



RASSEGNA STAMPA

29-09-2017

1. LA VERITA' Ogni giorno in 1.000 si ammalano di cancro
2. HUFF POST Aveva detto di essere guarita dal cancro grazie alla dieta vegetariana
3. FARMACISTA 33 Integratore combatte progressione del tumore alla prostata
4. HEALTH DESK Divieto di fumo assoluto per i pazienti con Hiv
5. LIBERO QUOTIDIANO Di amore orale si può anche morire
6. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Malati cronici ora la legge per chi assiste
7. GIORNO - CARLINO - NAZIONE Int. a Maurizio Sacconi - «Ora c'è il testo unico Bisogna chiudere entro la legislatura»
8. ADN KRONOS Ema: lo studio, con trasloco rischio ritardi in approvazione farmaci
9. REPUBBLICA Agenzia Ue del farmaco Milano fra le top five per conquistare la sede
10. PANORAMA SANITA' Ministero della Salute: Ecco gli obiettivi strategici della politica sanitaria per il 2018
11. ITALIA OGGI Cannabis a rilento
12. REPUBBLICA VENERDI Il rapporto tra migranti e malattie infettive? I numeri dicono: nessuno
13. GIORNALE Muore a 13 anni per meningite Profilassi nella scuola

Ogni giorno in 1.000 si ammalano di cancro

Nel 2017 in Italia si sono registrati 370.000 nuovi casi, 3.000 in più rispetto all'anno scorso. Più colpito il Nord del Sud, dove però si sopravvive di meno dopo la diagnosi. Il più letale è il tumore al polmone, seguito da colon-retto, mammella, pancreas e stomaco

*Dal 2010 il numero dei lungoviventi è cresciuto del 24%
C'è la necessità di terapie sempre più integrate e di uno screening capillare*

di **UMBERTO TIRELLI**

■ Nell'ultimo anno vi è stato un incremento di 3.000 nuovi casi di cancro in più rispetto all'anno precedente e la cifra complessiva è di 370.000 nuovi casi di tumore in Italia, prevalentemente fra gli uomini (192.000) rispetto alle donne (177.000), circa 1.000 nuovi casi al giorno. Questi sono i dati che provengono dallo studio dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) in collaborazione con l'Associazione italiana registri tumori (Airtum) e della Fondazione Aiom, presentato qualche giorno fa al ministero della Salute. Se si avessero corretti stili di vita e si evitasse il fumo, l'abuso di alcol, diete scorrette e sedentarietà, si potrebbe ottenere una riduzione del 40% dei tumori che oggi registriamo.

Comunque, complessivamente, nelle donne vi è un incremento del 49% in dieci anni dei tumori del polmone, a causa del fumo di sigaretta sempre più diffuso nel sesso femminile. Cresce invece sia negli uomini che nelle donne il cancro del pancreas, della tiroide e il melanoma. Oggi vivono 3,3 milioni di cittadini dopo la diagnosi di tumore, addirittura il 24% in più rispetto al 2010, anche se di questi pazienti circa la metà si può considerare lungovivente o guarita mentre l'altra me-

tà vive, ma con malattia da curare. Dal censimento emerge che la malattia colpisce più al Nord della penisola, ma al Sud si sopravvive di meno.

I più frequenti nel 2017 sono stati i tumori del colon-retto (53.000 nuovi casi), della mammella (51.000 casi, in crescita soltanto nelle fasce di età dove si è avuto un ampliamento dello screening, cioè fra i 45 e i 49 anni e nelle over 70), del polmone (41.800 casi), della prostata (34.000 casi) e della vescica (27.000 casi). Tali neoplasie, secondo l'Istat, rappresentano la seconda causa di morte (29% di tutti i decessi) dopo le patologie cardiocircolatorie (37%). Il tumore che ha fatto registrare nel 2014 il maggior numero di decessi è quello del polmone (33.386) seguito dal colon-retto (18.671), mammella (12.330), pancreas (11.186) e stomaco (9.557).

Tra le priorità per salvare molte vite, c'è la necessità di terapie sempre più integrate, aggiungendo anche l'immunoterapia e le terapie target alla chemioterapia chirurgica e radioterapia e la diffusione degli screening su base nazionale. La sopravvivenza a 5 anni nelle donne raggiunge il 63% migliore rispetto a quella degli uomini (54%), in gran parte determinata dal tumore della mammella, la neoplasia più frequente fra le donne italiane, caratterizzata complessivamente da una buona prognosi (qui la sopravvivenza è dell'87%).

Infine, resta una priorità aderire alle campagne di screening e vaccinazione per prevenire alcune forme tumorali. Nel mondo il ruolo delle infezioni croniche è considerato responsabile del 16% di tutte le neoplasie, mentre in Italia si considera responsabile soltanto dell'8,5%.

Nel nostro Paese, tra i tumori dovuti ad agenti infettivi l'*helicobacter pylori* è causa del 42%, il virus dell'epatite B

e C del 35%, il virus del papilloma umano del 90% rispettivamente nei tumori dello stomaco, del fegato e del collo dell'utero. Nel complesso quasi 4.400 casi ogni anno sono riconducibili all'Hpv, che si trasmette per via sessuale ed è frequente soprattutto con i primi rapporti nell'adolescenza. Oggi è possibile evitare del tutto il virus del papilloma umano cancerogeno, vaccinandosi ed eliminando quindi i tumori del collo dell'utero, ma anche quelli dell'ano, del pene, della vulva e della tonsilla (il 30% di quest'ultimo è causato da questo virus).

