RASSEGNA STAMPA
30-11-2017

1. CORRIERE DELLA SERA Niente tassa sul tabacco per aiutare l'oncologia: un'occasione persa
2. UNIONE SARDA Tumore e soldi: un rapporto spesso perverso (Farci)
3. ADNKRONOS.COM Lorenzin, lotta al cancro è priorità del Ssn
4. ABOUTPHARMA Legge di Bilancio, niente tassa sul fumo per le cure oncologiche
5. AFFARITALIANI.IT 'Accordo di legislatura' in 15 punti per cure ideali per pazienti malati
6. HEALTHDESK Un accordo di legislatura per i pazienti oncologici
7. REPUBBLICA.IT Ricercatori fanno vedere le cellule tumorali al sistema immunitario
8. QUOTIDIANO SANITÀ Individuato il Dna del papilloma virus nel sangue di donne senza tumore
9. ASKANEWS Ricercatori torinesi “svelano” tumore al sistema immunitario
10. QUOTIDIANO SANITÀ Tumore al seno. In Piemonte ricoveri cresciuti del 7% in 4 anni
11. HEALTHDESK I veterani del Vietnam muoiono per colpa di un parassita preso in guerra
12. IL DUBBIO Tumori, migliore qualità della vita con terapia sottocute
13. CORRIERE DELLA SERA «Diagnosi? Cliccate Google e Yahoo» Il cartello-provocazione
14. AVVENIRE È vita - Anche la domotica per «spegnere» i tumori
15. QUOTIDIANO SANITÀ Diabete e obesità: in un anno hanno provocato 800.000 nuovi casi di tumore
16. IL DUBBIO Le sigarette elettroniche? Bernardini sbaglia: fanno male!
17. QUOTIDIANO SANITÀ Terra dei fuochi. Commissione sanità approva relazione
18. LIBEROQUOTIDIANO.IT Tumori: Italia a più velocità per reti oncologiche
19. AVVENIRE Sul Biotestamento 10 nodi da sciogliere - Fine vita ultimo atto delle Camere
20. MESSAGGERO Dalla famiglia alla sanità ecco le nuove misure e i nodi ancora da sciogliere
21. QUOTIDIANO SANITÀ Legge bilancio. Finito esame in Commissione
22. QUOTIDIANO SANITÀ Anteprima SDA Bocconi. Sanità pubblica in equilibrio finanziario. Migliora appropriatezza
23. ILSOLE24ORE.COM Farmaci, formazione e ricerca: Memorandum Italia-India

CORRIERE DELLA SERA

30-NOV-2017

Dir. Resp.: Luciano Fontana

da pag. 34
foglio 1

www.datastampa.it

Tiratura: 326768 - Diffusione: 308275 - Lettori: 2136000: da enti certificatori o autocertificati

Il corsivo del giorno

NIENTE TASSA SUL TABACCO PER AIUTARE L'ONCOLOGIA: UN'OCCASIONE PERSA

di **Luigi Ripamonti**

La «tassa sul tabacco» per finanziare il fondo per i farmaci innovativi oncologici e le cure palliative, che era stata approvata all'unanimità con un emendamento della commissione Sanità del Senato, è stata ritirata. Il gettito previsto avrebbe dovuto coprire i 500 milioni del Fondo per le cure oncologiche, liberando così queste risorse, o almeno parte di esse, per altre necessità del Servizio sanitario nazionale.

Ufficialmente l'emendamento è stato ritirato dopo un parere del governo che sottolineava come non avrebbe realizzato l'incremento di gettito stimato. Può essere. Forse la debolezza dell'iniziativa consisteva nel non aver quantificato esattamente di quanto sarebbe stato necessario aumentare le accise. Detto questo rimane amaro constatare come non sia andata a buon fine un'iniziativa che non avrebbe potuto in ogni caso essere derubricata a banale gabella moralista, punitiva per i fumatori.

L'aumento del prezzo delle sigarette è stato più volte richiesto dall'Organizzazione mondiale di Sanità, che ha da poco ricordato come aumentare il costo del tabacco sia una misura efficace per far risparmiare agli Stati «miliardi di dollari e salvare milioni di vite».

L'Italia è uno dei Paesi industrializzati dove il fumo viene tassato meno, ed è un errore perché è stato dimostrato che aumentandone il prezzo il consumo si riduce e con esso non solo il cancro al polmone ma anche quelli del pancreas , del colon, della vescica e i tumori testa-collo. Per non parlare dei danni da fumo passivo, specie per la salute dei bambini.

Un prelievo sul costo di un pacchetto di sigarette oltre a rappresentare un disincentivo diretto al loro consumo e a contribuire a coprire i costi sempre più alti dei farmaci contro i tumori, sarebbe stato un segnale importante di continuità per il nostro Paese, che con la legge Sirchia si è posto all'avanguardia nel mondo in merito al fumo nei locali pubblici.

Peccato: un'occasione persa. Speriamo ci sia ancora modo per rimediare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

L'UNIONE SARDA
30-NOV-2017
Dir. Resp.: Emanuele Dessì
da pag. 15
foglio 1 / 3
www.datastampa.it
Tiratura: 44528 - Diffusione: 44615 - Lettori: 345000: da enti certificatori o autocertificati

STUDIO. LA TOSSICITÀ FINANZIARIA CONDIZIONA LE CURE

Tumore e soldi: un rapporto spesso perverso

C'è una relazione fra la condizione economica del malato e la possibilità di sopravvivere al cancro. Si chiama Tossicità finanziaria, così l'ha definita, 3 anni fa, Nandita Khera, oncologa di origine indiana che lavora negli Usa, in un articolo pubblicato sull'autorevole Journal of clinical oncology. Si riferisce alle conseguenze che il tumore può avere sul destino economico di una persona, ma anche a quanto può condizionare la sua possibilità di continuare a vivere. Un rapporto perverso fra due elementi, la malattia e lo status sociale del paziente, che va affrontato con strumenti che vanno aldilà del prontuario farmaceutico.

Daniele Farci, dirigente medico all'ospedale "Businco" di Cagliari e consigliere nazionale Aiom (Associazione italiana di Oncologia medica), dai suoi punti di osservazione privilegiati definisce così il problema: «La Tossicità finanziaria è l'insieme delle difficoltà economiche causate nel paziente dalle spese necessarie per i trattamenti antitumorali e altre malattie croniche».

COSTI. Oggi, le cure principali e più costose sono assicurate, gratis, dal Servizio sanitario nazionale, ma i progressi in campo farmaceutico hanno cambiato la situazione: «Quando, ad esempio, utilizziamo i nuovi farmaci biologici, prescriviamo tutta una serie di prodotti, a volte costosi ma non mutuabili, come creme, pomate, collutori, antidiarroici, antipiretici, antispastici, che possono incidere sul bilancio del paziente per molte centinaia di euro al mese». Ai quali bisogna aggiungere la perdita di capacità lavorativa del paziente, se imprenditore o libero professionista e altre spese se risiede in località distanti dall'ospedale. Poi ci sono quelli che si rovinano inseguendo guru, come Bonifacio, Di Bella, Vanoni o "miracolose" medicine cubane.

STATI UNITI. Negli Usa, dove il Servizio sanitario è ben diverso dal nostro, le cose vanno ancora peggio. Un cittadino che si ammala di cancro ha un rischio di fallire di 2,65 volte più alto rispetto a un altro simile, non malato. E i pazienti americani con tumore finiti in bancarotta hanno un rischio di morte superiore del 79 per cento più elevato rispetto quelli, malati, che non hanno dichiarato fallimento.

Il fenomeno è stato evidenziato anche in Italia. Uno studio dell'Istituto Pascale di Napoli, diretto da Francesco Perrone, su 3760 pazienti con cancro ha accertato che il 22,5 per cento presentava Tossicità finanziaria, con un rischio di morte del 20 per cento più alto rispetto a quelli senza problemi economici. «Volendo dare un'interpretazione ottimistica di questi dati - precisa Farci - possiamo dire che il nostro sistema sanitario, con tutti i suoi limiti, ha ancora un ruolo fondamentale. Però, per capire come stanno esattamente le cose, entro la fine dell'anno partirà un ampio studio patrocinato dall'Aiom».

Nel frattempo, gli oncologi come Farci si trovano spesso di fronte a pazienti che si sono impoveriti durante le terapie «e contano addirittura le pastiglie, alla ricerca continua del risparmio». Situazioni penose, affrontate grazie a discrete iniziative di solidarietà o di associazioni come Uniti per la vita.

E l'iniziativa pubblica?

«Ci sono misure lodevoli della Regione, come i contributi assicurati dal "Ritorno a casa", ma molto di più si potrà fare quando sarà, finalmente, istituita la Rete oncologica regionale».

Nel frattempo, i più poveri continueranno ad avere una mortalità per tumore più alta?

«Le diseguaglianze in Oncologia non sono accettabili - sospira Farci -. Forse, se la parte della popolazione più fortunata si facesse carico di parte della propria assistenza, si potrebbe aiutare chi è in condizioni più modeste. Di questi tempi, non si può dare tutto gratis. A tutti».

