratuitamente ai Servizi di Nutrizione Clinica per poter recuperare il proprio peso ideale, anche in considerazione dell’impatto del sovrappeso sulla prognosi e sul decorso clinico di molte patologie neoplastiche”. Ma sia la malnutrizione per difetto che il sovrappeso incidono in modo rilevante sull’immagine corporea del malato. “Ecco perché” aggiunge **Pedrazzoli** “ogni malato a rischio di variazioni significative del proprio stato nutrizionale ha diritto a un appropriato e tempestivo supporto psicologico gratuito”.

La situazione attuale. «Al momento ci sono delle realtà molto diverse sul territorio nazionale e i pazienti oncologici che vengono valutati dal punto di vista nutrizionale sono pochi probabilmente perché c’è un gap culturale sia da parte del medico che spesso non ha una competenza nutrizionale vera e propria sia da parte del paziente che su alimentazione e diete ne sente di cotte e di crude per cui è confuso» spiega **Caccialanza**.

La sostenibilità del supporto nutrizionale. Insomma, la valutazione nutrizionale deve essere parte integrante dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali elaborati dalle strutture oncologiche. Ma è un obiettivo realmente perseguibile oppure in molti casi non ci sono le condizioni effettive per poter garantire un tale livello di servizio? «Con questa Carta vogliamo far capire alle istituzioni che è necessario un minimo di supporto nutrizionale» dichiara **Caccialanza**. «Non stiamo chiedendo di aumentare la spesa sanitaria perché per fornire un supporto nutrizionale di base può bastare del personale dietistico che sia stato adeguatamente formato e che agisca sotto la supervisione di un medico. Tra l’altro si tratta di investimenti che nel lungo periodo si traducono in un risparmio per il sistema sanitario». Va in questa direzione anche la richiesta presentata ieri dalla Favo alla Commissione Igiene e Sanità del Senato di inserire nei **nuovi Livelli Essenziali di Assistenza** la nutrizione parenterale domiciliare che potrebbe evitare il protrarsi dell’ospedalizzazione, facilitare la reintegrazione familiare, sociale, scolastica e lavorativa del malato e ridurre anche la spesa sanitaria regionale e nazionale.

<http://www.adnkronos.com>

Francia, morti sospette dopo farmaci anticancro: al via indagine



Morti sospette, in Francia, tra donne in cura con un farmaco usato per il trattamento del tumore del seno, il docetaxel. I decessi, dovuti a enterocolite da neutropenia, si sono verificati ad agosto e settembre 2016 e febbraio 2017 come si legge in una lettera, destinata agli oncologi, inviata ieri dall'Agenzia francese per la sicurezza del farmaco (Ansm), in cui si precisa che già dal 13 settembre 2016 è stata avviata un'indagine di farmacovigilanza su tutti i prodotti a base di docetaxel. La presentazione dei risultati è attesa per il 28 marzo.

La lettera dell'Ansm riporta 5 decessi, ma il quotidiano 'Le Figaro' che aveva denunciato il caso parla di 7 decessi (basandosi su fonti mediche), l'ultimo dei quali una decina di giorni fa all'istituto Curie.

Il docetaxel, ricorda l'Agenzia regolatoria nella lettera agli specialisti, è uno dei farmaci più utilizzati contro diverse forme di tumore e la neutropenia è l'effetto indesiderato più frequente. Per questo, oltre a forme di profilassi per attenuare i rischi di complicanze, è necessaria una particolare sorveglianza delle analisi del sangue. L'Agenzia, però, sottolinea che "non è formulata alcuna raccomandazione" agli oncologi relativamente a questo principio attivo in assenza di "elementi complementari d'indagine che permettano di valutare il rischio/beneficio nel quadro del trattamento del cancro al seno".

<http://www.pharmastar.it>

Tumore al seno e all'ovaio positivo a BRCA1 e BRCA2, approvata dal Senato mozione per estendere in tutta Italia esenzione dal ticket

È stata approvata dall'Aula del Senato la mozione bipartisan presentata dalla Senatrice Maria Rizzotti e firmata da molti componenti della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato che sancisce l'impegno del Governo a «valutare l'utilità e la possibilità di impegnare e destinare le risorse economiche e ad adottare tutte le misure, anche attraverso accordi all'interno della Conferenza Stato-Regioni, al fine di assicurare l'uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale per l'esenzione dal ticket, **riservata già da alcune Regioni, alle portatrici di mutazioni patogenetiche dei geni BRCA1 e BRCA2**, garantendo il rispetto del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione».



<http://www.pharmastar.it/?cat=22&id=23356> È **stata approvata dall'Aula del Senato la mozione bipartisan presentata dalla Senatrice Maria Rizzotti e firmata da molti componenti della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato che sancisce l'impegno del** Governo a «valutare l'utilità e la possibilità di impegnare e destinare le risorse economiche e ad adottare tutte le misure, anche attraverso accordi all'interno della Conferenza Stato-Regioni, al fine di assicurare l'uniformità di trattamento su tutto il **territorio nazionale per l'esenzione dal ticket, riservata già da alcune Regioni, alle portatrici di mutazioni** patogenetiche dei geni BRCA1 e BRCA2, garantendo il rispetto del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione».

«Questa mozione è stata fortemente voluta da Salute Donna Onlus e dalle altre 12 **Associazioni di pazienti oncologici aderenti al Progetto “La Salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere” e al lavoro di membri dell’Intergruppo parlamentare** - ha dichiarato Annamaria Mancuso, Presidente di Salute Donna Onlus - ringrazio la Senatrice Maria Rizzotti e tutti i membri della XII Commissione Sanità del Senato che il 23 giugno scorso hanno presentato la mozione, lottando a lungo per la sua calendarizzazione».

Questa azione nasce dalla volontà di Salute Donna Onlus e delle altre Associazioni di estendere in tutta Italia (e non soltanto come accade oggi in Lombardia ed Emilia-Romagna) **l’esenzione del ticket per gli esami strumentali delle donne riconosciute positive** al test genetico BRCA1 e BRCA2. Il carcinoma della mammella resta la prima causa di morte tra le donne tra i 40 e i 50 anni.

Si stima che circa il 14% dei tumori alla mammella e il 10% dei tumori ovarici siano causati da mutazioni ricorrenti a livello del gene BRCA1 e BRCA2.

La mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2 accresce rispettivamente il rischio di cancro al seno e alle ovaie e le donne portatrici di mutazioni di tali geni hanno un'elevata probabilità (circa il 60%) di sviluppare un tumore mammario nell'arco della vita. Le mutazioni di tali geni conferiscono anche un rischio di carcinoma ovarico tubarico stimato nell'ordine del 40% per il BRCA1 e del 20% per il BRCA2.

Lo screening per il BRCA1 e BRCA2 è strategico per ridurre il rischio delle donne positive, ma risulta oneroso per le pazienti a causa dei ticket di compartecipazione alla spesa degli esami strumentali e delle tecniche di laboratorio.

«L’esenzione del ticket comporterà logicamente la necessità di reperire nuove risorse all’interno dei bilanci delle Regioni - ha aggiunto Annamaria Mancuso - la nostra azione richiede un’attenzione particolare dello Stato su questo tema e il trasferimento di risorse specifiche per garantire l’uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale».

Veneto e Piemonte stanno ragionando su questo tema e ci sono buone possibilità che esse seguano la strada di Lombardia ed Emilia-Romagna. Nelle altre Regioni italiane però tutto **tace; è intenzione del Progetto “La Salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere”** attraverso gli Interruppi parlamentari nazionali e regionali, di sollevare il tema a più livelli **di vigilare concretamente sull’impegno preso dal Governo.**

<http://www.doctor33.it/>

Cancro al polmone consulenza telefonica post screening per smettere di fumare



Fornire consulenza telefonica per smettere di fumare alle persone che si sono appena sottoposte allo screening per il cancro al polmone può costituire un intervento efficace, come dimostra uno studio preliminare effettuato negli Stati Uniti e pubblicato sulla rivista Lung Cancer.