Va ricordato che è possibile attuare una politica di prevenzione attraverso i test genetici, in particolare in quei pazienti che sappiamo possono albergare dei rischi per sviluppare tumori della mammella e dell'ovaio, tumori del colon, tumori della prostata, attuando un semplice test genetico sulla saliva oggi ampiamente disponibile e meno costoso rispetto al passato, anche alla clinica Mede di Sacile (Pordenone) dove si effettuano test genetici sulla saliva non solo per valutare la predisposizione ai tumori, ma anche a patologie come le malattie cardiovascolari e l'Alzheimer giovanile. È anche possibile individuare la terapia antitumorale più efficace con un singolo test oncologico di precisione, in collaborazione con il laboratorio di oncologia Uk situato a Cambridge, Gran Bretagna.

www.umbertotirelli.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

Aveva detto di essere guarita dal cancro grazie alla dieta vegetariana, blogger condannata a una multa da 410 mila dollari

Belle Gibson aveva guadagnato circa 500 mila dollari in seguito al suo annuncio, grazie alla vendita di un libro e di un'app

Aveva annunciato di essere affetta da un tumore al cervello, poi di essere riuscita a sconfiggerlo grazie ad una dieta alimentare vegetariana e infine, dopo due anni, di essersi inventata tutto (malattia compresa). Ma ora la corte di giustizia australiana dello stato di Victoria ha comminato alla blogger e modella [Belle Gibson](#) una [multa di 410 mila dollari](#).

La bugia, del resto, ha fruttato alla 25enne australiana un patrimonio di circa 500 mila dollari grazie alla vendita (andata benissimo) del suo libro di cucina, *The Whole Pantry*, e ai ricavi di un'app (omonima) in cui spiegava i segreti della sua dieta miracolosa e i principi per seguire uno stile di una vita sano.

Era stata la stessa Belle a confessare che tutto altro non era che una grande menzogna, nel corso di un'intervista al magazine locale [Women's Weekly](#), in cui comunque si rifiutava di chiedere di scusa alle centinaia di migliaia di persone che le avevano creduto, sperando magari di guarire dal cancro semplicemente grazie a una dieta.

La blogger aveva inoltre annunciato di voler devolvere in beneficenza gran parte dei suoi guadagni, anche se nei fatti non un centesimo è stato speso per questo nobile scopo.

L'ammissione che si trattava solamente di una montatura, ovviamente, le era poi costato il tracollo finanziario, la cancellazione di tutti i suoi profili social (su Instagram era arrivata a contare circa 200 mila follower) e il ritiro dal mercato di libro e app.

Quindi era arrivato il procedimento giudiziario, proprio perché la Gibson non aveva versato neanche una minima parte degli introiti del libro e dell'applicazione in beneficenza, di fatto ingannando i consumatori che li avevano comprati (anche) per aiutare i più bisognosi.

La corte di Melbourne [ha discusso per mesi](#) per decidere la giusta condanna da infliggere alla 25enne, in quanto l'accusa aveva chiesto un risarcimento allo Stato pari a 1,1 milione di dollari. La decisione di fissare la cifra a 410 mila dollari è arrivata dopo l'analisi della situazione economica della blogger: non avrebbe potuto pagare una cifra così alta. Belle non era presente in aula al momento della lettura della condanna civile.

<http://www.farmacista33.it/>

Integratore combatte progressione del tumore alla prostata



Broccoli, curcuma, the verde e melograno opportunamente combinati possono aiutare a combattere il cancro alla prostata. È quanto emerge da uno studio condotto da ricercatori del Cambridge University Hospital e presentato a Milano alla conferenza stampa di lancio di un nuovo integratore, Pomi-T il suo nome commerciale, che aiuta a prevenire la progressione del tumore alla prostata. A coordinare il team di ricerca il prof. **Robert Thomas**, presente alla conferenza stampa milanese organizzata da Garsopharma, azienda che distribuisce l'integratore prodotto da Helsinn Integrative Care, in Italia. Thomas nel corso della conferenza stampa ha evidenziato il ruolo centrale dei polifenoli per le loro proprietà curative e preventive dovute all'attività antiossidante e fitoestrogenica. Lo studio, presentato al convegno Asco a Chicago, durato sei mesi ha coinvolto 203 adulti maschi tutti con il cancro alla prostata. I pazienti sono stati divisi in due gruppi: uno trattato con estratto di melograno, curcuma, the verde e broccoli, l'altro trattato con placebo. Tutti hanno assunto una capsula al giorno con gli ingredienti di destinazione. Dopo sei mesi i ricercatori hanno trovato che i livelli di PSA erano inferiori del 63% tra coloro che assumevano capsule contenenti essenza di melograno curcuma, the verde e broccoli rispetto a quelli del gruppo placebo. Un risultato clinicamente significativo, concludono gli autori, che evidenziano come siano necessari ulteriori studi per approfondire l'effetto delle capsule.

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

Divieto di fumo assoluto per i pazienti con Hiv. Si rischia di morire di cancro ai polmoni più che di Aids

Le persone sieropositive oggi vivono abbastanza a lungo da sviluppare il tumore. Colpito 1 su 3



I pazienti fumatori con Hiv hanno una probabilità da 6 a 13 volte maggiore di morire per il cancro che a causa delle complicanze dell'Aids

È la cosa giusta da fare per tutti. Smettere di fumare è la prima regola da seguire per proteggere la salute e vivere più a lungo. Vale ancora di più per i pazienti con Hiv in terapia con i farmaci antiretrovirali. Perché, secondo quanto riporta [un nuovo studio pubblicato su JAMA Internal Medicine](#), i fumatori sieropositivi che assumono i farmaci per tenere sotto controllo il virus rischiano 10 volte di più di morire di un cancro ai polmoni che a causa delle complicanze dell'Aids.

La buona notizia, dicono gli autori dell'articolo, è che le persone con Hiv ora vivono più a lungo: un ragazzo di vent'anni che inizia una cura con farmaci antiretrovirali oggi ha almeno altri quarant'anni di vita davanti a se. La cattiva notizia, però, è che le persone che hanno contratto il virus vivono

abbastanza per ammalarsi di cancro.