Lucio Salis

RIPRODUZIONE RISERVATA

Salute
Tumore e soldi: un rapporto spesso perverso

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

TOSSICITÀ FINANZIARIA

È l'insieme delle difficoltà economiche causate nel paziente dalle spese necessarie per certi trattamenti antitumorali o altre malattie croniche

1. Il Servizio sanitario nazionale assicura gratuitamente i farmaci principali, ma non creme, collutori, antidiarroici, antipiretici, antispastici e pomate

2. Un cittadino americano che si ammala di cancro ha un rischio di fallire di 2,65 volte più alto rispetto a un altro simile, non malato

3. I pazienti americani con tumore finiti in bancarotta hanno un rischio di morte superiore del 79% più elevato rispetto a quelli, malati, ma che non hanno dichiarato fallimento

4. Uno studio dell'Istituto Pascale, di Napoli, su 3.670 pazienti italiani con cancro, ha accertato che il 22,5% presentava tossicità finanziaria, con un rischio di morte del 20% più alto rispetto a quelli senza problemi economici

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

L'UNIONE SARDA
30-NOV-2017
Dir. Resp.: Emanuele Dessì
da pag. 15
foglio 3 / 3
www.datastampa.it
Tiratura: 44528 - Diffusione: 44615 - Lettori: 345000: da enti certificatori o autocertificati

CONGRESSO AIOM. In base alle diverse patologie curate

C'è un buon sistema sanitario ma i costi devono essere rivisti

Nel 2017, stimati in Italia 369 mila casi di tumore, 192 mila fra gli uomini, 177 mila fra le donne, con una sopravvivenza, a 5 anni, del 54 per cento fra i primi e del 63 per cento fra le seconde. Valori migliori di quelli registrati negli altri paesi dell'Europa centrale e settentrionale. Merito di una classe medica di buon livello e di un sistema sanitario che per soddisfare la domanda di salute deve però fare i conti, ogni giorno, col rapporto fra le spese da coprire e la disponibilità finanziaria in tempo di crisi.

Esami di laboratorio

Il problema della utilizzazione ottimale delle risorse, con specifico riferimento ai costi reali della Sanità, è stato affrontato in occasione dell'ultimo congresso nazionale Aiom (Associazione italiana di oncologia medica). Nel corso dei lavori, si è sottolineata la necessità di modificare i criteri con cui si distribuiscono a livello nazionale, regionale e aziendale le risorse per coprire gli oneri derivanti dalle terapie anticancro. Si tratta dei cosiddetti costi standard, attraverso i quali vengono rimborsate le spese affrontate dai reparti di Oncologia. Che però vengono valutate diversamente dai medici e dagli amministratori della Sanità pubblica. Oggi infatti - si è sottolineato durante i lavori - viene applicata una tariffa unica per ciascuna prestazione (ad esempio la chemioterapia) con notevoli differenze fra i costi effettivi e quelli standard, mentre bisognerebbe fare riferimento alla patologia curata. Concetto sottolineato anche dal presidente dell'Aiom, Carmine Pinto, che citando una ricerca su 7660 pazienti di 10 reparti oncologici presentata al congresso, ha sottolineato «la necessità di assegnare le risorse sulla base delle caratteristiche dei pazienti, cioè della malattia trattata, superando gli elementi amministrativi cui rispondono gli attuali criteri. Quindi, con una applicazione reale dei costi standard». I quali vanno considerati non con una visione ragionieristica della Sanità, ma come strumenti per valutare la sostenibilità della spesa e diventare un indicatore delle strategie da seguire.

Lo studio ha sottolineato anche il peso del costo dei farmaci antitumorali nella spesa delle Oncologie italiane. Il valore di ogni singolo trattamento oscilla fra i 2276,1 e i 380,3 euro. Il 42 per cento degli oneri totali per le terapie ad alto costo sono assorbite dal tumore al seno, seguito dal colon-retto (13 per cento), polmone (13 per cento) e prostata (7 per cento), le 4 neoplasie più frequenti. *(l. s.)*

RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Lorenzin, lotta al cancro è priorità del Ssn

MEDICINA

Tweet

La ministra della Salute Beatrice Lorenzin (Fotogramma)

Pubblicato il: 29/11/2017 11:44

"**Combattere le neoplasie è una delle priorità del servizio sanitario nazionale**, sia per l'elevata incidenza della malattia che per il suo pesante impatto sociale ed economico. La patologia oncologica e' destinata diventare, infatti, per effetto dell'invecchiamento della popolazione, un'emergenza che deve essere affrontata globalmente". Lo ha ricordato la **ministra della Salute, Beatrice Lorenzin**, in un messaggio inviato al **Forum istituzionale annuale del progetto "La salute: un bene da difendere, un diritto fa promuovere"**, organizzato, oggi a Roma, da Salute Donna Onlus.

"Prendersi cura della propria salute -ha aggiunto Lorenzin- e' importante, non soltanto per se stessi, ma anche per coloro che ci circondano. **Dalla salute della donna dipende infatti, molto spesso, l'organizzazione della famiglia** in senso lato e, quindi, della societa', ed e' per questo che serve un'adeguata informazione sulle patologie connesse al genere femmine".

Tweet

TAG: cancro, Lorenzin, Ssn, Salute Donna Onlus

Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: ACCEDI oppure REGISTRATI

adnkronos TV

Dubbi di mamma, S come SESSUALITA'

Cerca nel sito

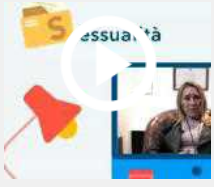
Notizie Più Cliccate

1. Ecco i nomi più gettonati nel 2016
2. Neve in arrivo a Milano
3. Milano, stacca orecchio a morsi al tassista
4. Bonus bebè per sempre, ma dal 2019 si dimezza
5. "Entra acqua", l'ultimo messaggio dal sottomarino

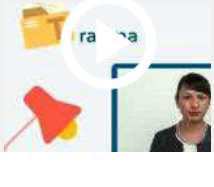
Video

Ti tufferesti da 10 metri? Paura, terrore e risate

Ambiente, Renzi: "Wwf punto di riferimento"



Dubbi di mamma, S come SESSUALITA'



ABOUTPHARMA ONLINE

29-11-2017

lettori 94.000

http://www.aboutpharma.com/

Sanità e Politica

Legge di Bilancio, niente tassa sul fumo per finanziare le cure oncologiche

Ritirato l'emendamento che avrebbe aumentato l'accisa sui tabacchi. La quinta commissione del Senato ha concluso stanotte l'esame della manovra, approdata oggi in Aula

Niente tassa di scopo sulle sigarette per finanziare le cure oncologiche. L'emendamento ad hoc alla legge di Bilancio è stato ritirato. L'aumento delle accise sui tabacchi resta dunque fuori dal testo della manovra, licenziato stanotte dalla Commissione Bilancio del Senato e approdato stamattina nell'Aula di Palazzo Madama. Solo un con un intervento della Camera dei deputati la proposta potrebbe tornare in pista, ma l'ipotesi appare improbabile.

L'emendamento, condiviso da tutta la Commissione Igiene e Sanità del Senato, proponeva di aumentare la tassazione dei tabacchi per ricavare un extra-gettito di circa 600 milioni di euro. Risorse da ripartire tra il fondo per i farmaci oncologici innovativi (500 milioni) e il potenziamento delle rete di cure palliative e terapie del dolore (100 milioni) soprattutto in ambito pediatrico.

"Ho ritirato l'emendamento sulle accise sul tabacco, che peraltro aveva parere contrario del Governo, e mi auguro che la Camera in seconda lettura possa trovare le risorse indispensabili al Servizio sanitario nazionale", ha spiegato la presidente della Commissione Sanità del Senato, Emilia Grazia De Biasi. Il Pd ha infatti ritirato tutti gli emendamenti sulla sanità, con l'impegno del Governo a trattare i nodi più spinosi a Montecitorio, dove la manovra deve ancora essere esaminata.

In passato, la proposta di una tassa di scopo sul fumo era avanzata dalla comunità scientifica e in particolare dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom). Un'idea condivisa da molte associazioni di pazienti e sostenuta dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Fino ad oggi gli appelli sono rimasti inascoltati.

torna alla lista

'ACCORDO DI LEGISLATURA' IN 15 PUNTI PER CURE IDEALI PER PAZIENTI MALATI E ONCO-EMATOLOGICI

29 novembre 2017- 12:06

Roma, 29 nov. (AdnKronos Salute) - 'Un accordo di legislatura' in 15 punti, che delinea un percorso assistenziale ideale per i pazienti malati e onco-ematologici, finalizzato a ottimizzare la loro presa in carico e cura. E' la proposta, presentata oggi a Roma, per un'intesa fra le associazioni di pazienti aderenti al progetto 'La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere' e i politici nazionali e regionali che fanno parte degli Intergruppi parlamentari e consiliari del progetto. Il documento - di cui si è parlato al Forum istituzionale 'Lotta ai tumori e tutela dei pazienti: un impegno per la nuova legislatura', in corso nella capitale - sarà presto fatto pervenire sui tavoli di tutti i partiti che si presenteranno alle prossime elezioni legislative e regionali e sarà oggetto di discussione e di confronto con tutti gli attori del sistema salute. "L'accordo di legislatura vuole essere una sorta di programma politico sulle patologie oncologiche - dichiara Annamaria Mancuso, presidente di Salute Donna Onlus, l'associazione pazienti che coordina il progetto 'La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere' - dalle Reti oncologiche alle Breast Unit, dallo psico-oncologo al centro di assistenza e servizi, dal programma 'Guadagnare Salute' sugli stili di vita alla lotta alle fake news, il paziente oncologico è oggi al centro di un universo che necessita di politiche attente e dedicate. Come associazioni pazienti vigileremo affinché tutto ciò avvenga nel rispetto dei vincoli e della sostenibilità del nostro sistema sanitario".Questo accordo, "contiene elementi di dibattito che sono costanti nell'universo dell'oncologia, ma ha il pregio della sintesi e della chiarezza negli obiettivi", secondo Paolo Marchetti, direttore dell'unità operativa complessa Oncologia Medica dell'ospedale Sant'Andrea di Roma. "I percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, ad esempio, sono stati approvati in molte Regioni" ma si tratta spesso di strutture che non sempre assolvono alla loro 'missione'. Questo per una serie di ragioni, spiega Marchetti, come "la mancanza di un soggetto dedicato all'applicazione pratica delle decisioni del 'percorso', l'estrema frammentazione dei sistemi informatici, che rende pressoché impossibile ottenere una reale e qualificata attività d'integrazione delle informazioni, inficiando il risultato della discussione interdisciplinare. Tutto questo si può decisamente migliorare".Tra i 15 punti dell'accordo: il Piano oncologico nazionale (scaduto nel 2016 e non ancora rinnovato), le reti oncologiche, i registri tumori, le Breast Unit, i Pdta e il team multidisciplinare nella gestione a 360° del paziente oncologico. E ancora: i centri accoglienza e servizi, il fondo per i farmaci oncologici innovativi, i test diagnostici e l'accesso agli studi clinici, la psico-oncologia, le campagne di comunicazione sugli screening oncologici e gli stili di vita, fino all'annoso fenomeno delle fake news."Questo accordo è un manifesto di politica sanitaria che, nei limiti della sostenibilità del sistema, può davvero costituire un programma ambizioso ma realizzabile", precisa Ruggero De Maria, direttore dell'Istituto di Patologia Generale dell'università Cattolica di Roma e presidente di Alleanza Contro il Cancro. "Nella Regione nella quale lavoro, il Lazio, sarà importante, insieme a un lavoro qualitativo in profondità, implementare un'informatizzazione efficace per essere preparati alla rivoluzione delle nuove strategie diagnostiche che analizzano il genoma tumorale".

healthdesk

29-11-2017

LETTORI
10.000

http://www.healthdesk.it/

CANCRO

Un accordo di legislatura per i pazienti oncologici

Quindici punti che dettano le priorità di politica sanitaria per rispondere ai bisogni assistenziali dei pazienti oncologici e onco-ematologici.