Kathryn Taylor, comportamentista e professoressa di oncologia presso il Georgetown Lombardi Comprehensive Cancer Center, e colleghi, hanno randomizzato 92 individui che avevano appena ricevuto i risultati dell'esame di screening a ottenere come azione di assistenza per la cessazione del fumo una consulenza telefonica o le cure standard, un elenco di risorse libere a basso costo. I due gruppi includevano un numero uguale di partecipanti con possibili lesioni precancerose o broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), con anomalie minori, e con risultati normali. A nessuno dei partecipanti era stato diagnosticato il cancro al polmone. Il gruppo randomizzato a ricevere la consulenza telefonica è stato contattato per la prima volta subito dopo aver scoperto i risultati dell'esame preventivo, e ulteriori sei telefonate da 10-15 minuti si sono svolte nei tre mesi successivi.

Alla fine dello studio, coloro che affermavano di aver cessato il fumo sono stati sottoposti a un test della saliva per la ricerca di nicotina a confermare l'astinenza. Otto (17%) persone nel gruppo di consulenza telefonica avevano smesso di fumare, rispetto a due (4%) nell'altro gruppo. «Abbiamo scoperto che in un momento tale per cui è possibile educare - un momento in cui i fumatori stanno pensando alla loro salute e potrebbero essere pronti a fare un cambiamento - offrire aiuto fa una differenza, e può aiutare a salvare vite umane» afferma Taylor. Questi risultati sono stati così promettenti che gli sperimentatori hanno ricevuto attraverso il National Institutes of Health fondi per condurre uno studio molto più ampio sullo stesso argomento, che arruolerà 1.300 pazienti presso cinque centri medici in tutta la nazione. «Un fattore importante e da non dimenticare è che la consulenza telefonica ha il potenziale per migliorare l'abbandono del fumo in un ambito che comprende un gran numero di fumatori di lungo corso, difficili da raggiungere e che sono ad alto rischio per parecchie malattie correlate al tabacco» concludono i ricercatori.

Lung Cancer 2017. In press

<http://www.corriere.it/salute/>

DIAGNOSTICA

Un test del respiro per scoprire i tumori di stomaco ed esofago

Sperimentato per ora su 335 pazienti inglesi, si è rivelato preciso nell'85 per cento dei casi. Servono conferme su un campione più ampio di persone, ma potrebbe essere un primo passo meno invasivo rispetto all'endoscopia

di [Vera Martinella](#)



Un test del respiro, che misura i livelli di cinque sostanze chimiche, si è rivelato particolarmente promettente per aiutare a diagnosticare i tumori dell'esofago e dello stomaco. Sperimentato su ampio numero di pazienti, l'esame è stato presentato al recente Congresso Europeo sul Cancro ad Amsterdam dai ricercatori britannici che lo hanno messo a punto. Sono circa 13mila i nuovi casi di cancro dello stomaco e oltre 2mila quelli dell'esofago individuati ogni anno in Italia. Poiché i sintomi sono piuttosto vaghi, entrambi vengono spesso scoperti in ritardo, quando la malattia è già in stadio avanzato e più difficile da curare, tanto che a cinque anni dalla diagnosi è vivo soltanto il 15 per cento dei pazienti.

[*Vivere senza stomaco è possibile? Le risposte alle domande più frequenti*](#)

[*La storia di Claudia: «Cercavo notizie, non trovavo quasi nulla»*](#)

Si cerca un modo meno invasivo rispetto all'endoscopia

«Attualmente l'unico modo di stabilire con certezza la presenza di queste neoplasie è l'endoscopia - ha spiegato al convegno olandese Sheraz Markar, studioso all'Imperial College di Londra, tra i responsabili della sperimentazione -, ma questo esame è invasivo, costoso e ha alcuni rischi di complicanze. Un test del respiro, invece, potrebbe essere un mezzo non invasivo da eseguire in prima battuta, per poi inviare all'endoscopia soltanto le persone per le quali ci sia un forte sospetto di cancro. Nel lungo periodo, visto che si tratta di un metodo rapido e indolore, questo potrebbe anche portare miglioramenti nella sopravvivenza, passando attraverso diagnosi e trattamenti più tempestivi». Il test del respiro è stato messo a punto partendo da studi precedenti che avevano messo in luce, nei pazienti affetti da questi due tumori, la presenza di cinque specifiche sostanze chimiche (i composti butanale e decanale e gli acidi butirrico, valerico o pentanoico e acetico o etanoico) che erano invece assenti in persone con altri tipi di malattie gastrointestinali non oncologiche.

Tumori, dieci segnali da tenere d'occhio

Stanchezza cronica

Con il test del respiro diagnosi corretta nell'85 per cento dei casi

I ricercatori volevano capire se questa «firma chimica» potesse essere la base di partenza per creare un nuovo esame diagnostico. Per farlo hanno raccolto campioni di respiro da 335 persone curate in diversi ospedali londinesi: 163 partecipanti alla sperimentazione erano seguiti per un cancro di stomaco o esofago, per le altre 172 l'endoscopia non aveva invece mostrato la presenza di una neoplasia. Le analisi dei loro campioni di fiato hanno messo in luce che il test del respiro basato sulle 5 sostanze chimiche è in grado di stabilire la presenza di tumore con una buona precisione, avendo individuato correttamente la diagnosi nell'85 per cento dei casi. Come sottolineano gli stessi autori dello studio, questi risultati vanno confermati su un numero più ampio di persone prima che il test entri a far parte della pratica clinica. Per farlo i ricercatori proseguiranno le loro indagini nei prossimi tre anni, cercando soprattutto di affinare la specificità dell'esame del respiro.

segui **quotidianosanità.it**[Tweet](#) stampa

Papilloma virus, in Italia cala il numero delle dodicenni vaccinate

Il Ministero della Salute ha pubblicato i dati relativi alla copertura nazionale e regionale per la vaccinazione Hpv nella popolazione femminile. La rilevazione si riferisce all'anno 2015 e mostra un decremento, anche se lieve, di questa particolare vaccinazione. Il calo risulta più drastico se si paragonano i dati relativi alle bambine che oggi hanno raggiunto l'età prevista per questa vaccinazione e quelli delle nate vent'anni fa. Ecco risultati della RICERCA.



16 FEB - Calano le adolescenti che si vaccinano contro il papilloma virus. Nel giro di 12 mesi, tra il 2014 e il 2015, il decremento è stato quasi dell'1%. Settanta giovani su cento hanno usufruito di questo tipo di vaccinazione, una percentuale molto al di sotto della soglia del 95%, prevista dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale. Il divario aumenta ulteriormente se si analizzano soltanto i dati relativi alla prima dose e non al ciclo completo.