«In passato - dice Krishna Reddy, a capo dello studio - molte persone non vivevano abbastanza a lungo da affrontare le conseguenze del fumo. E il tabacco di conseguenza non veniva comunemente considerato come una minaccia per la salute».

Il 40 per cento dei pazienti con Hiv che non vuole rinunciare alle sigarette condivide la stessa giustificazione, che suona più o meno così: ho già un problema di salute, sarà quello a uccidermi, che importanza può avere se fumo?

Reddy e i suoi colleghi hanno realizzato un modello matematico per calcolare il rischio di cancro ai polmoni tra persone con Hiv tenendo in considerazione una serie di fattori tra cui il numero di sigarette consumate ogni giorno. Nel caso dei fumatori con Hiv si sommano due processi infiammatori deleteri per i polmoni, uno provocato dal virus e l'altro dal tabacco. «Mettendo insieme le due cose il rischio diventa molto alto - avvertono i ricercatori».

Grazie al nuovo modello computazionale gli scienziati hanno dimostrato che il 25 per cento dei pazienti sottoposti a terapia che continua a fumare morirà di cancro ai polmoni. I più a rischio sono i forti fumatori: il 30 per cento di questi andrà incontro al tumore. In generale i pazienti fumatori con Hiv che seguono la terapia antivirale hanno una probabilità da 6 a 13 volte maggiore di morire per il cancro che a causa delle complicanze dell'Aids.

«Risulta che il cancro del polmone è oggi una delle principali cause di morte per le persone con Hiv - afferma Reddy - in particolare tra coloro che sono in terapia».

Smettere di fumare però può cambiare le statistiche in maniera significativa: solamente l'8 per cento dei forti fumatori che abbandona il vizio entro i 40 anni è destinato a morire di cancro ai polmoni e le percentuali sono ancora più basse nel caso di fumatori moderati o saltuari.

«Penso che le cliniche e i centri che si prendono cura dei pazienti con Hiv - dice Norman Edelman dell'American Lung Association - dovrebbero aggiungere l'abbandono del fumo alle strategie terapeutiche. È tanto importante quanto la corretta alimentazione e la protezione da altre infezioni».

Ogni anno 10mila nuovi casi di cancro alla bocca

DI AMORE ORALE SI PUÒ MORIRE

Il rischio del cancro alla bocca

**Di amore orale
si può anche morire**

Il papilloma virus può causare il tumore attraverso i rapporti sessuali

di **MELANIA RIZZOLI**

Di sesso orale si può anche morire. L'incredibile allarme viene lanciato dalla Fondazione Irccs, Istituto Nazionale Tumori, che rende pubblico il notevole incremento di insorgenza dei tumori maligni nel settore testa-collo, denunciando oltre 10mila nuovi casi all'anno in Italia, la maggioranza dei quali arriva alla diagnosi troppo tardi, (...)

(...) complicando notevolmente il percorso terapeutico. A tutti noi medici è arrivato un invito a diffondere capillarmente questo messaggio, informando i nostri pazienti, ed in questo caso i nostri lettori, nel modo più chiaro possibile. I carcinomi delle testa e del collo originano dalle cellule epiteliali delle cavità nasali, dei seni paranasali, del faringe (rinofaringe, orofaringe e ipofaringe), delle ghiandole salivari, del cavo orale e del laringe, l'organo che risulta colpito più frequentemente.

I sintomi precoci che devono allarmare sono la comparsa di piccole ulcerazioni, di placche biancastre o rossastre in bocca che non guariscono in pochi giorni, di difficoltà di deglutizione, mal di gola ricorrente, mal d'orecchio o raucedine persistenti, e linfonodi ingrossati a livello del collo. Queste neoplasie si presentano più frequentemente nei soggetti sopra i 40 anni, ed il fumo, i microtraumi delle mucose (da protesi dentarie non fisse), la cattiva igiene orale e l'eccessivo consumo di alcol sono riconosciuti come responsabili. Ma il più importante fattore di rischio è stato confermato essere il temibile papilloma virus, lo stesso agente infettivo che provoca nelle donne il cancro del collo dell'utero, una infezione maligna che si diffonde attraverso i rapporti sessuali. Il contagio da Hpv è attualmente considerato il più importante fattore nella genesi di queste neoplasie, soprattutto del tumore del laringe, ed il primo contatto con tale virus può avvenire durante un unico rapporto ses-

suale con un partner infetto, spesso inconsapevole di esserlo. Il primo a rendere pubblico il suo tumore laringeo e la modalità del suo contagio, è stato l'attore Michael Douglas, il quale lo ha reso noto allo scopo di informare milioni di ragazzi sulla pericolosità della mancata prevenzione e sulla necessità di controlli medici specialistici nei soggetti a rischio.

Le donne portatrici del virus in utero, a lungo asintomatiche, contagiano l'uomo sia a livello genitale, sia a livello orale durante la pratica del cunnilingus, mentre gli uomini portatori del virus nelle mucose del pene, contagiano la donna a livello vaginale, oppure a livello laringeo tramite il sesso orale, quando praticato. Con quest'ultimo le cose si complicano, poiché tale virus, attraverso la saliva, arriva nel cavo orale e poi, con la deglutizione, nel laringe, l'organo della fonazione, dove si insedia attorno alle corde vocali, ed esercita la sua azione indisturbato, protetto dal calore e dall'umidità dell'ambiente. Il Papilloma virus, una volta insediato in questa zona, sviluppa la sua azione infiammatoria acuta, la quale, se non curata, diventa cronica, e dopo pochi anni può indurre la cancerizzazione della zona flogistica. Il cancro del laringe è in aumento in entrambi i sessi negli over 50, e la diagnosi è quasi sempre tardiva, perché i sintomi iniziali sono sfumati, e perché spesso la lieve raucedine che insorge viene incautamente attribuita, dal paziente stesso, al solo vizio del fumo e considerata quindi non degna di un accertamento medico.