È un vero e proprio accordo di legislatura quello presentato oggi dalle associazioni dei pazienti aderenti al progetto “La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere” e i politici nazionali e regionali che oggi fanno parte degli Intergruppi parlamentari e consiliari del progetto.

«L’accordo di legislatura vuole essere una sorta di programma politico sulle patologie oncologiche», ha spiegato Annamaria Mancuso, presidente di Salute Donna Onlus, l’associazione pazienti che coordina il progetto “La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere”. «Dalle Reti Oncologiche alle Breast Unit, dallo psico-oncologo al Centro di Assistenza e Servizi, dal programma “Guadagnare Salute” sugli stili di vita alla lotta alle fake news, il paziente oncologico è oggi al centro di un universo che necessita di politiche attente e dedicate. Come associazioni dei pazienti vigileremo affinché tutto ciò avvenga nel rispetto dei vincoli e della sostenibilità del nostro sistema sanitario».

Il documento sarà presto fatto pervenire sui tavoli di tutti i partiti che si presenteranno alle prossime elezioni legislative e regionali e sarà oggetto di discussione e di confronto con tutti gli attori del sistema salute.

«Questo accordo contiene elementi di dibattito che sono costanti nell’universo dell’oncologia, ma ha il pregio della sintesi e della chiarezza negli obiettivi», dichiara Paolo Marchetti, professore ordinario di Oncologia Medica, Direttore U.O.C. Oncologia Medica presso l’Ospedale Sant’Andrea di Roma.

«I PDTA, ad esempio, sono stati approvati in molte Regioni; tuttavia nella loro

attuazione molto spesso si esauriscono in una definizione di mandato più che in una identificazione concreta di trattamento. Ciò per una serie di ragioni: l'assenza della figura dell'Oncology Case Manager, che sarebbe meglio definire Care Manager, cioè un soggetto dedicato all'applicazione pratica delle decisioni del PDTA, l'estrema frammentazione dei sistemi informatici, che rende pressoché impossibile ottenere una reale e qualificata attività d'integrazione delle informazioni, inficiando il risultato della discussione interdisciplinare. Tutto questo si può decisamente migliorare».

I 15 punti dell'Accordo trattano temi fondamentali, quali il Piano Oncologico Nazionale (scaduto nel 2016 e non ancora rinnovato), le Reti Oncologiche, i Registri Tumori, le Breast Unit, i PDTA e il Team multidisciplinare nella gestione a 360° del paziente oncologico. E ancora: i Centri Accoglienza e Servizi, il fondo per i farmaci oncologici innovativi, i test diagnostici e l'accesso agli studi clinici, la psico-oncologia, le campagne di comunicazione sugli screening oncologici e gli stili di vita, fino all'annoso fenomeno delle fake news.

«Questo accordo è un manifesto di politica sanitaria», ha detto Ruggero De Maria, direttore dell'Istituto di Patologia Generale dell'Università Cattolica di Roma e Presidente di Alleanza Contro il Cancro. «Nei limiti della sostenibilità del sistema può davvero costituire un programma ambizioso ma realizzabile».

la Repubblica.it

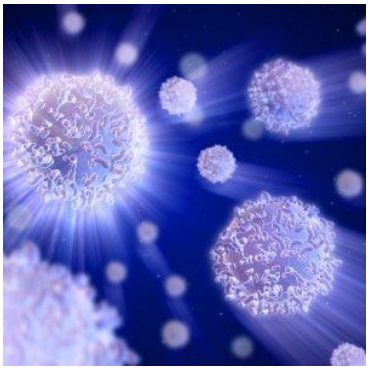
29-11-2017

Lettori
37.302

www.la.repubblica.it/

Ricercatori fanno vedere le cellule tumorali al sistema immunitario. Che le blocca

Lo studio è stato pubblicato, dopo quattro anni di esperimenti dell'Irccs di Candiolo in collaborazione con l'Università di Torino, dalla rivista scientifica Nature



QUATTRO anni di studi, ricerche, esperimenti. Il tutto per rendere le cellule tumorali visibili al sistema immunitario, che riesce così a bloccarne lo sviluppo. Ora i ricercatori dell'Irccs di Candiolo e dell'Università di Torino ce l'hanno fatta: il loro studio è stato infatti pubblicato - con il titolo *"Inactivation of Dna repair triggers neoantigen generation and impairs tumour growth"* - dalla rivista scientifica *Nature*.

"Il nostro è stato un approccio non convenzionale", spiega **Alberto Bardelli,**direttore del laboratorio di oncologia molecolare e docente del dipartimento di oncologia dell'Università di Torino che ha presentato lo studio con **Giovanni Germano**, ricercatore con esperienza in Immunologia. "Sappiamo - racconta Bardelli - che molti tipi di neoplasie riescono a mascherarsi e, eludendo i meccanismi di difesa, si diffondono nell'organismo. Ci siamo chiesti come affrontare questo problema partendo dalla cellula tumorale, per poi vederne gli effetti sul sistema immunitario. Abbiamo ipotizzato che inattivando il processo di riparazione del Dna di una cellula si inducessero nuove mutazioni, alcune di queste dette neoantigeni, riconoscibili come estranee e quindi attaccabili dal sistema immunitario".

Bardelli per fare un paragone facilmente comprensibile ha raccontato: "Abbiamo modificato un tumore, che possiamo paragonare a un velivolo stealth, e cioè invisibile, in uno che può essere individuato dai

radar e intercettato dai nostri sistemi di sicurezza. Usando un'innovativa tecnologia genetica, abbiamo costretto cellule di tumori del colon e del pancreas ad uscire allo scoperto e a diventare un bersaglio da aggredire e neutralizzare per le cellule del sistema immunitario".

Mentre Germano ha parlato di "un lavoro complesso ma la posta in gioco era molto alta e gli esperimenti, sin dalle prime fasi, indicavano che stavamo percorrendo una strada mai intrapresa prima. Un lungo lavoro di squadra, con tante difficoltà, tra fallimenti sperimentali e conferme, ma che ci ha portato alla fine, in un freddo pomeriggio autunnale, a dire: era quello che avevamo ipotizzato".

Si tratta di un successo ottenuto in laboratorio "su linee cellulari trasferite poi su modelli animali fondamentali per avvalorare la nostra ipotesi. La strada per arrivare al letto dei pazienti è appena iniziata e il traguardo non imminente, ma si apre un nuovo percorso che potrà un giorno costringere tumori, capaci di nascondersi ai radar-controllori, a rendersi visibili e individuabili" per poter essere debellati.

Ma dove potrà portare questa scoperta? Per Bardelli "è presto per dirlo ma stiamo studiando se farmaci antitumorali, che come effetto collaterale causano danni al Dna, provocano la formazione di neoantigeni che possono risvegliare il sistema immunitario. Abbiamo già in mente potenziali candidati e stiamo lavorando anche con l'Istituto Nazionale dei Tumori, il Niguarda Cancer Center e l'Università di Milano per verificare la nostra ipotesi per futuri sviluppi clinici".

quotidianosanità.it

Mercoledì 29 NOVEMBRE 2017

Individuato il Dna del papilloma virus nel sangue di donne senza tumore

I risultati dello studio dei ricercatori dell'Università di Milano-Bicocca, in collaborazione con gli specialisti dell'Università e dell'Aou di Sassari, contribuiranno a chiarire la storia naturale dell'infezione da Hpv aprendo nuovi orizzonti nell'ambito dello screening cervicale e per interventi di immunoprofilassi.

Non solo nelle mucose e sulla pelle: il Dna del papilloma virus (Hpv) si trova anche nel sangue di donne con infezione cervicale. È il risultato dello studio *"Human papillomavirus DNA detection in plasma and cervical samples of women with a recent history of low grade or precancerous cervical dysplasia"*, appena pubblicato sulla rivista scientifica PLOS One, condotto dai ricercatori di Microbiologia Clinica del dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano-Bicocca, insieme ai colleghi di Ginecologia dell'ospedale San Gerardo (Asst Monza) e della Sezione di Igiene del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università di Sassari e dell'Aou di Sassari.

Se è noto che il papilloma virus infetta pelle e mucose, solo pochi studi precedenti hanno mostrato la presenza del Dna virale nel sangue in donne con cancro al collo dell'utero. Lo studio condotto dai ricercatori di Milano-Bicocca compie un passo avanti: i risultati della ricerca, infatti, hanno evidenziato la presenza di Hpv Dna in campioni di sangue di donne senza tumore ma con una recente diagnosi di Pap-test positivo.

Esistono circa 200 diversi sottotipi di papilloma virus in grado di infettare l'uomo. Le infezioni da HPV sono tra le più frequenti nella popolazione sessualmente attiva. Il nostro sistema immunitario, tuttavia, può eliminare in modo spontaneo queste infezioni senza conseguenze sulla salute. Alcuni sottotipi di HPV, definiti ad "alto rischio", possono però causare l'insorgere di tumori come quello della cervice uterina, della cavità orofaringea, anale, dei genitali esterni ma anche di tumori distanti dalle sedi muco-cutanee.