Nel 2014, il 75,2% delle ragazze aveva fatto almeno la prima dose del vaccino Hpv, l'anno successivo la percentuale è calata al 73,1%. La vera diminuzione di copertura vaccinale può essere osservata andando più indietro con il tempo, paragonando i dati attuali con quelli di coloro che sono venuti alla luce quasi

due decenni fa: tra le ragazze nate tra il 1997 e il 2001 circa 8 su 10 hanno infatti fatto ricorso alla vaccinazione Hpv. I dati sono stati raccolti attraverso la scheda di rilevazione delle coperture vaccinali inviata annualmente dal Ministero della Salute alle Regioni

Chi ha diritto al vaccino gratuito

Dal 2007, questo vaccino è gratuito per le bambine fino al dodicesimo anno di vita (undici anni compiuti), in tutte le Regioni italiane. In alcune Regioni è stato deciso di estendere la copertura gratuita anche in altre fasce di età. Le Regioni Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia, invece, offrono il vaccino a tutti coloro, a prescindere dal sesso e dall'età, che risultino Hiv positivi. Via libera per i maschietti, sempre fino a dodici anni, in Sicilia, Puglia, Liguria, Friuli Venezia Giulia e Veneto. Attualmente, a seconda dei luoghi, può variare l'anno di nascita da cui si individuano gli aventi diritto. Ad esempio, in diverse realtà, questo beneficio spetta ai bambini nati dal 2004 in poi, ma non è una regola generale.

Questa possibilità, grazie al nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 e i nuovi LEA - di cui è attesa la pubblicazione in Gazzetta ufficiale - potrebbero essere estesi anche a tutti i bambini di sesso maschile, di qualunque regione italiana, fino al dodicesimo anno di vita. La piena operatività di questa decisione è prevista nel corso del prossimo anno.

16 febbraio 2017
© Riproduzione riservata

Allegati:

■ COPERTURA VACCINO HPV 2015

Altri articoli in *Scienza e Farmaci*



Epatite C. In India e Argentina nuovi ricorsi contro il brevetto



Cuore. Ecstasy e speed lo fanno invecchiare di 10 anni



Medici palliativisti e Associazione italiana Sla: "La sedazione palliativa non è eutanasia"



Pancreas artificiale e Big Data. Il congresso ATTD parla italiano



Cancro del colon. Fumatori più soggetti a prognosi sfavorevole



Diabete di tipo 2: chirurgia bariatrica superiore alla terapia medica nel controllo metabolico anche a 5 anni

QS **newsletter**

ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER
Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

QS **gli speciali**



I nuovi Lea. Tutto quello che c'è da sapere
tutti gli speciali

IPiùLetti [7 giorni] [30 giorni]

- 1 Cara ministra sono un'infermiera di 57 anni e sono stanca
- 2 L'osteopatia non è una specializzazione della fisioterapia
- 3 Meningite e vaccini. Ecco i consigli dell'Iss: come e quando difendersi
- 4 Quei pazienti mai soddisfatti e sempre pronti alla denuncia
- 5 Oss con Formazione Complementare. Migeop: "Corsi regionali da bloccare"
- 6 L'osteopata non esiste
- 7 Fisioterapista non può operare senza prescrizione del medico. La sentenza del Consiglio di Stato
- 8 Diabete. Nuova insulina disponibile anche in Italia
- 9 "Il taglio di 422 milioni alla sanità ormai è certo. Nuovi Lea a rischio". Intervista a Massimo Garavaglia

Sul fine vita ora è rottura La legge va verso l'aula

Otto deputati abbandonano la Commissione È polemica su un testo con molte zone d'ombra

Montecitorio

Durante la seduta notturna che ieri ha concluso l'esame del controverso provvedimento otto deputati hanno sbattuto la porta per sottolineare il dissenso rispetto a un testo che in più punti si può ancora prestare a interpretazioni eutanasiche. Appuntamento in Aula il 27, ma si lavora per una mediazione

FRANCESCO OGNIBENE

Non c'è pace per la legge che dovrebbe normare una materia delicatissima come le scelte di fine vita dei cittadini italiani, attorno alla quale pare al momento impossibile creare il consenso ampio che sarebbe necessario su temi di simile portata. In un clima di reciproca incomunicabilità, che ieri ha toccato il suo punto più basso, il ddl con le «Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate» è stato licenziato nella tarda serata di ieri dalla Commissione Affari sociali, ma al voto finale si è arrivati con i banchi degli oppositori desolatamente vuoti. Dopo poco più di tre ore di discussione mai così serrata, il drappello di deputati che per un mese ha cercato di modificare il più che discutibile testo sottoposto all'esame della Commissione ha sbattuto la porta e lasciato che la maggioranza anomala creatasi attorno al progetto (Pd, M5S, Sinistra italiana) varasse per conto proprio gli ultimi tre articoli – su cinque complessivi – rimasti da esaminare. Una decisione già annunciata alla vigilia di quest'ultima seduta ma che era sembrato possibile evitare con una discussione sul merito degli emendamenti. Alle 21.10 però la situazione è precipitata e otto deputati di altrettante formazioni politiche hanno lasciato la riunione: Paola Binetti (Alleanza popolare), Eugenia Roccella (Ideas), Francesco Paolo Sisto (Forza Italia), Alessandro Pagano (Lega), Gian Luigi Gigli (Democrazia solidale), Domenico Menorello (Civici e innovatori), Raffaele Calabrò (Ncd) e Benedetto Fucci (Conservatori e riformisti). Mario Marazziti (Democrazia solidale), presidente della Commissione, che pure si era prodigato per trovare soluzioni condivise, ha dovuto prendere atto della rottura e proseguire i lavori senza la componente che aveva condotto sin lì una vera e propria battaglia per correggere il testo su punti decisivi come la possibilità di sospendere o meno la nutrizione assistita.

Le versioni sull'ultimo miglio dei lavori in Commissione ovviamente sono antitetiche: i fautori della leg-

ge parlano di «ostruzionismo», i critici lamentano una «violazione del regolamento», tanto da far partire un ricorso indirizzato alla presidenza della Camera. La pietra d'inciampo è il contestatissimo articolo 3, che parla di «Disposizioni anticipate di trattamento» e che di fatto – combinato con il comma 7 dell'articolo 1 – obbliga il medico a eseguire le volontà del paziente, quasi senza margini di manovra, né prevedendo alcuna forma di obiezione di coscienza. La selva di emendamenti presentati dal drappello di deputati contrari al ddl è stata spazzata via dalla sostituzione del testo dell'articolo 3 con un emendamento firmato da Maria Amato (Pd) a sua volta fatto proprio e corretto dalla relattrice Donata Lenzi (Pd): una riscrittura di questa parte della legge che ha finito per far decadere in un colpo solo ben 93 proposte di modifica. Secondo gli otto "dissidenti" si sarebbe così violata la regola sui lavori del Parlamento che prevede l'esame degli emendamenti a partire da quello più lontano dal testo base per avanzare sino al più prossimo. Così non è stato, e sul fine vita ora la rottura si è consumata gettando un'ombra sui lavori dell'aula di Montecitorio dove – con questo clima – è difficile immaginare modifiche che pure appaiono indispensabili (si pensi alle "dichiarazioni" nel titolo della legge che diventano "disposizioni", con un chiaro spostamento semantico) per scongiurare il pericolo concreto di interpretazioni e applicazioni eutanasiche una volta che la legge entrasse in vigore. Resta da valutare la possibilità, alla quale ha lavorato Marazziti, di guadagnare tempo per consentire una ripresa del dialogo. Scelta politica, evidentemente, che potrebbe anche portare a una data per la discussione in Aula diversa da quella ora prevista del 27 febbraio. Una mediazione che tuttavia si presenta molto difficile.

Dal canto suo, Donata Lenzi sottolinea l'importanza del lavoro svolto: «Abbiamo valorizzato molto il ruolo del fiduciario perché spetta a lui rappresentare la persona che non può più dire la sua e attualizzare la decisione – spiega –. La perdita delle capacità



I problemi che rimangono irrisolti

non può essere anche perdita della propria identità. Abbiamo cercato il bilanciamento dei valori della salute e della libertà e tenuto presente che l'autodeterminazione non è senza limiti come anche l'autonomia del medico: solo incontrandosi si ha una relazione di cura, che cerchiamo di mantenere anche nella fasi finali dell'assistenza». Marazziti invita a valorizzare l'innovativo articolo 4 che introduce la «pianificazione condivisa delle cure», un atto che sostituirebbe all'insorgere della malattia le Dat, scritte quando ancora si era sani. Argomenti che non bastano ai detrattori della legge, cui è parso perfino beffardo l'emendamento accolto ieri dalla Commissione aggiungendo all'articolo 4, secondo comma, i componenti dell'«unione civile» ai familiari tra i soggetti da coinvolgere nell'informazione sulle terapie. Ci mancava solo l'evocazione dell'ultima frattura nel Parlamento e nel Paese...