Fortunatamente oggi, sulla quasi totalità delle nostre adolescenti, viene praticata la vaccinazione contro l'infezione da Hpv, il primo vaccino in assoluto ad azione antitumorale, che viene somministrato verso i dodici anni, cioè prima dell'inizio dell'attività sessuale, e tutte le ragazze stanno quindi lentamente diven-

tando immuni da molti ceppi di questo virus; mentre invece tutte le donne sopra i trent'anni, che in passato non sono state protette dal vaccino, dovrebbero, almeno una volta nella loro vita, eseguire il test Hpv diagnostico, uno specifico e semplice pap-test, per sapere con precisione se risultano contagiate dal virus, e se devono quindi ricorrere al vaccino, poiché l'infezione curata per tempo di solito guarisce senza gravi conseguenze. Infatti, un tumore laringeo diagnosticato in uno stadio precoce, può raggiungere un tasso di sopravvivenza anche del 90%, mentre i numeri cambiano se lo stadio è invece avanzato, perché purtroppo il 60% di questi pazienti non supera i cinque anni. Il problema restano gli uomini, ed attualmente negli Stati Uniti si è iniziato a praticare il vaccino non obbligatorio contro l'Hpv anche sui giovani maschi prima del quattordicesimo compleanno, proprio per cercare di eliminare in futuro, con una vaccinazione di massa, qualunque possibilità di contagio e diffusione di questo virus, che potrebbe essere debellato definitivamente nel giro di 20 anni.

Oggi i pazienti con una patologia allo stadio iniziale sono trattati con una rimozione chirurgica del tumore non demolitiva, dal collo dell'utero, dal pene e dal laringe, solitamente eseguita solo con un raggio laser, e spesso dopo tale intervento sono considerati guariti. La malattia si può sviluppare a tutte le età, quando gli strati superficiali delle mucose



vaginali, peniene e laringee sviluppano una mutazione cellulare maligna, e quando compaiono i sintomi spesso significa che il cancro è già in fase di sviluppo avanzato. Alcuni tipi di papilloma virus, inoltre, provocano le note verruche genitali, che compaiono nella vagina, sul pene, attorno all'ano e nella profondità della gola, e che possono essere piatte, in rilievo o a grappolo: non necessariamente si trasformano in tumore, ma indicano il contagio virale, il contatto sessuale con un partner infetto, e quindi è sempre consigliabile la loro rimozione.

La maggior parte dei pazienti affetti dall'Hpv non presenta sintomi né problemi di salute ad esso collegati, per cui è quasi impossibile capirlo durante un rapporto sessuale, e nella maggior parte dei casi il nostro sistema immunitario distrugge il virus. Ma quando alcuni ceppi dello stesso sono più resistenti e sviluppano il cancro, questo rimane asintomatico a lungo, finché non è in fase avanzata, per cui è fondamentale sottoporsi regolarmente a esami di screening, utili a diagnosticare la malattia nella fase iniziale. A meno che non si decida di seguire l'unica prevenzione certa al 100%, ovvero l'astinenza, modalità di certo sicura e affidabile, ma altrettanto sicuramente difficile da perseguire e certamente molto meno divertente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SCHEDA

L'ALLARME

La Fondazione Irccs, Istituto Nazionale Tumori, che rende pubblico il notevole incremento di insorgenza dei tumori maligni nel settore testa-collo, denunciando oltre 10mila nuovi casi all'anno in Italia, la maggioranza dei quali arriva alla diagnosi troppo tardi, complicando notevolmente il percorso terapeutico.

I SINTOMI

I sintomi precoci che devono allarmare sono la comparsa di piccole ulcerazioni, di placche biancastre o rossastre in bocca che non guariscono in pochi giorni, di difficoltà di deglutizione, mal di gola ricorrente, mal d'orecchio o raucedine persistenti, e linfonodi ingrossati a livello del collo.

MALATI CRONICI ORA LA LEGGE

LA NOSTRA INCHIESTA

Il primo passo è l'accordo sul testo unico per i diritti degli angeli delle cure
L'ex ministro Sacconi:
«Contributi previdenziali per le donne che assistono»

PASSERI e MANCA ■ Alle pagine 2 e 3

Cure in casa malati cronici Legge per chi assiste Corsa contro il tempo



La Ue
è più avanti

In Europa questa figura è riconosciuta da 11 anni
Esiste una rete delle associazioni di categoria

Veronica Passeri

SI PRENDONO cura in modo costante e continuativo, nel contesto di relazioni affettive e familiari, di una persona malata, disabile, invalida o comunque in una condizione di non autosufficienza.

za. Lo fanno tutti i giorni, volontariamente e senza percepire un euro. Sono i *caregivers* familiari - 3,3 milioni in Italia, ma la stima è al ribasso, che vivono insieme alle persone di cui sono gli angeli custodi - per cui si avvicina il riconoscimento legale: la discussione è incardinata al Senato, i disegni di legge erano inizialmente tre ma da ieri è stato adottato un testo unico. In Europa questa figura è riconosciuta giuridicamente già da 11 anni - esiste anche una rete europea delle organizzazioni di categoria e si chiama Eurocarers - con la possibilità di avere contributi per il lavoro di cura, agevolazioni sul prepensionamen-

to e dal punto di vista assicurativo. In Italia siamo al primo passo, ma è una svolta.

PROPRIO ieri la commissione Lavoro e previdenza sociale di Palazzo Madama ha votato un unico testo da adottare che fa una sintesi



delle tre proposte di legge presentate rispettivamente dalla senatrice Laura Bignami, ex Movimento cinque stelle e oggi nel gruppo Misto, da Ignazio Angioni, senatore dem, e da Cristina De Pietro, esponente dei Verdi nel gruppo Misto. La proposta del testo unico è passata a maggioranza in commissione dove ha incassato il voto a favore di tutte le forze politiche ad eccezione dell'astensione del Movimento cinque stelle e di Sinistra italiana.