Lo studio ha coinvolto 120 donne negli ambulatori di Ginecologia dell'ospedale San Gerardo, con una recente diagnosi di Pap-test positivo nello screening per la prevenzione del carcinoma del collo dell'utero. La ricerca del Dna virale associato a 7 tipi di Hpv ad "alto rischio" è risultata positiva nel sangue di 41 di queste donne, pari al 34,2 per cento, sebbene nessuna di queste donne fosse affetta da tumore della cervice.

"Questo studio – spiega Clementina Cocuzza, docente di Microbiologia Clinica dell'Università Milano-Bicocca – ha permesso di riscontrare il genoma virale a livello ematico, attraverso metodiche molecolari, in un numero rilevante di donne con una probabile infezione recente da Hpv al livello genitale, ma senza evidenza di tumore".

"Si tratta di risultati utili per la comunità scientifica – afferma Andrea Piana docente di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Ateneo di Sassari e dell'unità operativa complessa di Igiene ospedaliera dell'Aou sassarese – che portano ad ulteriori conoscenze nella storia naturale dell'infezione da parte di questi virus potenzialmente oncogeni. I risultati della ricerca potrebbero nel futuro aprire nuovi orizzonti sia nell'ambito dello screening cervicale, sia per interventi di immunoprofilassi".

askanews

29-11-2017

LETTORI
12.000

http://www.askanews.it/

Ricercatori torinesi "svelano" tumore al sistema immunitario

Istituto di Candiolo e Università: nuove frontiere per la cura

Torino, 29 nov. (askanews) – Cellule tumorali rese visibili al sistema immunitario. E' quanto hanno ottenuto i ricercatori dell' IRCCs di Candiolo e dell'Università di Torino e il loro studio, dopo quattro anni di esperimenti, è stato ora pubblicato – col titolo: "Inactivation of DNA repair triggers neoantigen generation and impairs tumour growth" da Nature, la rivista considerata di maggior prestigio nell'ambito della comunità scientifica internazionale. Si apre una nuova strada nel campo dell'immunoterapia. "Abbiamo modificato un tumore, che possiamo paragonare a un velivolo stealth, e cioè invisibile – dice il direttore del Laboratorio di OncologiaMolecolare e docente del Dipartimento di Oncologia dell'Università di Torino, Prof. Alberto Bardelli, che ha presentato lo studio insieme con Giovanni Germano, ricercatore con esperienza in Immunologi -, in uno che può essere individuato dai radar ed intercettato dai nostri sistemi di sicurezza. Usando un'innovativa tecnologia genetica – prosegue Bardelli – abbiamo costretto cellule di tumori del colon e del pancreas ad uscire allo scoperto e a diventare un bersaglio da aggredire e neutralizzare per le cellule del sistema immunitario". Dove potrà portare questa scoperta? "E' presto per dirlo – afferma Bardelli – ma stiamo studiando se farmaci antitumorali, che come effetto collaterale causano danni al DNA, provocano la formazione di neoantigeni che possono risvegliare il sistema immunitario. Abbiamo già in mente potenziali candidati e stiamo lavorando anche con l'Istituto Nazionale dei Tumori, il Niguarda Cancer Center e l' Università di Milano per verificare la nostra ipotesi per futuri sviluppi clinici".

quotidianosanità.it

Mercoledì 29 NOVEMBRE 2017

Tumore al seno. In Piemonte ricoveri cresciuti del 7% in 4 anni

Sono passati da 4.146 a 4.453, e la percentuale dei casi trattati nelle Breast Unit di riferimento è salita dall'83 al 94%, mentre si è ridotta dal 17 al 6% la quota di interventi effettuati in strutture non individuate come centri di senologia. È il quadro illustrato dall'assessore Antonio Saitta. "La programmazione migliora con il riordino della rete oncologica", ha evidenziato, con riferimento all'obiettivo di ridurre le liste di attesa e la mobilità passiva.

I ricoveri per carcinoma della mammella in Piemonte sono aumentati del 7% in quattro anni, da 4.146 a 4.453, e la percentuale dei casi trattati nelle breast unit di riferimento è salita dall'83 al 94%, mentre si è ridotta dal 17 al 6% la quota di interventi effettuati in strutture non individuate come centri di senologia. E' il quadro fornito dall'assessore alla Sanità **Antonio Saitta** nel rispondere a un'interrogazione presentata in Consiglio regionale.

"Con il riordino della rete oncologica secondo il modello hub e spoke, avviato a fine 2015, abbiamo intrapreso un lavoro che darà gli esiti positivi con il tempo - ha spiegato l'assessore Saitta -. Ogni centro ha definito il gruppo interdisciplinare di cura, con il relativo responsabile e un referente per ciascuna disciplina, ha elaborato un percorso diagnostico terapeutico assistenziale consultabile anche dai cittadini e gli esiti a distanza nel tempo, quali la sopravvivenza a cinque anni delle donne piemontesi colpite da carcinoma della mammella, è tra le più alte".

"Grazie a questa impostazione siamo in grado di affrontare le criticità e programmare gli interventi finalizzati alla riduzione delle liste d'attesa e della mobilità passiva, risultati già fissati tra gli obiettivi dei direttori generali" ha aggiunto l'assessore riferendosi all'aumento dell'11% dei ricoveri fuori regione per carcinoma della mammella riguardanti le pazienti piemontesi, rispetto al 7% dei casi trattati nelle strutture della regione. "Il fenomeno - ha precisato ancora Saitta - riguarda prevalentemente le aree del Piemonte Nord-Est e Sud-Est, mentre nell'area metropolitana torinese si verifica al contrario una tendenza positiva, di mobilità attiva".

healthdesk

29-11-2017

LETTORI
10.000

http://www.healthdesk.it/

IL SOSPETTO

I veterani del Vietnam muoiono per colpa di un parassita preso in guerra

Sopravvissuti al conflitto, ora rischiano di morire di cancro alle vie biliari causato da un verme

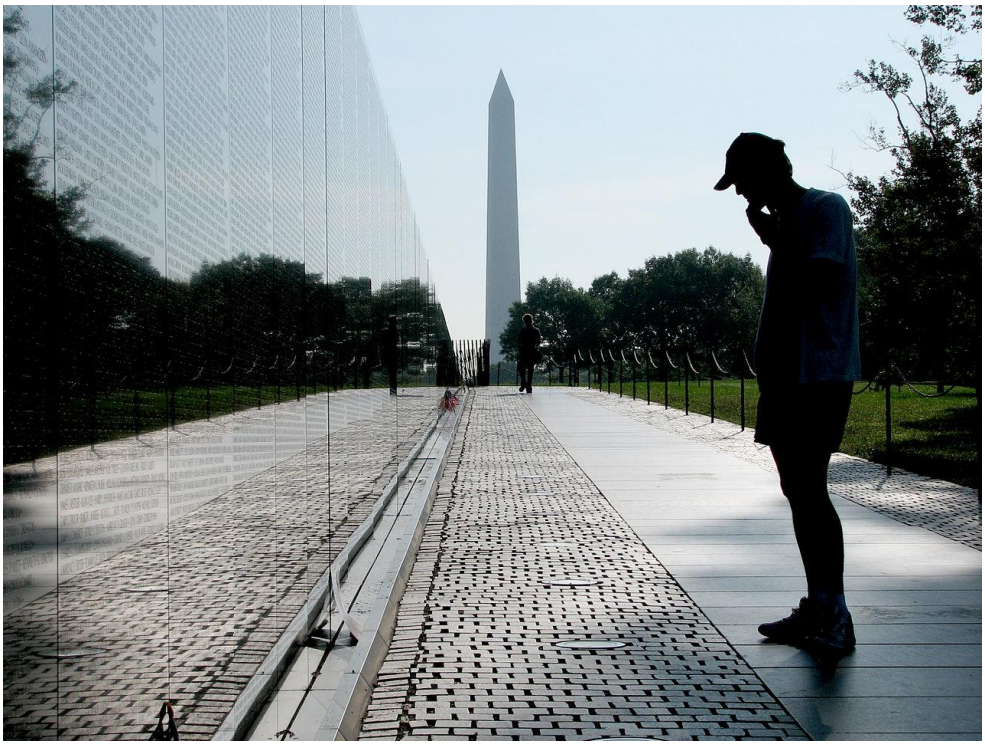


Immagine By Hu Totya (Own work), via Wikimedia Commons

Fila in alto da sinistra: Andrew G. Breczewski, berretto verde delle forze speciali dell'esercito degli Stati Uniti, Arthur R. Duhon, cappello bianco della Marina, Clarence E. Sauer, doppia fila medaglie sul petto. E accanto a lui un altro soldato, altre uniformi, altre decorazioni e così via per un totale di 36 fotografie di veterani della guerra del Vietnam. Tutti morti a causa del colangiocarcinoma, un raro tumore del tratto biliare che sembrerebbe provocato da un parassita presente nella giunga del Sud-est asiatico.

La carrellata dei volti in divisa campeggia su un articolo del **Washington**

Post che ripercorre il beffardo destino di centinaia di reduci del Vietnam che, sopravvissuti alla guerra, ora rischiano di morire a causa di un imprevisto "proiettile" silenzioso, la fasciola hepatica (liver fluke) un verme piatto contenuto nel pesce crudo o poco cotto consumato cinquant'anni prima. L'infezione può rimanere asintomatica per anni, ma produrre lentamente masse tumorali. E quando compaiono le prime manifestazioni come itterizia, prurito e perdita di peso è oramai troppo tardi per intervenire.

La scorsa estate il Department of Veterans Affairs degli Stati Uniti ha promosso uno studio per verificare l'associazione tra il parassita, la cui presenza è rara negli Stati Uniti, e il cancro. Su 50 campioni di sangue inviati alla Seoul National University della Corea del Sud più del 20 per cento sono risultati positivi. Tra le persone infettate dal parassita c'è Gerry Wiggins che ha combattuto in Vietnam dal 1968 al 1969 : «Sono rimasto scioccato - ha dichiarato al Washington Post - Non pensavo toccasse a me».