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Alimentazione assistita

LA LEGGE PREVEDE CHE SI POSSANO INTERROMPERE A RICHIESTA NUTRIZIONE E IDRATAZIONE CONSIDERATE «TRATTAMENTI SANITARI»

Volontà vincolanti

IL MEDICO «È TENUTO AL PIENO RISPETTO» DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO DEL PAZIENTE («DISPOSIZIONI»)

Autodeterminazione assoluta

IL MEDICO NON PUÒ CHE PRENDERE ATTO DI QUEL CHE DECIDE IL PAZIENTE: VIENE SPEZZATO IL PATTO FIDUCIARIO CENTRALE NELLA RELAZIONE DI CURA

<http://www.ansa.it>

Influenza, decessi salgono a 35 ma contagi in calo

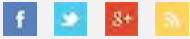
Quasi 4,5 milioni da inizio stagione, si va verso fine epidemia



Salgono a 35 i decessi causati da virus influenzali, mentre continua a calare il numero dei contagi, scesi a 265mila in una settimana. Dall'inizio della stagione gli italiani allettati dall'influenza sono stati ben 4 milioni e 460mila. E' quanto riporta il rapporto di sorveglianza delle sindromi influenzali Influnet, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss) e relativo alla settimana dal 6 gennaio al 12 febbraio 2017.

Dopo aver raggiunto il picco stagionale nell'ultima settimana del 2016, con 9,59 casi per mille assistiti, il livello di incidenza è sceso a 4,37 casi per mille assistiti, ovvero più che dimezzato. In Puglia e in Abruzzo l'incidenza è tornata ai livelli di base, mentre le altre regioni restano ancora in periodo epidemico, ovvero interessato da una intensa circolazione del virus. Continua invece a crescere il numero dei casi gravi. Secondo i dati riportati dal bollettino FluNews, dall'inizio della stagione ne sono stati segnalati 128. Di questi 35 sono morti: avevano in media circa 73 anni e almeno una patologia cronica pre-esistente.

"Di fatto abbiamo avuto una stagione anomala, con un picco elevato e anticipato ma un declino molto rapido", spiega Gianni Rezza, capo dipartimento malattie infettive dell'Iss. Non è però il caso di abbassare la guardia. Questo, infatti, aggiunge, "è il periodo di raffreddori dovuti a adenovirus e rotavirus. Inoltre, in autunno e primavera dominano virus parainfluenzali, che possono provocare stessi sintomi dell'influenza, ma di intensità e durata inferiore".



ROMA VITERBO RIETI LATINA FROSINONE ABRUZZO MARCHE UMBRIA

VIDEO

FOTO

HOME

PRIMO PIANO

ECONOMIA

SPETTACOLI E CULTURA

SOCIETÀ

SPORT

MOTORI

TECNOLOGIA

LE ALTRE SEZIONI ▼

Il Messaggero > Attualità >

cerca nel sito...



«L'olio di palma fa bene»: arriva dietrofront della scienza sul prodotto



NAPOLI - Demonizzato ormai di mesi l'olio di palma non sarebbe poi così male. L'**Università degli studi Federico II di Napoli** ha pensato a riabilitare l'olio vegetale, nell'ambito di un convegno tenutosi recentemente presso il dipartimento di Farmacia dell'ateneo campano al quale ha preso parte, tra gli altri, il professor Marco Silano dell'Istituto Superiore di Sanità.

All'AdnKronos Silano spiega perché, secondo l'ISS, "non sussistono ragioni per cui l'uso dell'olio di palma debba essere proibito".

Su richiesta del Ministero della Salute e dopo "un'attenta revisione di tutti i dati messi a disposizione dalla letteratura scientifica, abbiamo redatto un parere sulla eventuale tossicità dell'olio di palma", afferma lo studioso. E la conclusione a cui l'ISS è approdato è che "l'ingrediente olio di palma non ha alcuna sostanza tossica di per sé".

Esiste però una criticità. L'olio di palma - prosegue Silano - contiene "una quantità di acidi grassi saturi maggiore rispetto agli altri olii vegetali, al posto dei quali viene utilizzato (l'olio di semi di girasole, ad esempio, contiene il 15% di grassi saturi)". Il consumo di acidi grassi saturi, sottolinea l'esperto, "è associato in letteratura a un aumentato del rischio cardiovascolare", che può portare a "infarti, arteriosclerosi e ictus".

In realtà è altrettanto vero che l'olio di palma "può sostituire olii vegetali che hanno ancor più acidi grassi saturi (l'olio di cocco arriva all'80%, per esempio) e ha permesso eliminazione dei acidi grassi idrogenati trans, che hanno un effetto dannosissimo sulla salute cardiovascolare".

Silano ricorda che "esistono due grossi gruppi di acidi grassi saturi: quelli presenti negli alimenti non trasformati (carne di vario genere, formaggi, latte e uova) e quelli contenuti nei prodotti della trasformazione industriale, a cui è aggiunto l'olio di palma".

Ciò che il consumatore deve fare, sostiene il professore, è "regolarsi in maniera tale che acidi grassi saturi non superino il 10% nella dieta giornaliera (per quanto riguarda la popolazione generale)". Quello che conta, infatti, "non è il singolo alimento ma il pattern nutrizionale che si segue. Ovviamente sta al singolo individuo fare attenzione".

Secondo Silano "la criticità dell'olio di palma rientra nella quantità di acidi grassi saturi che compongono la dieta di una persona. Non basta eliminare un



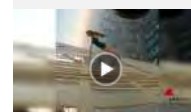
Ncc travolge due vigili all'aeroporto di Fiumicino



Due cadaveri interrati scoperti ad Afragola



Catania, medico picchiato al pronto soccorso: sette arresti



Viktoria, modella spericolata: rischia la vita per fare selfie estremi

IL VIDEO PIU' VISTO



Roma, cliente affronta il rapinatore in farmacia e lo mette in fuga

+ VAI A TUTTI I VIDEO

Casa
ilmessaggerocasa.it



Trilocale, via della Divisione Torino

429.000 €

VENDITA TRILOCALE A ROMA

VEDI TUTTI GLI ALTRI APPARTAMENTI IN VENDITA IN ZONA ARDEATINO

IL VIDEO PIU' VISTO

singolo prodotto, ma va valutata l'intera dieta". E se per gli adulti il problema non sussiste, "la categoria a rischio è quella dei bambini dai 3 ai 10 anni, che assumono più del 10% raccomandato".

Un'altra criticità - sottolinea il professore - è legata ai "contaminanti che si formano durante i processi di raffinazione, ovvero quando l'olio viene trattato a una temperatura superiore ai 200 gradi". Queste sostanze, però, "non sono intrinseche all'olio, ma si presentano durante questi processi".

Ad ogni modo "l'industria alimentare sta affrontando questo problema e sta cercando di individuare processi di raffinazione che non producano questi contaminanti", rassicura Silano.