La legge si occupa innanzitutto di dare una definizione del *caregiver* che è chiunque, nell'ambito di relazioni familiari (entro il secondo grado) o affettive (per le quali si intende il coniuge o anche il partner dell'unione civile tra persone dello stesso sesso e del convivente di fatto) presti assistenza in maniera gratuita e continuativa, volontaria e non professionale, a

una persona in condizioni di non autosufficienza.

Sarà poi lo Stato a chiedere alle Regioni di stabilire le prestazioni, gli ausili, i contributi necessari e i supporti che i servizi socio-sanitari e sanitari si impegnano a fornire, al fine di permettere al caregiver familiare di affrontare al meglio possibile difficoltà o urgenze e di svolgere le normali attività di assistenza e di cura in maniera appropriata e senza rischi per l'assistito e per se stesso. Inoltre l'altra gamba della legge all'esame della commissione prevede che i *caregiver* che assistono un familiare o un partner con disabilità grave o gravissima, per almeno 54 ore settimanali (ivi inclusi i tempi di attesa e di vigilanza notturni), possano avere accesso a eventuali risorse statali. Dovrà essere il governo a stabilire con un decreto i parametri per identificare questa figura e le risorse dovranno essere

individuate dalla legge di bilancio annuale.

SI TRATTA, quindi, di una prima cornice. «Se pensiamo di fare una legge perfetta – spiega il senatore Angioni – questo provvedimento fa la fine che ha fatto in altre legislature. Siamo davanti a una svolta epocale e cercheremo di portare a casa la legge entro la fine della legislatura». La legge è in prima lettura al Senato, poi dovrà passare alla Camera e quindi i tempi sono davvero stretti.

«Non c'erano alternative, opporsi a questo testo significava affossare il lavoro di tutti. Ora spero nel lavoro emendativo che mi troverà agguerrita e più tenace che mai», sottolinea Laura Bignami spiegando che darà battaglia su «contributi figurativi e agevolazione al telelavoro. Ci sono genitori con 30 anni di contributi e figli adulti da accudire che sono stati inghiottiti dalla Fornero! È davvero una cosa assurda».

LA PROPOSTA

Il disegno di legge in discussione definisce chi è un caregiver ①

Deve essere parente dell'assistito entro il secondo grado ②

Può essere anche il partner in un'unione civile o convivente di fatto ③

Deve prestare assistenza in maniera gratuita e continuativa ④

Deve assistere una persona non autosufficiente ⑤

Chi fa il caregiver per almeno 54 ore settimanali può ottenere risorse statali ⑥

L'INTERVISTA MAURIZIO SACCONI

«Ora c'è il testo unico Bisogna chiudere entro la legislatura»



Dovremmo riconoscere flessibilità orarie, accesso al telelavoro, forme di part-time, sconti fiscali

ROMA - Il tempo stringe per la legge sui caregivers, la sfida è di approvarla prima della fine della legislatura. In commissione Lavoro e previdenza sociale al Senato ci si proverà. Il presidente Maurizio Sacconi spiega il senso del provvedimento e non esclude la corsia veloce della sede deliberante.

Qual è l'obiettivo di questa legge?

«Definisce una cornice e crea dei presupposti, conduce fuori dall'anonimato nella quale finora si è svolta una grande realtà riconoscendone straordinaria valenza per la società e per l'economia del Paese. Non dimentichiamo che l'assistenza domiciliare costa un decimo del ricovero ospedaliero e consente di continuare a vivere nel proprio contesto familiare».

Si è giunti a un testo unico rispetto ai tre presentati...

«Sì, con questa proposta lo Stato riconosce il valore sociale ed economico dell'assistenza volontaria gratuita nei confronti di persone che necessitano di assistenza a lungo termine nel contesto di relazioni affettive familiari».

Viene previsto un ruolo delle Regioni...

«Ciascuna Regione deve identificare i caregivers e sostenerne l'attività in modo che l'assistito ne abbia

un ulteriore beneficio. Allo stesso tempo c'è un'attenzione nel prevenire eventuali stress psicofisici dei caregivers».

Sono previste agevolazioni come gli sgravi fiscali?

«Non c'è nulla dal punto di vista delle provvidenze perché non abbiamo le coperture economiche. Sarà la legge di bilancio annuale a definire eventuali misure. Tra quelle possibili: flessibilità orarie, accesso al telelavoro, forme di lavoro part time verticale o orizzontale, lavoro agile. Insieme a questo l'idea di contributi figurativi nei periodi in cui si è prestato il lavoro di cura».

Non è un paradosso che da un lato si alzi l'età pensionabile e dall'altro si riconosca il valore di chi presta il lavoro di cura?

«Dobbiamo parlare soprattutto di donne perché la rigidità europea di pretendere la stessa età per la pensione deve essere rimessa in discussione. Un obiettivo è consentire alle donne di poter anticipare l'età della pensione e quindi dare valore previdenziale a quel tempo che è stato dedicato alla cura. Insomma, attualmente le donne non vanno in pensione per anzianità contributiva perché hanno avuto percorsi lavorativi discontinui e quindi sono condannate all'età di vecchiaia».

Si riuscirà a portare a casa la legge prima della fine della legislatura?

«Spero che dopo il passo compiuto stamani (ieri, ndr) ci sia una forte accelerazione. Tanto più che si tratta di un provvedimento di principi anche se non è poca cosa. Non escludo, a un certo punto, che si possa saltare il passaggio in aula».