Il collage di volti di soldati americani uccisi dal colangiocarcinoma realizzato dal Washington Post. ©Washington Post https-/**www.washingtonpost.com/national/health-science/va-study-shows-parasite-f...**

Prima di partecipare allo studio, Wiggins, non aveva alcun sintomo. Una volta risultato positivo al test è stato sottoposto a ulteriori esami da cui è emersa la presenza di due cisti precancerose nel dotto biliare che potrebbero dare origine al colangiocarcinoma. Le cisti sono state rimosse e Wiggins è in buona salute.

Lo studio del Dipartimento dei Veterani di Guerra è stato avviato dopo che l'anno scorso l'Associated Press aveva dato la notizia che 700 veterani con colagiocarcinoma erano stati visitati dal Veteran Affairs negli ultimi 15 anni. La maggior parte delle richieste di assegni di sostegno era stata rifiutata, in base a

criteri a volte arbitrari secondo l'AP. Ma qualcosa sta cambiando: sul **sito** del Dipartimento è stata inserita quest'anno una pagina dedicata al rischio di colangiocarcinoma per i veterani del Vietnam. Mike Baughman, 65 anni, era tra i soldati citati nell'inchiesta dell'Associtaed Press e all'epoca aveva colelzionato tre rifiuti per la domanda di risarcimento. All'inizio di quest'anno, invece, la richiesta è stata accettata sulla base di un referto medico che associava con alte probabilità il cancro al parassita contenuto nel pesce crudo che la sua unità aveva consumato in Vietnam.

«Ce ne stiamo occupando seriamente - ha dichiarato Curt Cashour - portavoce del Department of Veterans Affairs - ma prima di ulteriori ricerche non possiamo dare raccomandazioni di nessun tipo».

ILDUBBIO
Dir. Resp.: Piero Sansonetti
30-NOV-2017
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it
Tiratura: 12000 - Diffusione: 0 - Lettori: 0: da enti certificatori o autocertificati

adnkronos
In collaborazione con salute

SI RIDUCONO I TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE

Tumori, migliore qualità della vita con terapia sottocute

IL CAMBIAMENTO INCIDE NOTEVOLMENTE ANCHE SULLA SPESA, CON LA POSSIBILITÀ DI RISPARMIARE OLTRE 60 MILIONI DI EURO IN COSTI SOCIALI, ORGANIZZATIVI E SANITARI

Una migliore qualità della vita del paziente durante le cure antitumorali, più tempo per il medico da dedicare al dialogo con l'assistito, meno attese in ospedale e un'organizzazione sanitaria più agile, con meno personale impegnato grazie a una modalità di somministrazione innovativa per alcuni farmaci contro il cancro al seno e il linfoma: l'iniezione sottocutanea che sostituisce l'infusione. Un 'piccolo' cambiamento che incide però notevolmente anche sulla spesa, con la possibilità di risparmiare oltre 60 milioni di euro in costi sociali, organizzativi e sanitari. Si riducono infatti i tempi di somministrazione che passano da 90 a 5 minuti, mentre i tempi di attesa in ospedale calano del 34% e si taglia del 50% la permanenza in Day hospital, come indicano i dati dello studio realizzato dall'Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari (Altems) dell'università Cattolica di Roma, presentato nella Capitale. Il Report è stato realizzato con il sostegno di Roche. La ricerca - che ha valutato aspetti assistenziali, economici, sociali ed etici - ha riguardato il trattamento del carcinoma mammario e del linfoma non Hodgkin con anticorpi monoclonali (rituximab e trastuzumab) somministrati sottocute grazie alle nuove tecnologie. I dati hanno indicato - come hanno spiegato gli esperti - che "terapie brevi" consentono di salvaguardare la qualità di vita del paziente e contemporaneamente di rendere più efficiente il sistema da un punto di vista organizzativo, economico e sociale. «I risultati che sono stati raggiunti oggi grazie alla ricerca scientifica erano impensabili fino a pochi anni fa e questo ha permesso a milioni di persone in tutto il mondo di portare avanti progetti di vita, guardando con speranza al futuro oltre la malattia», afferma Davide Petruzzelli, presidente dell'associazione pazienti La Lampada di Aladino Onlus.

SALUTE

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

CORRIERE DELLA SERA

30-NOV-2017

Dir. Resp.: Luciano Fontana

da pag. 25
foglio 1

www.datastampa.it

Tiratura: 326768 - Diffusione: 308275 - Lettori: 2136000: da enti certificatori o autocertificati

«Diagnosi? Cliccate Google e Yahoo» Il cartello-provocazione del medico

Milano, il caso all'Istituto dei tumori. Il presidente: «È l'iniziativa di un singolo»

«Coloro che si sono già diagnosticati da soli tramite Google, ma desiderano un secondo parere, per cortesia controllino su yahoo.com».

Una frase scherzosa. Che circola su Internet da un po' di tempo. Ma che diventa un caso se ad appenderla davanti al proprio ambulatorio è un medico dell'Istituto dei tumori di Milano, primo Irccs oncologico italiano per attività scientifica e produzione clinica, uno dei templi della lotta ai tumori nel nostro Paese.

È accaduto ieri. La fotografia del foglio A4, con relativo nastro adesivo che la fissava alla bell'e meglio, è stata pubblicata su *Corriere.it* e ha suscitato un vespaio.

Chi l'ha affissa ha pensato solo di avvertire in modo «leggero» i propri pazienti dei rischi che si corrono ad affidarsi alla rete per diagnosticarsi da soli malattie serie come i tumori, salvo poi arrivare troppo tardi a chiedere un parere a un esperto vero. Ma, al di là delle modalità irrituali, l'idea del camice bianco milanese esprime un disagio vero e una difficoltà importante.

«Lo confermo» spiega Enzo Lucchini, presidente dell'Istituto dei tumori di Milano. «Il problema esiste ed è grave, anche se devo chiarire che l'iniziativa è stata presa a titolo personale, senza chiedere alcun permesso, e che dopo la pubblicazione sul sito del vostro giornale il foglio è stato evidentemente rimosso dall'interessato, visto che non l'abbiamo trovato».

Non poteva essere altrimenti in effetti, visto che il medico avrebbe rischiato probabilmente una discreta tirata d'orecchie dopo tanta inaspettata pubblicità.

«L'iniziativa, anche se dissacrante, di sicuro non voleva in nessun modo colpevolizzare i malati, ma aiutarli» precisa il presidente dell'Int. «Oggi l'88 per cento delle persone va a cercare informazioni per la propria salute sui siti Internet e quasi la metà si affida alla prima pagina dei motori di ricerca. Ma una autodiagnosi, specie nel caso di malattie come quelle che curiamo qui, è pericolosa». Anche se è giusta? «Può accadere che sia giusta, ma può capitare anche che il responso del web sia falsamente rassicurante e ritardi quindi l'inizio di cure necessarie, oppure che sia ansiogeno senza motivo e comporti un intasamento inutile dell'ospedale».

Però sarebbe ingenuo pensare di poter evitare questi problemi. «È vero — conclude Lucchini — ed è per questo, per esempio, che abbiamo sottoscritto un decalogo dei giornalisti scientifici contro le fake-news o che abbiamo preso altre iniziative per migliorare la comunicazione fra medici e pazienti e, più in generale fra l'istituto e l'esterno. Speriamo che questa vicenda un po' curiosa possa essere un seme che aiuti a riflettere e a far germogliare nuove idee per arginare questo genere di difficoltà».

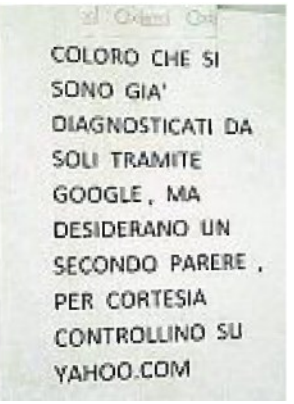
Anche perché, diciamolo, il dottor Google non mai preso la laurea e pure il dottor Yahoo non ha uno straccio di pezzo di carta, al massimo uno straccio di bit.

Luigi Ripamonti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

- Il cartello (foto) contro le diagnosi fai da te su Google è apparso ieri sulla porta di un medico dell'Istituto tumori di Milano
- Non è stata rivelata l'identità dell'autore della singolare provocazione. Il cartello è stato subito rimosso



Presidente Enzo Lucchini (foto), 63 anni, è alla guida dell'Istituto dei tumori

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio
30-NOV-2017
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it
Tiratura: 138370 - Diffusione: 113790 - Lettori: 292000: da enti certificatori o autocertificati

Anche la domotica per «spegnere» i tumori

Come una casa dotata degli impianti domotici più moderni dove si può controllare con un clic ogni funzione: così è stato descritto l'effetto del nuovo approccio contro il cancro messo a punto dal gruppo guidato da Fabrizio d'Adda di Fagagna dell'Istituto di oncologia molecolare Ifom di Milano e dell'Istituto di genetica medica Igm del Cnr di Pavia. Per capire la portata innovativa di questo risultato, appena pubblicato su «Nature Cell Biology», va compreso che tutte le cellule cancerose hanno il Dna intrinsecamente danneggiato: la cellula tenta di ripararlo per sopravvivere, e far saltare questo passaggio equivale a eliminarla.
«Lo studio ha radici lontane – spiega d'Adda di Fagagna –, quando nel 2012 sulle pagine di "Nature" delineammo il ruolo cruciale di alcuni Rna non codificanti, piccole molecole costruite in modo complementare allo stampo del Dna ma non usate per sintetizzare proteine. Ogni volta che si genera un danno nel Dna intervengono loro. Solo con il proseguimento delle ricerche abbiamo però capito in che modo lo fanno e, dunque, come impedirlo». In pratica è stato visto che di questo meccanismo sono responsabili non soltanto le proteine che agiscono indistintamente su tutti i punti danneggiati ma proprio gli Rna che, invece, sono complementari ai tratti specifici di lesione del Dna come i due lati di una cerniera. Quindi bloccare questi ultimi garantisce la possibilità di agire in modo selettivo. «Una volta compreso questo abbiamo immaginato molecole capaci di legarsi come il secondo lato di una cerniera, cioè sempre in modo altamente specifico, che potevano mettere fuori uso gli Rna. Le abbiamo chiamate "molecole antisenso": da qui la metafora della casa domotica, un insieme di interruttori da attivare a piacimento spegnendo così il processo interessato, ovvero la riparazione del danno in punti precisi lasciando così morire la cellula».