Giovedì 16 Febbraio 2017 - Ultimo aggiornamento: 17:31

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Roma, cliente affronta il rapinatore in farmacia e lo mette in fuga

LA NUOVA STAGIONE DELL'INFORMAZIONE



3 mesi a soli 15,99€

ALTRE STORIE



VIABILITA'

Smog, domani nella fascia verde stop ai veicoli fino a Euro 2



Finanza

Banca Popolare Sondrio, l'agenzia Dagong Europe conferma il rating



RIETI

Boxe, Clemente Russo a Rieti: con la palestra Kodokan per raccogliere fondi per Amatrice

Cerca il tuo immobile all'asta

Regione

Provincia

Fascia di prezzo

Data

INVIA



QUICKMAP

cerca nel sito...



Un mondo di malati cronici, nel 2020 saranno l'80% delle patologie

'Diabete emergenza ma in Italia ostacoli per farmaci innovativi'



Redazione ANSA ROMA 16 febbraio 2017 16:36

 Scrivi alla redazione  Stampa



Obesità è malattia, e causa il diabete © ANSA

CLICCA PER INGRANDIRE 

Le malattie croniche nel 2020 rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo, con il diabete che è tra quelle che cresce più rapidamente. A livello globale le malattie croniche sono responsabili dell'86% di tutti i decessi, con una spesa sanitaria di 700 miliardi di euro.

Questo è quanto emerge dal workshop 'Il paziente al centro - La gestione integrata della cronicità' (organizzato con il contributo non condizionante di Msd) nell'ambito del progetto #Insiemeperilcuore.

In Italia, tra le malattie croniche, il diabete è "un'emergenza: solo un paziente su tre ha un adeguato controllo e di conseguenza le complicanze cardiovascolari, renali, oculari determinano un altissimo impatto socio-economico per il Sistema sanitario nazionale". Il diabete nel nostro Paese colpisce circa 3,6 milioni di persone e che entro il 2035 sfiorerà in Europa il tetto dei 70 milioni di pazienti, contro gli attuali 52 milioni.

Ma - viene spiegato - "permangono ostacoli per i farmaci innovativi contro il diabete; e il medico di medicina generale non può prescriverli".

Malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione e l'ipercolesterolemia sono ritenute una "vera e propria emergenza sanitaria". A questo proposito viene ricordato - concentrandosi su diabete e malattie cardiovascolari - il Piano nazionale delle cronicità messo a punto dal ministero della Salute per disciplinare "le modalità di assistenza dei pazienti affetti da malattie croniche, armonizzando le attività"; tra i punti cardine del Piano, l'ospedale come snodo di alta specializzazione, l'integrazione tra assistenza primaria e cure specialistiche, il supporto al paziente e il potenziamento delle cure domiciliari, e piani di cura personalizzati.

DALLA HOME SALUTE&BENESSERE



Influenza, decessi salgono a 35 ma contagi in calo

Sanità



Abusi e violenze su bimbi, i medici che sanno leggere i segni

Sentinelle anti abuso



Un mondo di malati cronici, nel 2020 saranno l'80% delle patologie

Medicina



Autismo: 'segni' visibili nel cervello dei bebè anni prima esordio

Medicina



Anche lui può cadere in depressione se partner 'aspetta'

Vita di coppia



L'Italia lancia la sfida alle pillole d'oro "Giù i prezzi o le produciamo noi"

Trattativa serrata con i produttori. L'Aifa: la salute viene prima dei brevetti



R ROMA

Produrre in proprio, negli stabilimenti farmaceutici militari di Firenze, le pillole d'oro anti-epatite, anteposando al rispetto dei brevetti le più alte ragioni di tutela della salute pubblica. Roba da far mandare in fibrillazione big-pharma e i mercati finanziari di mezzo mondo che la spingono, quando a tentare la mossa furono India e Sudafrica. Figuriamoci se a minacciare il passo è l'Italia, industrializzato Paese del G7. Anche perché quel che vale oggi per i malati di epatite C, potrebbe valere domani per molti altri super farmaci dai prezzi stratosferici. Come quello da 300mila dollari già commercializzato negli Usa e che promette di prolungare l'aspettativa di vita dei malati di tumore al polmone di 5 anni.

La prossima settimana parte la trattativa no-stop per ricontrattare i prezzi dei medicinali anti-epatite. Obiettivo dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, è eradicare in 3 anni il virus, curando 298mila persone con viremia accertata. Per questo il governo è pronto a portare da 226 a 273 i centri specializzati per il trattamento e a spendere larga parte del

miliardo e mezzo già stanziato per i farmaci innovativi. Che non basteranno se la Gilead, la multinazionale produttrice di Sovaldi e Harvoni, i medicinali che curano tutti e quattro i ceppi dell'epatite C, continuerà a sparare alto. Per ora si parla di un prezzo intorno ai 13mila euro. L'Aifa non è disposta a sborsarne più di 4mila, la stessa cifra pagata oggi per gli ultimi scaglioni degli oltre 67mila pazienti già trattati. «Se non prevarrà l'etica del buon senso eradicheremo il virus lo stesso, ricorrendo a tutte le soluzioni possibili», minaccia Mario Melazzini, il direttore generale dell'Aifa, che da anni combatte la sua battaglia contro la Sla e che meglio di altri comprende le ragioni dei malati. Poi è lui stesso a chiarirci quali siano le armi segrete. La prima «è seguire l'esempio della Francia, consigliando ai centri specialistici che assistono i malati di epatite gli altri farmaci di pari efficacia, che non combattono tutti i ceppi del virus, ma quelli comunque più diffusi, il I e il IV». Come dire lasciare le briciole alla Gilead. L'altra è quella destinata a fare più scalpore. «Se non accetteranno di ridurre i prezzi -cala giù l'asso

Melazzini - potremmo arrivare a chiedere al governo come estrema ratio l'applicazione degli accordi internazionali Trips del 2006, che in caso di emergenze di salute pubblica consentono agli Stati il ricorso alla licenza obbligatoria». Tradotto: produrre pillole di Stato sbattendosene del brevetto. In realtà, come spiega lo stesso dg dell'Aifa, questa deroga l'accordo Trips la prevede solo per Paesi dal Pil più modesto. Ma ad acconsentire di forzare la mano ci sarebbe anche il regolamento Ue 816/2016 che fa riferimento sempre alla licenza obbligatoria per necessità di salvaguardia della salute pubblica.

«Chiediamo alle aziende un prezzo etico perché intendiamo estendere anche ai pazienti meno gravi il diritto alla cura, altrimenti il virus continuerà ad infettare altre persone. E non dimentichiamo -aggiunge Melazzini - che l'Italia è uno dei Paesi con più alta presenza di hcv».

Che qualcosa in più si possa fare lo racconta la storia di Gilead Sciences, che non produceva pillole quando nel 2012 ha fatto l'affare, acquistando per 11,2 miliardi di dollari Pharmaset, che Sovaldi l'ha scoperto. Quella



pillola già il primo anno ha cominciato a fruttare 20 milioni di euro al giorno, 15 miliardi l'anno. Una miniera d'oro sulla quale il Senato americano ha a suo tempo avviato un'inchiesta, scoprendo che, la ricerca e lo sviluppo del Sovaldi sarebbero costati solo 62,4 milioni di dollari, cioè una parte insignificante rispetto ai ricavi ottenuti grazie alla politica dei prezzi stellari.

Che i costi sostenuti per la ricerca non giustifichino un salasso del genere lo dimostra anche il fatto che in Egitto, dove c'è meno da mungere, il super-farmaco è stato offerto a soli 700 dollari a trattamento. Il 98% in meno del prezzo sparato in Usa e in Europa. In Italia questo significa dover entrare in farmacia e sborsare ben 74 mila euro. A meno che non si rientri nei rigidi parametri che danno diritto al rimborso. Ma bisogna essere arrivati alla cirrosi conclamata, al tumore o al trapianto di fegato. E anche su questo l'Aifa farà pressing per calmierare i listini. Ponendo fine a quei viaggi della speranza verso l'acquisto a buon mercato dei farmaci in India, che di certo non fanno onore al nostro welfare.