Veronica Passeri



<http://www.adnkronos.com>

Ema: lo studio, con trasloco rischio ritardi in approvazione farmaci

Roma, 28 set. (AdnKronos Salute) - Mentre si avvicina la decisione sulla futura sede dell'Agenzia europea dei medicinali (Ema), un nuovo studio di Charles Rivers Associates evidenzia alcuni rischi molto reali per la salute pubblica, legati al 'trasloco' dell'ente da Londra. La ricerca è commissionata dall'Efpia, l'Associazione europea delle aziende farmaceutiche. All'interno delle cinque principali funzioni dell'Ema, lo studio evidenzia che la valutazione delle richieste di autorizzazione all'immissione in commercio che vengono presentate dalle aziende farmaceutiche e il monitoraggio della sicurezza dei medicinali durante tutto il loro ciclo di vita sarebbero quelle maggiormente impattate dal trasferimento dell'Agenzia. Inevitabili i conseguenti ritardi nell'approvazione di nuove terapie, che andrebbero in primis a sfavore dei pazienti di tutta Europa, ma anche nell'individuazione di possibili problemi di sicurezza. Secondo lo studio, dunque, è necessario che l'Ema metta in campo dei programmi di transizione per assicurare la protezione della salute pubblica. Il report segnala in particolare due pericoli principali: quello legato alla capacità dell'Agenzia di gestire e mantenere la rete di esperti di cui si avvale per supportare le sue attività, e quello relativo alla possibilità di mantenere intatto il suo staff. E' di pochi giorni fa, infatti, la notizia che ci sono località 'preferite' dai dipendenti, fra cui Milano che si piazza al quarto posto, e altre città dove addirittura meno del 10% della forza lavoro dell'Ema si trasferirebbe, come Sofia o Bucarest. "L'Ema gioca un ruolo cruciale nel mantenimento della salute in Europa - commenta Nathalie Moll, direttore generale Efpia - Questo report sottolinea l'importanza sia della decisione su dove trasferire l'Agenzia, sia delle politiche necessarie per assicurare la continuità delle sue attività. Mantenere lo staff e la rete di esperti è essenziale per il futuro della salute pubblica in Europa".

Il caso. Per sostituire Londra si sono fatte avanti 19 città. Domani arrivano le pagelle di Bruxelles

Agenzia Ue del farmaco Milano fra le top five per conquistare la sede

La Germania spinge Bratislava, però i dipendenti preferiscono trasferirsi in Lombardia

DAL NOSTRO INVIATO
ALBERTO D'ARGENIO

TALLINN. Per dipendenti e dirigenti Milano è tra le migliori cinque candidate ad ospitare l'EmA, l'Agenzia europea del farmaco che con la Brexit lascerà Londra portando con sé 900 famiglie del personale e 2-3 miliardi di indotto all'anno. Sono diciannove le città che si sono fatte avanti e tra intrighi politici, scambi di favori e criteri oggettivi il giorno della grande scelta si avvicina. Domani la Commissione europea pubblicherà le pagelle su ogni aspirante, poi il 19 ottobre il dossier sarà esaminato dai leader nel corso del summit di autunno a Bruxelles e infine a novembre il voto finale dei ministri agli Affari europei. Ma i negoziati sottotraccia faranno capolino già nelle bilaterali tra capi di Stato e di governo atterrati ieri sera a Tallinn per un vertice informale dedicato all'agenda digitale dell'Unione.

Oltre all'EmA anche l'Eba, l'au-

torità che regola le banche, dovrà lasciare Londra. Su quest'ultima i giochi sembrano fatti, con Francoforte pronta ad ospitarla affiancandola alla Bce. Il governo tedesco avrebbe stretto un accordo con i paesi dell'Est per spostare l'EmA a Bratislava nel tentativo di migliorare i burrascosi rapporti con l'ex blocco sovietico che oltretutto in cambio voterebbe in massa per Francoforte. A Parigi invece andrebbe la parte assicurazioni dell'Eba che raggiungerebbe l'Esma, l'Autorità che regola i mercati finanziari con sede nella capitale francese. Ma l'Eliseo punta anche alle grandi società di clearing che con un indotto multimiliardario lasceranno Londra per operare nella Ue.

E qui entra in gioco Milano, che cerca di affidarsi all'alta qualità della sua candidatura. Nei giorni scorsi dalla sede londinese dell'EmA sono planate sulle scrivanie della Commissione due cartelline riservate. La prima con il risultato del sondaggio tra i dipendenti dell'Agenzia sulle loro preferenze: hanno premiato in ordine Amsterdam, Barcellona, Vienna e Milano a pari merito e Copenaghen. Sono queste le città nel gruppo di

testa, con un grado di preferenze tra l'80 e il 65% (Milano è al 73). Bratislava, la candidata di punta del patto Berlino-Visegrad, è sotto il 30%: trasferirsi nella capitale slovacca potrebbe provocare un'emorragia di dipendenti tale che l'agenzia chiamata ad approvare i nuovi farmaci nella Ue potrebbe metterci fino a 10 anni per tornare a lavorare a regime. Un ranking identico a quello che la direzione dell'EmA ha inviato a Bruxelles in un report segreto che tiene in considerazione i criteri tecnici per la continuità del lavoro dell'agenzia: anche qui Milano è nella top 5. Ora il governo italiano spera che i due rapporti vengano presi in considerazione da Bruxelles, anche se il fronte dell'Est potrebbe superare l'eventuale debacle di Bratislava abbinandone la candidatura a Vienna (distanza 80 chilometri). Un gioco cosmetico che farebbe nascere la sfidante più pericolosa per Milano visto che Barcellona con l'attuale situazione politica in Catalogna si sta indebolendo, Amsterdam con l'Olanda da marzo senza governo non sembra contare su molti alleati e Copenaghen ha già un'agenzia. Comunque vada sarà una lotta sarà durissima.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PANORAMA DELLA SANITÀ

Home

Chi siamo

Contatti

I miei abbonamenti

Cerca nel sito



Ministero della Salute: Ecco gli obiettivi strategici della politica sanitaria per il 2018

28/09/2017 in News

0



Publicato l'Atto di indirizzo per l'individuazione delle priorità politiche per l'anno 2018.