Alessandra Turchetti

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 29 NOVEMBRE 2017

Diabete e obesità: in un anno hanno provocato 800.000 nuovi casi di tumore

Il tumore è sempre più curabile, ma la prevenzione resta il mezzo più importante per combatterlo. E parlando di fattori di rischio, immediato è pensare alle responsabilità del fumo; molto meno a quelle di diabete e obesità, nonostante le loro dimensioni ormai pandemiche. Un lavoro pubblicato su Lancet Endocrinology & Metabolism apre finalmente gli occhi sul numero di tumori direttamente attribuibili a diabete e chili di troppo. Tanti, troppi per poter essere ignorati. E gli esperti chiedono interventi immediati.

Sono stati quasi **800 mila i casi di cancro registrati nel 2012 in tutto il mondo, attribuibili direttamente al sovrappeso/obesità e al diabete**. Un numero corrispondente al **5,6% di tutti i nuovi casi di tumore per quell'anno**, molte migliaia dei quali evidentemente evitabili. A darne notizia sono gli autori di uno studio pubblicato su *Lancet Endocrinology & Metabolism* che hanno anche scorporato le responsabilità per singolo fattore di rischio: un elevato indice di massa corporea (BMI > 25) nel 2012 ha causato 544.300 nuovi casi di cancro, mentre al diabete ne sono riconducibili 280.100.

800 mila nuovi casi di tumore, attribuiti a fattori di rischio modificabili, rappresentano già una cifra ragguardevole, ma gli esperti mettono in guardia dal fatto che nei prossimi anni questi numeri sono destinati ad aumentare, vista la pandemia di diabete e di obesità e le previsioni epidemiologiche tragiche almeno da qui ai prossimi vent'anni.

Al momento nel mondo si contano **422 milioni di persone con diabete e oltre 2 miliardi di persone obese o in sovrappeso.** Utilizzando le stime di prevalenza di diabete e obesità/sovrappeso **per il 2025, gli autori dello studio prevedono un aumento di tumori attribuibili a questi due fattori di oltre il 30% nelle donne e del 20% tra gli uomini**, rispetto alla prevalenza registrata nel 2002.

BMI elevato e diabete sono noti fattori di rischio per una serie di tumori a causa delle tante alterazioni biologiche ad essi correlati: **iperinsulinemia, iperglicemia, stato di infiammazione cronica, alterazioni ormonali** (in particolare a carico degli estrogeni).

Secondo i risultati di questo studio, che ha valutato i dati relativi a 175 nazioni tra il 1980 e il 2002, sarebbero 18 i tipi di tumore influenzati da questi fattori di rischio. Nel 2012, gli autori hanno raccolto i dati di incidenza di 12 tipi di tumore per 175 nazioni e li hanno incrociati con i dati di elevato BMI e di diabete per quegli stessi Paesi.

La maggior parte dei casi di tumore attribuibili a diabete e sovrappeso/obesità è stata registrata nei Paesi occidentali ad elevato reddito (il 38,2%, cioè 303.000 su 792.600 nuovi casi); seconde in classifica le nazioni dell'est e del sud-est asiatico (24,1% cioè 190.900 su 792.600 nuovi casi).

Le neoplasie del fegato(soprattutto nei Paesi asiatici e nella regione Asia Pacifico ad elevato reddito) e quelle dell'**endometrio**/**mammella** (soprattutto in Europa) sono state quelle che hanno dato un contributo numerico maggiore ai casi di tumore attribuibili al diabete (tumori del colon retto, pancreas, fegato, colecisti, mammella endometrio) o ad un elevato BMI (mieloma, tumore del colon retto,colecisti, pancreas, rene, fegato, endometrio, mammella, ovaio, stomaco, tiroide, esofago). Ma ci sono sempre più evidenze che legano il diabete ad un'aumentata incidenza di mieloma, tumori della vescica, del rene e dell'esofago; questo studio potrebbe dunque aver sottostimato il numero di tumori attribuibili ai diabete.

Trend di incidenza di tumori correlati a diabete o obesità in aumento. Tra il 1980 e il 2002, l'aumento di incidenza del diabete nel mondo ha portato nel 2012 ad almeno 77.000 nuovi casi di tumore, attribuibili a questa condizione, facendo segnare un aumento del 26,1%. Nello stesso arco temporale, l'aumentata incidenza di

sovrappeso/obesità ha prodotto un aumento del 31,9% dei nuovi casi di tumore attribuibili ad un elevato BMI (174.040 nuovi casi).

A mostrare il maggior incremento di nuovi casi di tumore attribuibile a diabete e sovrappeso/obesità sono state le nazioni dell'Asia e dell'Africa sub-sahariana; in particolare i casi di tumore correlati al diabete nel 2012 sono aumentati dell'88% tra i maschi del sud-est asiatico, passando dai 3.500 casi del 1990, ai 6.600 casi del 2012. Analogamente, i casi di tumore attribuibili ad un elevato BMI tra le donne dell'Africa sub-sahariana sono aumentati dell'80% dal 1990 (5.400 casi) al 2012 (9.700 casi).

"L'aumentata incidenza di diabete e obesità a livello globale - commenta il primo autore dello studio **Jonathan Pearson-Stuttard**, dell'*Imperial College* di Londra – potrebbe condurre ad un sostanziale aumento di percentuale dei tumori attribuibili a questi fattori di rischio, se non si interviene. Queste proiezioni destano particolare preoccupazione, anche in considerazione degli elevati costi del cancro e delle malattie metaboliche e sottolineano la necessità di migliorare le misure di controllo e di aumentare la consapevolezza del legame tra cancro, diabete ed elevato BMI".

"Sia il diabete che l'obesità – scrive in un editoriale di commento pubblicato sullo stesso numero il dottor **Graham Colditz**, Washington University School of Medicine (USA) – sono cause modificabili di tumore sulle quali è possibile intervenire a più livelli, sull'individuo, sulla comunità, sui sistemi sanitari e politico. E' necessario intraprendere più azioni per far sì che la gente mantenga un peso corporeo salutare durante tutto l'arco della vita, a cominciare da giovani".

Lo studio è stato supportato da NIHR e *Wellcome Trust* ed è stato realizzato da ricercatori dell'*Imperial College* di Londra e dall'*International Agency for Research on Cancer* (IARC).

Maria Rita Montebelli

IL DUBBIO
Dir. Resp.: Piero Sansonetti
30-NOV-2017
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it
Tiratura: 12000 - Diffusione: 0 - Lettori: 0: da enti certificatori o autocertificati

Le sigarette elettroniche? Bernardini sbaglia: fanno male!

CHI PROVA A SMETTERE DI FUMARE SENZA UTILIZZARLE HA MOLTE PIÙ POSSIBILITÀ DI FARCELA E SPESSO PER I GIOVANI SONO UNA PORTA D'INGRESSO PER LA NICOTINA VERA E PROPRIA

Gentile Direttore, sono un medico che ha cominciato ad occuparsi di tabacco al ministero della Salute per l'applicazione della legge Sirchia e continua ad essere impegnato in questo campo tuttora.
L'articolo di Rita Bernardini sul giornale del 23 novembre 2017, dal titolo "Giù le mani dalle sigarette elettroniche: il mercato deve restare libero! ", ignora alcuni aspetti legati all'utilizzo delle sigarette elettroniche. Ma, vista la sua storia politica, della quale tutti in Italia siamo in qualche modo debitori, l'autrice merita una risposta.
Secondo Rita Bernardini, in base a due colloqui, una col cuoco di un locale e una con un tassista, è possibile stabilire che le sigarette elettroniche sono innocue e che fanno smettere di fumare. Non solo, ma in base alla storia di un ex detenuto si viene a sapere che le e-cig hanno un mercato ed imprese commerciali che creano lavoro.
Per prima cosa non si sa con certezza se le sigarette elettroniche sono utili per smettere di fumare. C'è una controversia a livello scientifico e lo studio più ampio che è stato fatto in Italia mostra che: (a) molti fumatori hanno tentato di smettere con le e-cig, ma (b) nel complesso, quelli che hanno tentato con le e-cig sono riusciti a smettere meno di quelli che hanno tentato da soli, e ancora di meno di quelli che hanno tentato con i farmaci. Alla fine l'84% degli svampatori è composto da fumatori di sigarette di tabacco che svapano, spesso per poter assumere nicotina nei locali chiusi.
Per quanto riguarda la innocuità, è probabile che le e-cig, nel complesso, siano meno dannose delle sigarette di tabacco, ma a livello della popolazione, è stato accertato nell'esperienza degli Stati Uniti che per molti adolescenti le e-cig rappresentano una "porta d'ingresso" alla dipendenza da nicotina, acquisita la quale passano poi alle sigarette di tabacco.
Per quanto riguarda il mercato e il fatto che fanno girare l'economia, oggi quello delle e-cigs è un mercato drogato, con oltre 347 produttori per oltre 24 mila prodotti, cioè 10 volte i prodotti e i produttori delle sigarette di tabacco. Questi produttori non rispettano le normative sulla pubblicità, sull'etichettatura e sulla sicurezza per i bambini dei liquidi e apparecchi. Dulcis in fundo: le sigarette elettroniche più vendute appartengono alle stesse industrie del tabacco che hanno semplicemente diversificato l'offerta, per cui la preoccupazione circa la lobby dell'industria del tabacco è infondata, anche perchè quella potente pressione si esercita proprio con lo stesso scopo, quello di evitare ogni regolamentazione.
Un liberismo così è troppo facile. Nella patria del liberismo ad esempio, gli Stati Uniti, le sigarette elettroniche sono poste sotto la vigilanza e il controllo della Food and drug administration, come i prodotti del tabacco su cui proprio la Fda sta impostando una strategia per l'endgame, cioè la fine dell'epidemia di tabacco negli Usa. Perché?
Perché è necessario tutelare il consumatore che, come sa chiunque sia stato dipendente dalla nicotina, non è pienamente libero e consapevole, come vuole la propaganda dei produttori. Nel leggere la sentenza, a me pare che per la Corte costituzionale le sigarette elettroniche, con o senza nicotina, "normalizzano" il fumo di sigaretta che tanto difficilmente si sta cercando di denormalizzare dalla legge Sirchia in poi, che i radicali giudicarono liberticida. Infatti, non è normale cominciare a intossicarsi di nicotina da ragazzini, per poi diventare consumatori obbligati per 20-30 anni se non per tutta la vita.
Meraviglia piuttosto il fatto che la Presidenza del Consiglio, almeno per bocca dell'Avvocatura dello Stato, mostri di conoscere così bene le ragioni della salute pubblica per dimenticarle quando si tratta di utilizzare la leva fiscale per far aumentare i prezzi delle sigarette di tabacco, come raccomandano l'Organizzazione mondiale della sanità e la Banca mondiale.