[PA. RU.]

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



REPORTERS

**Stop
ai viaggi
della
speranza**
L'Agenzia
del farmaco
vuole con-
trastare il
fenomeno
dei viaggi
della spe-
ranza per
l'acquisto
a buon
mercato
dei farmaci
in India



ULTIME SCIENZA

Droga: con cocaina istinto vince su ragione nel cervello, ecco perché ricadute

Ricerca: gli Usa celebrano il talento (precario) degli under 40 italiani

Sanità: Siria al collasso, Gemelli e Avsi a sostegno ospedali

Genetica: Polizia, nasce la banca dati italiana del Dna

Sanità: Corte Ue difettose vigliano su certificazione

Salute

Salute: approda al Parlamento Ue decalogo italiano per 'città salutari'



16 febbraio 2017

Panorama / Scienza / Salute / Salute: approda al Parlamento Ue decalogo italiano per 'città salutari'



ADNKRONOS

Roma, 16 feb. (AdnKronos Salute) - Dieci punti per rendere le città più 'sane' e tracciare la strada per politiche di tutele del benessere dei cittadini, in costante crescita in un pianeta più affollato e sempre più urbanizzato. E' il Manifesto 'La salute nelle città: un bene comune', che la delegazione italiana del Comitato europeo delle Regioni ha presentato al Parlamento europeo dove sarà discusso a marzo per diventare, probabilmente entro maggio, un'indicazione generale per il Vecchio continente.

Una strada che passa attraverso la promozione di politiche in grado di mettere al centro la salute delle persone a 360 gradi, dalla lotta all'inquinamento al contrasto all'obesità. Del documento hanno parlato, oggi a Roma, sindaci, parlamentari ed esperti di diversi settori nella sede dell'Anci, Associazione dei Comuni. "I sindaci non possono non occuparsi di salute", ha spiegato Enzo Bianco, presidente della delegazione del Comitato europeo delle Regioni e del Consiglio nazionale Anci, ricordando le sfide demografiche che si prospettano per i prossimi anni, con uno spostamento sempre più massiccio verso le città. "Per vincere queste sfide - ha sottolineato - è necessario fare squadra. I Comuni, le Regioni, il ministero della Salute. E avere una prospettiva europea".

Scienza, le news

Droga: con cocaina istinto vince su ragione nel cervello, ecco perché ricadute

Sanità: Siria al collasso, Gemelli e Avsi a sostegno ospedali

Ricerca: gli Usa celebrano il talento (precario) degli under 40 italiani

Genetica: Polizia, nasce la banca dati italiana del Dna

Animali in città, la spesa pubblica è di oltre 245 mln

Dalle città d'arte alle metropoli, tutti i volti (e i costi) della raccolta differenziata

Pediatria: da Roma clownterapia in tour per bimbi ricoverati

Droga: la musica contro le dipendenze, progetto a Napoli per 'under 35'

Droga: 3 mila giovani nei Sert Campania, convegno su prevenzione dipendenze

Salute: lo studio, colpi di testa calciatori legati a danni cerebrali

HairClinic



Trapianto capelli, non è più la prima scelta, perché?

Panorama Academy



La scuola online che crea eccellenze

Ebook gratis



Operare sicuri in rete: scarica gratis l'ebook

DVD in edicola



Warcraft - L'inizio di Duncan Jones

Dalle indicazioni del Manifesto, intanto, è nata una Risoluzione *HiQPaJ Evaluation 02/16/2017* presentata in Commissione Affari sociali della Camera dalla vicepresidente Daniela Sbröllini, e già firmata anche dal presidente della Commissione parlamentare Mario Marazziti, per impegnare anche le nostre istituzioni a politiche a favore della salute nelle città. Un impegno per il quale "serve trovare risorse, perché si possa concretizzare", ha detto la parlamentare impegnandosi sul tema.

© Riproduzione Riservata

PANORAMA

News Sport Economia Mytech Musica Cinema Televisione Cultura Scienza Società Magazine Blog Foto
Video Archivio Icon

Segui     



ABBONATI
IN EDICOLA

Condizioni di partecipazione · Scrivici · Gruppo Mondadori · Pubblicità · Note Legali · Privacy Policy · Cookie Policy · Codice di autoregolamentazione
© 2008 Arnoldo Mondadori Editore Spa - riproduzione riservata - P.IVA 08386600152



Ecco che cosa prevede la proposta di un gruppo trasversale per legalizzare lo spinello, ostacolata in commissione con 1.300 emendamenti. Resta l'interdizione per i minori, unica sanzione il sequestro

Dose fino a 5 grammi e uso medico la legge che le Camere non vogliono

CATERINA PASOLINI

PERCHÉ UNA NUOVA LEGGE?

Presentata dall'onorevole Benedetto della Vedova e firmata da 220 deputati e senatori, dal Pd a M5S, da Sinistra Italia a Forza Italia, propone di cambiare la situazione. Il tutto dopo che nel 2014 la legge Fini-Giovanardi in materia di droga è stata bocciata in alcune parti dalla Corte Costituzionale. La proposta riguarda unicamente la cannabis.

PERCHÉ È FERMA DA MESI?

Dopo essere stata calendarizzata per il luglio scorso, a ottobre la proposta è tornata in commissione dove rischia di impantanarsi sotto il peso di oltre 1300 emendamenti. Presentati non solo dai centristi, in testa Ncd e Lega, ma anche da parte del Pd, da dove sono arrivate proposte di modifica che hanno spinto al ritorno in commissione. A novembre un'inedita alleanza Pd-Lega ha bloccato in Commissione bilancio il tentativo di Sinistra italiana di introdurre la legalizzazione nella manovra finanziaria. Ora si pensa che viste le divisioni interne anche alla stessa maggioranza l'unica via sia lo spacchettamento, cominciando a discutere la legalizzazione per i malati.

CHI PUÒ FUMARE CANNABIS?

Secondo la proposta di leg-

ge è legale consumarla solo per i maggiorenni. Si possono tenere 5 grammi fuori casa e fino a 15 nella propria abitazione senza doverne attestare la provenienza. È punito lo spaccio, sempre.

È LEGALE COLTIVARLA?

Il ddl prevede fino a un massimo di 5 piante a persona, bisogna inviare una comunicazione all'Ufficio regionale dei Monopoli, non c'è bisogno di autorizzazione. I dati trasmessi sono inseriti tra quelli sensibili del codice della privacy e non possono essere acquisiti o diffusi. Si può coltivare con altri costituendo associazioni senza scopo di lucro fino a un massimo di 50 soci

SE UN MINORE LA USA?

Se venisse approvata la legge, a un minore sorpreso con cannabis per uso personale, la droga verrebbe sequestrata. Per lui nessuna sanzione penale o amministrativa.

DOVE SI PUÒ CONSUMARE?

La legge che attende di essere discussa lo consente solo in spazi privati, sia al chiuso che all'aperto. Ovviamente se si fuma non si guida.

DOVE SI POTRÀ COMPRARE?

L'agenzia delle Dogane e dei Monopoli secondo la proposta potrà autorizzare privati a coltivare e vendere cannabis in locali tipo i coffee shop prevedendo una tracciabilità

del prodotto.

QUANTO SI SPENDERÀ PER LA PREVENZIONE?

Il ddl prevede che i soldi della vendita legale della cannabis siano destinati per il 5% al finanziamento dei progetti del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga. Inoltre, i proventi delle sanzioni amministrative per chi viola la legge sono destinati a interventi informativi, educativi, preventivi, curativi e riabilitativi, realizzati dalle istituzioni scolastiche e sanitarie.