"Un efficientamento complessivo dei processi organizzativi e di erogazione dei servizi, connesso sia a revisioni e ristrutturazioni delle reti assistenziali regionali, sia a modalità nuove di erogazione dei servizi all'interno dei singoli presidi ospedalieri e territoriali ed ai rapporti intercorrenti tra questi; una maggiore

appropriatezza dei setting assistenziali, intendendo come appropriatezza quella componente della qualità assistenziale che fa riferimento a validità tecnico-scientifica, accettabilità e pertinenza (rispetto a persone, circostanza e luogo, stato corrente delle conoscenze tecnico-scientifiche) delle prestazioni sanitarie; l'introduzione di più Information and Communications Technology (ICT) in sanità, nel senso di diminuire l'importanza della discrezionalità nei meccanismi decisionali concernenti l'acquisizione di nuove tecnologie ed il rinnovo delle stesse, aumentando di converso la partecipazione delle categorie professionali e dei criteri scientifici più aggiornati; la definizione di nuove modalità di pricing dei farmaci innovativi e nuove regole per discriminare puntualmente ciò che è innovativo da ciò che non lo è, a partire dalla validità e della condivisibilità della scelta effettuata dal legislatore nel corso degli anni, di realizzare un sistema farmaceutico a carattere monopsonico; la opportunità di leggere con occhi nuovi il sistema sanitario, intendendo la sanità come un elemento non più di costo ma di investimento, ovvero come uno strumento per la produzione di ricchezza (tangibile e intangibile) e per contribuire in maniera determinante al benessere sociale ed allo sviluppo economico e non solo del nostro paese". Sono questi gli interventi strutturali che il ministero della Salute ritiene di più urgente necessità contenuti nell'Atto di indirizzo per l'individuazione delle priorità politiche per l'anno 2018.



< Soresa e Assobiomedica siglano accordo per un nuovo modello di acquisti sanitari

Non ci sono ancora commenti.

Lascia un commento

Devi essere **connesso** per inviare un commento.

Nell'ultimo numero



Abbonati alla rivista

Un anno di *Panorama della Sanità*

Iscriviti alla Newsletter

Email *

ISCRIVITI

Login

Username

Password

6 × sette = Remember Me

LOGIN

Lost Password? | Register

Agenda

XXIII Congresso Nazionale della Società Italiana di

Neonatologia (SIN)

25/09/2017 - 28/09/2017

Milano

15° Congresso della Società Italiana Sistema 118: Il 118 e il 112, nuove proposte e nuove tecnologie per una nuova gestione dell'emergenza sanitaria

28/09/2017 - 30/09/2017

Roma

XI Congresso nazionale Fimp: Insieme ai bambini, insieme noi



Camera, manca parere della Bilancio. Ddl rinviato

Cannabis a rilento

Slitta di un mese l'esame in aula

DI PASQUALE QUARANTA

Slitta l'esame del testo sulla cannabis per uso terapeutico in aula alla camera. Manca infatti il parere della commissione Bilancio sulla proposta di legge. «Il governo», ha spiegato Edoardo Fenucci del Pd all'assemblea, «ha depositato una nota della Ragioneria dello stato che evidenzia alcuni profili problematici. La commissione non ha potuto esprimere il parere ma ha chiesto al governo di predisporre una relazione tecnica entro 5-6 giorni».

Già deciso comunque lo slittamento dell'esame in aula a martedì 31 ottobre prossimo.

Il ddl regola l'uso dei medicinali a base di cannabis garantendo l'equità nell'accesso a tutti i pazienti mediante la fissazione di criteri uniformi sul territorio nazionale; promuovere la ricerca scientifica sui possibili ulteriori impieghi della cannabis a uso medico; sostenere lo sviluppo di tecniche di produzione e trasformazione della cannabis. Nello specifico il provvedimento mira a disciplinare il prodotto sotto un profilo dell'utilizzo in campo medico escludendo, in tal modo,

la produzione e la lavorazione a fini puramente commerciali. Infatti, secondo il ddl, il medico potrà

prescrivere preparazioni mediche a base di cannabis, a carico del Servizio sanitario nazionale, per gli impieghi previsti dal decreto n. 261 del ministro della salute 9 novembre 2015.

Nella prescrizione, inoltre, dovrà essere indicata la dose prescritta, la posologia, la data di rilascio, la durata del trattamento che in ogni caso non potrà essere superiore a tre mesi e, infine, la firma del medico che l'ha rilasciata. Sostanziale il ruolo delle regioni: entro il 31 maggio di ogni anno, ai fini della programmazione della produzione nazionale, trasmetteranno allo Stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze il fabbisogno regionale di cui necessiteranno per far fronte all'eventuale aumento di richieste da parte dei cittadini.

Lo Stabilimento, autorizzato alla fabbricazione di infiorescenze di cannabis in «Good manufacturing practice» (Gmp) secondo le direttive dell'Unione europea, provvederà all'incremento della coltivazione e alla trasformazione della cannabis in sostanze e preparazioni vegetali per la successiva distribuzione alle farmacie. Successivamente, nel caso in cui la domanda non venga soddisfatta, l'Organismo statale per la cannabis istituito presso il ministero della salute potrà autorizzare l'importazione di quote di cannabis da conferire allo Stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze.