PAOLO D'ARGENIO

COMMENTI &
Le sigarette elettroniche? Bernardini sbaglia: fanno male!
L'orgoglio di essere
UN TUTORE VOLONTARIO.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 29 NOVEMBRE 2017

Terra dei fuochi. Romano (Des): “Commissione sanità approva all'unanimità relazione su inquinamento e tumori”

"È la prima volta che il parlamento pubblica un documento ufficiale sul rapporto tra inquinamento, tumori, malformazioni feto-neonatali ed epigenetica". Questo il commento del componente della Commissione Igiene e Sanità, promotore e relatore dell'indagine conoscitiva.

Approvata all'unanimità, in Commissione Igiene e Sanità del Senato, la relazione su inquinamento e tumori. "È la prima volta che il parlamento pubblica un documento ufficiale sul rapporto tra inquinamento, tumori, malformazioni feto-neonatali ed epigenetica. Un'indagine complessa, non senza difficoltà, che si è avvalsa di metodologia interdisciplinare. È stato tracciato un metodo, basato su fondamenti scientifici validati e accreditati. Non più studi spot. Una metodologia da estendere con urgenza per l'analisi anche di altri siti in Italia che destano particolare allarme per la popolazione. Ritenere che Terra dei Fuochi significhi una unicità in Italia è un grave errore", dichiara **Lucio Romano**, componente della Commissione Igiene e Sanità, promotore e relatore dell'indagine conoscitiva.

"Molte considerazioni emergono dalla relazione che richiede un'attenta lettura. Comunque è urgente intervenire per rimuovere le cause inquinanti, ormai ben conosciute in vasti territori italiani, e favorire una diffusa e capillare prevenzione sanitaria come gli screening oncologici. Riconoscere criticità diffuse significa un impegno ancor maggiore", conclude Lucio Romano.

SALUTE

Tumori: Italia a più velocità per reti oncologiche, la fotografia della Puglia

29 Novembre 2017

Roma, 29 nov. (AdnKronos Salute) - Le differenze regionali in sanità sono ancora, purtroppo, una solida realtà. E non fanno eccezioni le reti oncologiche e i percorsi diagnostici terapeutici di assistenza (Pdta) per i malati di tumore. Con il risultato che per i pazienti di alcune aree del Paese tutto è più complicato. Se infatti in Calabria la rete e i Pdta, pur deliberati nel 2015, non sono di fatto mai partiti, il Piemonte può contare su strutture d'eccellenza. Al tema è stata dedicata una sessione del Forum istituzionale annuale del progetto "La Salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere", che si è tenuto oggi a Roma.

Nel corso del Forum è stata presentata anche un'indagine 'modello' sullo stato dell'arte della presa in carico e cura del paziente oncologico e onco-ematologico nella Regione Puglia, con un questionario sottoposto a 25 oncologi e 12 ematologi responsabili delle unità di oncologia ed ematologia regionali negli ospedali e nelle aziende sanitarie pugliesi. "Dalle risposte emerge un quadro complessivo certamente incoraggiante, per la presenza di gruppi multidisciplinari di patologia attivi in numerosi Centri", spiega Vito Lorusso, direttore dell'unità operativa complessa di Oncologia medica, istituto tumori G. Paolo II, Bari.

"Esiste un'offerta oncologica - continua - giudicata di buon livello su tutto il territorio, con alcuni aspetti che potrebbero essere perfezionati. L'istituzione della struttura organizzativa di coordinamento dell'attività dei Centri Oncologici avrà un impatto positivo sia attraverso l'implementazione dei Gruppi multidisciplinari, sia soprattutto di Pdta con valenza regionale".

In questa prospettiva la rete pugliese potrà dunque svolgere un ruolo fondamentale per realizzare un'assistenza veramente universale, senza disparità e squilibri di carattere, economico, sociale e geografico, migliorando la qualità delle prestazioni e riducendo i tempi d'attesa dei pazienti.

Testo

Caratteri rimanenti: 400

INVIA

Liberotv | I VIDEO

Suicidio in diretta in tribunale: beve veleno davanti al giudice e muore, orrore a L'Aja / Video

"Io non sono un criminale": beve veleno in diretta, choc al Tribunale dell'Aja

Corea, la reazione militare: sparato missile contro Kim, l'alba dell'Apocalisse

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio
30-NOV-2017
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it
Tiratura: 138370 - Diffusione: 113790 - Lettori: 292000: da enti certificatori o autocertificati

Il fatto. Intesa Pd-sinistra per portare la norma in Aula al Senato, ma i tempi per l'approvazione sono stretti. Niente accordo sullo Ius culturae

Sul Biotestamento 10 nodi da sciogliere

Dall'alleanza alla nutrizione, così la legge non va

FRANCESCO OGNIBENE

Sono molte e complesse le questioni ancora aperte nel disegno di legge sulle «Disposizioni anticipate di trattamento» atteso all'esame dell'aula in Senato. Ma i tempi per il varo della legge, su cui insiste Campo progressista per chiudere l'alleanza con Renzi, sono strettissimi. Anche perché sul provvedimento che interroga le coscienze c'è chi chiede un dibattito congruo.

D'ANGELO A PAGINA 11

Fine vita ultimo atto delle Camere Cittadinanza, Cp prova il rilancio

Il nodo fra alleanze (nuovi contatti Pd-Pisapia) e leggi da varare

È quasi certo che le Dat saranno inserite, martedì, dai capigruppo nel programma del Senato. Ma l'ok non è sicuro: resterebbero solo sei giorni per approvarle

ROBERTA D'ANGELO
ROMA

La definizione degli ultimi accordi per le alleanze passa anche attraverso il calendario delle Camere. Ed è in particolare quello di Palazzo Madama che sarà in grado di sciogliere le ultime riserve di Giuliano Pisapia sull'intesa con il Pd. A condizionare il cammino restano anche le leggi su fine vita e *ius culturae* che potrebbero, in teoria, vedere la luce a Palazzo Madama. Ma la legislatura è ormai agli sgoccioli. Lo slittamento a martedì prossimo della conferenza dei capigruppo, che stabilisce l'agenda dei lavori, restringe ancora di più lo spazio necessario all'esame e al voto di provvedimenti che hanno a che fare con la coscienza dei parlamentari.
Il leader di Campo progressista chiede che vengano messe comunque entrambe nello scadenzario. Ben sapendo che le ultime battute del governo dovranno essere guidate dalla prudenza, come consigliato dal Quirinale. L'orientamento è quello di non mettere a rischio il premier Paolo Gentiloni, di non esporlo a bocciature costringendolo alle dimissioni mentre è ancora in piedi l'iter della manovra di bilancio. Di fronte a un quadro politico poco chiaro e scomposto, il rischio di una nuova legislatura all'insegna dell'ingovernabilità rende necessaria la chiusura di questa con un esecutivo "forte". Perciò il presidente del Consiglio non intende mettere la fiducia sulle Dat, mentre appare ormai difficile che possa farlo sulla legge per la cittadinanza, tema su cui la sua maggioranza comunque si spaccherebbe e che per questo sembra quasi sparito dalle agende parlamentari.
Nonostante questo, per Pisapia resta fondamentale – oltre ai capitoli spuntati nella manovra – una dichiarazione di volontà di approva-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

re i due provvedimenti. E perciò ancora ieri la delegazione di Cp capeggiata da Bruno Tabacci, che ha incontrato il mediatore Piero Fassino e il vicesegretario del Pd Maurizio Martina, ha insistito per la calendarizzazione delle due leggi. Martedì prossimo, dunque, i due provvedimenti potrebbero essere inseriti in agenda. Quasi certo che lo sarà quella per il fine vita. Ma sulla possibilità che vada in porto, però, ci sono molti dubbi. Lo stesso presidente emerito della Repubblica, Giorgio Napolitano, ne ha auspicato l'approvazione, prospettiva che però vede incerta: «Bisognerebbe chiedere a un indovino», ha ironizzato.

Per lavorare sul delicato provvedimento, infatti, occorrerà attendere verosimilmente la settimana successiva. L'aula, una volta che verrà licenziata la legge di Bilancio, avrà da completare il lavoro sul regolamento. Ma la settimana sarà corta, perché il 7 (Sant'Ambrogio) e l'8 sono due giorni festivi, e si arriverà all'unica settimana a disposizione (quella dall'11 al 16), considerando che quella prima di Natale sarà utilizzata per convertire definitivamente in legge la manovra, se tornerà da Montecitorio. Insomma, in soli 6 giorni si dovrebbe lavorare su un testo arrivato in aula senza relatore, su cui il governo si rimette all'assemblea e su cui molti partiti lasciano libertà di coscienza. Se è poi vero che non ci sono molti emendamenti, è anche vero che il ricorso al "canguro" per accorparli appare una forzatura, non essendoci intento ostruzionistico da parte di nessun gruppo. Né sarebbe opportuno contrarre un dibattito su un tema così sensibile.