QUALI SONO LE SANZIONI?

Per chi viola la legge la proposta prevede: da 100 a 1000 euro di multa per i singoli e da 500 a 5000 per i cannabis social club. La cessione gratuita verrebbe depenalizzata.

COSA PREVEDE PER I MALATI CHE NE HANNO BISOGNO?

La proposta di legge apre all'autoproduzione a fini terapeutici e consente la detenzione per finalità di cura oltre i limiti previsti, purché indicati nella prescrizione medica.

©IPRODUZIONE RISERVATA



Brexit, task force per attrarre investitori a Milano

di **Maurizio Giannattasio**

MILANO Il governo punta tutte le sue carte su Milano per il post Brexit. Lo dice il ministro degli Esteri, Angelino Alfano: «Milano deve diventare la capitale del post Brexit». Lo sottolinea il ministro dell'Economia, Piercarlo Padoan: «Abbiamo avviato una task force tra governo, Milano, Consob, Bankitalia e Agenzia delle Entrate per cogliere al meglio tutte le opportunità post Brexit». Primo obiettivo: portare nel capoluogo lombardo l'Ema, l'Agenzia del farmaco. «Presenteremo il dossier entro il 15 marzo — ha detto il sindaco di Milano, Beppe Sala —, la decisione arriverà prima dell'estate». Corollario: allargare il campo a tutte le istituzioni finanziarie, aziende e head quarter che nei prossimi mesi dovranno abbandonare il suolo di Albione e scegliere una nuova sede all'interno della Ue. Nasce il patto tra Milano e l'esecutivo. Facilitazioni fiscali (già contenute nella legge di bilancio e valide per tutto il territorio italiano), pacchetti specifici per chi deciderà di sbarcare a Milano (dalla scuola alla sanità). Un'operazione di sistema, visto

che ieri a Palazzo Marino, casa del Comune di Milano, era presente gran parte del mondo pubblico e privato italiano. Dal presidente di Assolombarda, Gianfelice Rocca, al presidente di Consob, Giuseppe Vegas, dal presidente emerito di Intesa Sanpaolo, Giovanni Bazoli a l'ad di Unipol, Carlo Cimbri, dal presidente di Fondazione Cariplo, Giuseppe Guzzetti alla direttrice dell'Agenzia dell'Entrate, Rossella Orlandi. Una scommessa che sembra replicare il «patto per Milano» firmato dall'allora premier Matteo Renzi. «Milano — ha detto Padoan — è uno dei luoghi in Italia dove il processo di riforme strutturali che il governo ha portato avanti funziona meglio». Alfano: «Milano ha tutta la bellezza dell'Italia ma non ha alcuni limiti del Paese». Frasi che stampano un sorriso sul volto di Sala. Che però non si nasconde le difficoltà: «Il dossier di Amsterdam su Ema è fatto bene, ma Amsterdam ha già molto. Una città molto ambiziosa e che consideriamo importante è Vienna». Attenzione a Copenaghen.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FEDERFARMA: VIETATO IL COMMERCIO DEI FARMACI SENZA RICETTA

Cyber-farmacie, sono 452 quelle autorizzate per le vendite sul web

LA FORMULA STA PRENDENDO PIEDE IN PIEMONTE LOMBARDIA E CAMPANIA. MENTRE L'IDEA NON SEMBRA ANCORA AVER CONVINTO I FARMACISTI CALABRESI E TARENTINI

Dai libri agli abiti l'acquisto in un click conquista sempre più italiani, e oggi è possibile comprare online anche i farmaci. Ma se le insidie del web sono ben note - il 90% dei medicinali acquistati da canali non autorizzati è contraffatto, cioè non contiene il principio attivo, lo contiene in un dosaggio diverso da quello indicato, o presenta problemi di conservazione - in Italia si possono fare compere online da farmacie "doc". La legge consente infatti alle farmacie, e agli altri esercizi abilitati alla vendita dei "senza ricetta" (parafarmacie e Gdo), di dispensare online questi prodotti. E sono ormai 452 le farmacie autorizzate per la vendita sul web in tutta Italia, o quasi. E' quanto emerge dalla mappa realizzata dall'AdnKronos Salute sulla base dei dati del ministero di Lungotevere Ripa. A scommettere su questa formula sono soprattutto farmacisti piemontesi, lombardi e campani. Mentre l'idea non sembra ancora aver convinto i colleghi calabresi e trentini. Infatti oggi le cyber-farmacie autorizzate sono presenti in Abruzzo (2), Basilicata (2), Campania (56), Friuli Venezia Giulia (6), Emilia Romagna (44), Lazio (44), Liguria (9), Lombardia (66), Marche (13), Molise (1), Piemonte (76), Provincia autonoma di Bolzano (3), Puglia (22), Sardegna (18), Sicilia (19), Toscana (23), Umbria (11), Valle d'Aosta (2) e Veneto (35). Niente cyberfarmacie, per il momento, in Calabria e Provincia autonoma di Trento. «La vendita a distanza dei farmaci con obbligo di ricetta resta vietata», ricorda Federfarma, mentre le farmacie online "doc" sono riconoscibili dalla presenza, sul sito, del logo comune approvato dalla Commissione europea. Inoltre tutti i siti doc devono rimandare al portale del [ministero della Salute](#), dove sono fornite anche indicazioni e avvertenze sull'acquisto online. Ma cosa fare per ordinare i farmaci? Basterà collegarsi al sito della singola farmacia, riconoscibile dal logo comune europeo e presente nella lista del ministero. La farmacia è responsabile della vendita e non la domanda ad altro soggetto.



Dir. Resp.: Maurizio Molinari

LA SENTENZA

Si all'import
di farmaci
per l'epatite C

Paolo Russo ALLE PAGINE 10 E 11

Portò farmaci dall'India Il tribunale gli dà ragione “Lo fece per salvarsi”

La sentenza storica su un pensionato affetto da epatite

La storia

PAOLO RUSSO
ROMA

La breccia aperta da Roberto Orazio Del Bo, settantenne pensionato milanese affetto da epatite C, promette di abbattere per milioni di pazienti il muro che impedisce di accedere alle pillole d'oro che curano quel che prima era incurabile. Ma solo per i pochi casi più gravi che lo Stato può permettersi di trattare a costi esorbitanti. Forche caudine sotto le quali oggi devono passare i malati di epatite C, domani anche quelli di cancro, Parkinson o Alzheimer se non si troverà un modo di calmierare i prezzi imposti da big-pharma.

La storia del signor Del Bo è presto detta. Nel 2014 scopre di aver contratto il virus dell'epatite C. Ma all'Ospedale Maggiore di Milano lo rassicurano: «La malattia è allo stato iniziale, non dà preoccupazione». Nel maggio del 2016 la situazione precipita. «Sto male, una stanchezza cronica che arriva a farmi addormentare ai semafori», racconta Del Bo. Poco dopo l'ospedale gli prescrive la terapia a base di Sofosbuvir, l'antivirale che in 12 settimane eradica il virus. Peccato che per acquistare l'intera terapia occorra staccare un assegno da 74mila euro. Lo Stato la rimborsa, ma solo ai pazienti giunti all'ultimo stadio della malattia.

Del Bo fortunatamente non rientra in quei parametri. Allora trova una via di fuga. All'estero. Su un sito indiano, dove la Gilead che ha il brevetto vende a soli 700 dollari, acquista l'intera terapia a 2.500 euro, spese di spedizione incluse. Trenta volte meno il prezzo praticato in Italia. Ma il 6 giugno del 2016 la Procura di Roma blocca e sequestra alla dogana di Ciampino il pacco con le pillole salvavita. «Immissione nel territorio italiano di medicinali privi della relativa autorizzazione», motiva il magistrato citando una legge del 2006. Del Bo rischia una condanna da sei mesi a un anno e un'ammenda tra 10mila e 100mila euro.