—© Riproduzione riservata—



IL RAPPORTO TRA MIGRANTI E MALATTIE INFETTIVE? I NUMERI DICONO: NESSUNO

di **Giuliano Aluffi**

Il direttore dello Spallanzani di Roma Giuseppe Ippolito risponde all'allarme su **malaria** e non solo. E a Bergamo spiegherà cosa bisogna temere davvero

«È assurdo pensare ai migranti come ai nuovi untori: non c'è rapporto tra migrazioni e malattie infettive, e in nessun modo l'immigrazione ha determinato un incremento di incidenza delle malattie infettive nei Paesi di destinazione». Il parere è autorevole: Giuseppe Ippolito, direttore scientifico dell'Istituto nazionale malattie infettive Lazzaro Spallanzani di Roma, risponde così ai dubbi inoculati da alcuni media nel sentire comune. Il 7 ottobre affronterà il tema al Teatro Sociale di Bergamo nel corso del festival Bergamo-Scienza (dal 30 settembre al 15 ottobre). Non solo non esistono dati a sostegno dell'ipotesi di un'incidenza dei rifugiati sulla diffusione di malattie infettive, dice, ma questa relazione è smentibile anche solo attraverso la logica: «Chi riesce ad arrivare nel nostro Paese di solito è sano: si tratta di persone che hanno fatto viaggi in condizioni igieniche precarie, esposte a freddo e acqua di mare. E hanno superato tutto questo proprio grazie a una buona salute» dice Ippolito. «Possono capitare, certo, migranti con infezioni che da noi sono poco comuni, ma si tratta di eventi rari: possiamo ribadire che non c'è stato alcun cambiamento nella frequenza delle malattie infettive collegabile ai migranti».



SPL / AGF

Anche il drammatico caso di malaria dell'ospedale di Trento non vuol dire che questa malattia stia tornando in Italia. «Abbiamo circa seicento casi di malaria all'anno e riguardano tutti persone che sono state in vacanza all'estero. E che avrebbero potuto prevenire la malattia con una profilassi adeguata, come quella suggerita sul sito Viaggiare Sicuri.it del



GIUSEPPE IPPOLITO, DIRETTORE SCIENTIFICO DELLO SPALLANZANI DI ROMA, SARÀ A BERGAMOSCIENZA IL 7 OTTOBRE. IN ALTO, LA ZANZARA ANOFELE

ministero degli Esteri, dove l'istituto Spallanzani cura per ogni nazione una scheda su malattie locali, vaccini utili, comportamenti da seguire, per esempio non acquistare cibi per strada» sottolinea Ippolito. «Ma la leggerezza in tema di salute con cui molti partono per un Paese lontano non è un problema soltanto italiano: è diffuso in tutto l'Occidente».

Anche un'altra malattia infettiva di cui si è parlato molto nei mesi scorsi, la meningite, per Ippolito è stata oggetto di un allarmismo poco giustificato dai numeri: «In Italia abbiamo cento casi di meningite all'anno, ed è un numero sostanzialmente stabile nel tempo. L'anno scorso un eccesso di casi si è riscontrato solo in Toscana, in un'area limitata, la Valle dell'Arno». Ciò che fa più scalpore per i media non è sempre ciò che è davvero rilevante: «Ci si spaventa per i due casi di carbonchio di inizio settembre a Roma – dovuti al contagio di bovini infetti – ma si trascura che oggi le infezioni ospedaliere da batteri multiresistenti fanno molti più morti di malaria, Hiv, tubercolosi e meningite messi assieme: tra quattromila e settemila all'anno».

Nel futuro ci sono la prevenzione e lo sviluppo di nuovi antibiotici. «Sfida importante se pensiamo che nell'arco di quindici anni il 60 per cento della popolazione vivrà in aree urbanizzate, e questo favorirà il propagarsi delle malattie infettive» osserva Ippolito. «Ma siamo attrezzati: l'Italia ha moltissimi reparti di malattie infettive, forse più di tutti gli altri Paesi. Una rete capillare che è stata realizzata grazie ai finanziamenti per la lotta all'Aids e che per noi può essere motivo di orgoglio». □

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

NEL MILANESE

Muore a 13 anni per meningite Profilassi nella scuola

Milano «Gli esami hanno confermato un caso di meningite da meningococco di tipo «C» in Lombardia. Un 13enne di Robecco sul Naviglio, nel Milanese, ricoverato mercoledì in rianimazione all'ospedale di Magenta. Appena il tempo di apprendere la notizia, e cioè che un ragazzo era stato colpito dal più aggressivo tra gli agenti batterici che causano la meningite, e già era ora di sapere che il 13enne non ce l'ha fatta a resistere all'assalto: è morto al San Gerardo di Monza, dove era stato ricoverato in gravissime condizioni. La Regione Lombardia, con il suo assessore alla Salute, Giulio Gallera, assicura che sono già stati sottoposti a chemioprofilassi i contatti stretti del 13enne: tre familiari e nove amici. E come gli altri casi, sarà offerta la vaccinazione a tutti gli studenti della scuola.

Il meningococco di sierogruppo C (che insieme al B è il più frequente in Italia e in Europa) è l'agente batterico più temuto, perché più aggressivo. Le fasce maggiormente a rischio di contrarre l'infezione sono i bambini piccoli (al di sotto dei 5 anni di età) e gli adolescenti, ma anche i giovani adulti. La soluzio-

ne migliore rimane prevenire attraverso il vaccino, soprattutto in età scolare, ma le vaccinazioni contro il meningococco B e C, che nella prima versione del decreto **Lorenzin** erano obbligatorie, sono state «espulse» dal testo in Parlamento.

La vaccinazione anti-meningococco C di solito viene somministrata ai bambini che abbiano compiuto un anno di età, la vaccinazione tetravalente nell'adolescenza, sia come richiamo sia per chi non è mai stato vaccinato. Il vaccino è raccomandato in persone a rischio perché affette da patologie (talassemia, diabete, malattie epatiche croniche gravi, immunodeficienze congenite o acquisite, asplenia) e consigliato in presenza di particolari condizioni (lattanti che frequentano gli asili nido, ragazzi che vivono in collegi o dormono in dormitori, reclute militari, e per chiunque debba recarsi in regioni del mondo dove la malattia meningococcica è comune, come alcune zone dell'Africa). La vaccinazione negli adulti non è raccomandata, a meno che non siano presenti i particolari fattori di rischio di cui si è parlato. **RM**