Ma non si dà per vinto. Parte per l'India a sue spese e si fa curare direttamente lì per soli 600 euro. Nel frattempo presenta ricorso e il Tribunale del riesame di Roma gli dà ragione: «Il reato - scrive il giudice - è solo quello di chi importa medicinali senza autorizzazione per metterli in commercio». Mentre è lecito importare farmaci «a chi ne fa uso personale».

Il sequestro è annullato. Una decisione che potrebbe aprire un altro varco per chi vuole curarsi senza aspettare che la malattia digrigni i denti. Uno scenario non privo però di interrogativi. Come quelli che pongono i medici di famiglia della Fimmg. «La pronuncia - spiega il Segretario nazionale della Federazione, Silvestro Scotti - rischia di scatenare una corsa all'automedicazione per

patologie importanti, che richiedono invece massime garanzie cliniche sia sull'autenticità dei medicinali, acquistati magari on line, che sulla loro modalità di somministrazione». «Per questo - afferma Scotti - avvieremo da subito tra i nostri iscritti una specifica formazione sull'uso corretto dei farmaci innovativi compreso quello per l'epatite C, in modo da poter dare indirizzi ai nostri assistiti, sia rispetto a prodotti contraffatti, sia per l'interazione con altri farmaci in uso, che potrebbero creare scompensi nel paziente».

Ma i medici di famiglia si candidano anche a prescrivere le centinaia di farmaci sottoposti a «piani terapeutici», fino ad oggi mutuabili solo con ricetta dello specialista. Un sistema che costringe malati cronici e affetti da patologie gravi a saltare dallo studio del proprio dottore di fiducia a quello del medico specialista. Il tutto con esborso del super-ticket da 50 euro dovuto sulla visita di quest'ultimo. Una corsa ad ostacoli alla quale la stessa Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, aveva annunciato di voler porre fine avviando una sperimentazione con i medici di famiglia, «che solleciteremo a breve nell'incontro in programma con l'Agenzia», assicura Scotti, nella speranza che serva a semplificare la vita a 10 milioni di pazienti.

© BY NC ND AL CUNI DIRITTI RISERVATI



FINE DI UN'EPOCA

La chirurgia plastica va in pensione «È troppo costosa»

In Inghilterra gli interventi sono scesi del 40%, in Italia si osserva la stessa tendenza. Meglio i filler, economici e poco invasivi

di **CATERINA BELLONI**

■ La chirurgia estetica in Gran Bretagna non va più di moda. Ad annunciarlo è la Baaps (la British association of aesthetic plastic surgeons), che è l'associazione di riferimento per il Regno Unito. Secondo le statistiche nel 2016 si è registrato un crollo, con gli interventi che sono diminuiti del 40% circa rispetto al 2015, raggiungendo quota 31.000 ritocchi eseguiti, contro i circa 51.000 dell'anno precedente. A determinare il risultato, secondo l'ex presidente Baaps Rajiv Grover, non è tanto la decisione degli inglesi di accettarsi per come sono ma la situazione politico economica incerta, tra crisi, Brexit e terrorismo. A suo dire la gente sceglie trattamenti meno costosi.

AFFARE DA DONNE

A perdere posizioni nell'ideale classifica degli interventi preferiti è stata soprattutto la blefaroplastica, che punta a ringiovanire il viso, cancellando le zampe di gallina e le palpebre cadenti. Invece vanno sempre forte gli interventi al seno e si è registrata una lieve ripresa delle operazioni per ridurre il grasso e tonificare la pancia negli uomini. Più in generale i dati confermano che in Gran Bretagna la chirurgia plastica è un affare da donne con 28.341 signore che

hanno chiesto un «ritocco» lo scorso anno, mentre solo 2.409 uomini si sono affidati a questo tipo di cambiamento per migliorare il loro aspetto. Per le donne la plastica al seno resta un «must», anche se si è registrata una flessione pari al 20%, mentre gli uomini si affidano al chirurgo per sistemare il naso.

A resistere al crollo sono solo gli interventi non chirurgici, come botulino e filler, anche se i responsabili della Baaps precisano che spesso in questo settore esiste una certa *deregulation* e si finisce per correre dei rischi.

FENOMENO DIFFUSO

Il quadro inglese, peraltro, sembra ricalcare abbastanza bene anche la situazione italiana. «Per noi è troppo presto per disporre dei dati relativi al 2016», dice Paolo Palombo, presidente della Sicpre, la Società italiana di chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica, che raccoglie l'80% degli specialisti del nostro Paese. «Peraltro, a proposito di numeri relativi al mercato italiano, noi riteniamo affidabili solo quelli forniti dall'International society of aesthetic plastic surgery, associazione che riunisce quasi 3.000 chirurghi plastici certificati in 95 Paesi, tra cui l'Italia». In attesa dei dati relativi al 2016, comunque, la Sicpre ricorda che da anni in Italia si sta registrando un trend in diminuzione per quanto riguarda la chirurgia estetica, alla luce della condizio-

ne economica del Paese. «Se si va meno dal dentista», fa notare Palombo, «come si può pensare che non si vada meno dal chirurgo plastico?».

NUOVE RICHIESTE

Anche in termini di cambio delle richieste del mercato, la situazione italiana rispecchia quella britannica. «In momenti di crisi, il fattore economico è più che mai determinante», sottolinea Palombo, «e questo spiega la sostanziale tenuta della medicina estetica, che permette di affrontare alcuni inestetismi a un costo molto meno elevato, seppur a fronte di un risultato temporaneo, per esempio con filler e infiltrazioni di botulino».

POTENZIALI RISCHI

Una seduta di questo genere contro le zampe di gallina intorno agli occhi può costare intorno ai 500 euro. I solchi dovuti al tempo e alle espressioni del viso si ripianano, ma c'è anche un effetto di paralisi temporanea del muscolo del sopracciglio, che risale e finisce per dare un tono generale a livello di palpebra. A un quinto del costo di una blefaroplastica, che peraltro richiede anestesia, intervento, medicazioni e a volte può comportare dei rischi, come è accaduto nel 2015 a una donna di Lodi, Maria Angela Lavrognà, che è morta a seguito di questa operazione (due chirurghi e un anestesista che hanno realizzato l'intervento solo pochi giorni



fa sono stati condannati a pene fino a 2 anni e 8 mesi di reclusione per omicidio colposo).

Anche in Italia continua a essere richiesto l'intervento di mastoplastica additiva. «Avere un seno più grande è il sogno irrinunciabile di molte donne», dice ancora Palombo, «e per realizzarlo la medicina estetica non fornisce un'alternativa praticabile».

FINANZIAMENTI

Quindi per quello una donna, anche in tempo di crisi, è disposta a raggranellare i risparmi e a spendere oltre 5.000 euro. Magari pagando a rate, visto che in molte cliniche ormai è diventato possibile farlo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DÉBÂCLE

30.750

Il numero di interventi estetici fatti nel 2016 in Gran Bretagna.

2.409

Il numero di interventi eseguiti sugli uomini inglesi, scesi del 47,8% nel 2016.

-20%

Il calo del numero di mastoplastiche additive, l'intervento più richiesto dalle donne. In Gran Bretagna nel 2016 ne sono state fatte 7.732.

-35%

Il calo del numero di rinoplastiche, l'intervento più popolare fra gli uomini. In totale in Gran Bretagna nel 2016 ne sono state fatte 529.

-71%

Il calo del numero di lifting alla fronte fatti in Gran Bretagna nel 2016.

5.000

Gli euro del costo medio di una mastoplastica additiva in Italia.