Sulla carta, comunque, la legge potrebbe avere la maggioranza. Lo scorso 20 aprile il testo venne licenziato dalla Camera con 326 voti favorevoli e 37 contrari (4 gli astenuti). A favore votarono Pd, 5 Stelle, Si, Mdp, Psi e gran parte dei Civici e innovatori. Libertà di coscienza da Des-Cd e Scelta civica. Sulla conferma del voto favorevole di M5S, però, ci sono dubbi nel Pd, che ricorda il voltafaccia dei grillini sulle unioni civili.

Nessuna certezza, quindi, se non che con il termine dell'anno, verosimilmente si arriverà alla fine della legislatura. Un segnale in questo senso è stato anche l'inserimento, quest'anno, nella manovra del decreto cosiddetto "milleproroghe", tradizionale appuntamento di gennaio. Perciò la diplomazia dei dem stringe sulle alleanze. Lorenzo Guerini ha ormai l'accordo quasi fatto con Ap e con i centristi di Casini e di Des. Ma si fissano i paletti anche con le liste europeista di Bonino e Della Vedova, oltre che con Cp, ancora ottimista sulla possibilità di "arruolare" la presidente della Camera Laura Boldrini, dopo la delusione per la probabile decisione del presidente del Senato Pietro Grasso di guidare la lista di Mdp, Si e Possibile, che vedrà la luce domenica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'aula del Senato, a Palazzo Madama.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Il Messaggero
Dir. Resp.: Virman Cusenza
www.datastampa.it
Tiratura: 143384 - Diffusione: 114339 - Lettori: 1041000: da enti certificatori o autocertificati
30-NOV-2017
da pag. 2
foglio 1

Dalla famiglia alla sanità ecco le nuove misure e i nodi ancora da sciogliere

Superticket
Per le esenzioni previsti 60 milioni

Il super ticket sanitario (applicato in aggiunta a quelli previsti dalle Regioni) per analisi e visite specialistiche è un tema caldo della manovra: il governo si era impegnato a iniziare a ridurlo. Con questa finalità sono stati stanziati 60 milioni l'anno, che coprono però solo una parte delle risorse finanziarie necessarie. Ulteriori ritocchi potrebbero arrivare alla Camera. L'obiettivo è esentare particolari categorie come i minori e i cittadini a reddito basso.

Web tax
Servizi digitali, prelievo sui ricavi

Il Senato con un emendamento firmato da Massimo Mucchetti ha introdotto nell'ordinamento italiano la web tax, sotto forma di imposta del 6 per cento sui ricavi, per le società di servizi digitali che non accettano di avere una stabile organizzazione in Italia. Un credito di imposta dovrebbe impedire che il tributo vada a colpire le aziende italiane. Ma sulle modalità di applicazione sono stati suscitati dubbi: non sono esclusi aggiustamenti alla Camera.

Pir
Investimenti anche nell'immobiliare

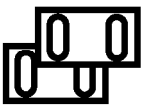
La commissione Bilancio ha confermato l'allargamento dei Pir (Piani individuali di risparmio) al settore immobiliare da cui in precedenza erano esclusi. Questo strumento di investimento, introdotto con la precedente manovra, ha ottenuto finora un successo per molti versi inatteso. Per fine anno, come ha spiegato Fabrizio Pagani, capo della segreteria tecnica del Ministero dell'Economia, si prevede una raccolta di 10 miliardi mentre le stime a cinque anni variano tra i 50 e i 70.

007
Colloqui in carcere anti-terrorismo

Tra le proroghe inserite nel testo della manovra ce ne sono alcune che non hanno valenza finanziaria: come quella che riguarda gli 007. Il personale del Consiglio dei ministri potrà continuare a «richiedere che i direttori dei servizi di informazione per la sicurezza oppure il personale dipendente espressamente delegato siano autorizzati a colloqui personali con detenuti e internati, al solo fine di acquisire informazioni per la prevenzione di delitti con finalità terroristica di matrice internazionale».

Assistenza
Fondi per i parenti dei malati in casa

Nasce con la legge di Bilancio per il 2018 il fondo per il sostegno dei cosiddetti *caregiver*, mariti, mogli, genitori, figli o comunque parenti fino al terzo grado che si prendono cura direttamente di familiari non autosufficienti o gravemente malati. Le risorse ammontano a 60 milioni distribuiti tra 2018, 2019 e 2020. Sarà prima una legge e poi il decreto ministeriale attuativo del ministero del Lavoro, da emanare in tre mesi, a definire l'utilizzo di queste risorse.



Pensioni
Uscita a 67 anni, salvate 15 categorie

Con un emendamento è stato recepita l'intesa raggiunta dal governo con Cisl e Uil in materia di previdenza, che prevede 14.800 deroghe per i lavoratori di 15 categorie all'incremento dei requisiti pensionistici collegato all'aumento della speranza di vita. Resta però da definire il possibile allargamento dello strumento dell'Ape sociale: prima è necessario accertare l'esatta entità delle risorse avanzate dall'utilizzo dell'indennità nel corso di quest'anno.

Le modifiche alla manovra
Ricerca, statali e scuola: via alle assunzioni
Dalla famiglia alla sanità ecco le nuove misure e i nodi ancora da sciogliere

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 29 NOVEMBRE 2017

Legge di Bilancio. Finito esame in Commissione. Oggi in Aula, certo il voto di fiducia. Ecco tutte le norme su sanità e sociale, dal superticket al payback. Niente da fare per l'aumento del costo delle sigarette, l'emendamento è stato ritirato

Dall'allegerimento del superticket con un fondo strutturale da 60 mln di euro l'anno al bonus bebè. Dal fondo in favore dei caregiver familiari al via libera alle procedure concorsuali per Agenas, fino al contributo che le società di capitali operanti in farmacia dovranno versare all'Enpaf. Queste alcune delle novità introdotte durante l'esame in Commissione Bilancio. Nel pomeriggio l'esame in Aula ma si dà per certo che verrà posta la fiducia. Atteso già domani il via libera. Si arresta invece la proposta di aumentare il costo delle sigarette che avrebbe dovuto portare 600 milioni nelle casse del Ssn

Si è concluso ieri notte l'esame della Commissione Bilancio alla manovra. Dopo il via libera alla proposta per allegerire il superticket nel prossimo triennio, la V Commissione ha approvato altri quattro emendamenti riguardanti la sanità.

Si tratta di quattro riformulazioni in tema di **tariffe massime delle strutture che erogano assistenza ospedaliera**, valorizzazione degli **Irccs**, via libera a nuove assunzioni per Agenas e un contributo per l'attività di ricerca sul genoma del pancreas. Ritirato, invece, l'emendamento della Commissione Sanità che puntava ad aumentare le **accise sul tabacco** per liberare un gettito di almeno 600 mln da destinare alla sanità.

Il testo licenziato dalla Commissione Bilancio approderà nella giornata di oggi in Aula. Si dà per certo che verrà posta oggi la questione di fiducia. Il via libera è atteso già nella giornata di domani.

Di seguito una sintesi di tutte le misure per la sanità già inserite nella manovra del Governo e gli emendamenti approvati.

Art 18 (Bonus 80 euro)
Nel comma 1-bis dell'art. 13 del testo unico delle imposte sui redditi le parole **"24.000 euro"** sono sostituite da **"24.600 euro"**, e le parole **"26.000 euro"** sono sostituite da **"26.600 euro"**. Si alzano così gli scaglioni di reddito di chi ha diritto a ricevere il bonus in modo da evitare che questo venga perso a causa dell'aumento dei contratti.

Art 25 (Contrasto alla povertà)
Il beneficio economico del **Rel (reddito di inclusione sociale)** non può eccedere, in sede di prima applicazione, il limite dell'ammontare su base annua dell'assegno sociale, di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335. Il valore mensile del Rel è pari ad un dodicesimo del valore su base annua **incrementato del 10%**.

La quota del **Fondo Povertà** destinata al rafforzamento degli interventi e dei servizi sociali è pari, in sede di prima applicazione, a **297 milioni nel 2018**(incremento di 35 mln rispetto a legge di Bilancio 2017), a **347 milioni nel 2019** (incremento di 70 mln) e a **352 milioni a decorrere dal 2020**.

Il **Fondo per la lotta alla povertà e all'inclusione sociale** è incrementato di **300 milioni di euro nel 2018**, di **700 milioni di euro nel 2019**, di **665 milioni di euro nel 2020** e di **637 milioni di euro annui a decorrere dal**

2021. Lo stanziamento del Fondo è inoltre incrementato di ulteriori **235 milioni di euro nel 2020** e di **263 milioni di euro annui a decorrere dal 2021** per le finalità da individuare con il Piano nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale.

La **dotazione del Fondo povertà** è determinata in **2.059 milioni di euro nel 2018**, di cui 15 milioni di euro accantonati ai sensi dell'articolo 18, comma 3 del dlgs n. 147/2017, in **2.545 milioni di euro nel 2019** e in **2.745 milioni di euro l'anno a decorrere dal 2020**. Ai fini dell'erogazione del beneficio economico del Rei i limiti di spesa sono determinati in 1.747 milioni di euro nel 2018, in 2.198 milioni di euro per l'anno 2019, in 2.158 milioni di euro per l'anno 2020 ed in 2130 milioni di euro a decorrere dal 2021.

Art 26 (Welfare di comunità)
Per le erogazioni relative ai progetti promossi dalle fondazioni nel perseguimento dei propri scopi statutari, finalizzati alla promozione di un welfare di comunità, attraverso interventi e misure di contrasto alle povertà, al disagio di famiglie con minori, alla domiciliarità delle cure agli anziani e ai disabili, è riconosciuto alle fondazioni medesime un contributo, sotto forma di **credito d'imposta pari al 65 per cento delle erogazioni effettuate nei periodi d'imposta successivi a quello in corso al 31 dicembre 2017**, a condizione che le predette erogazioni siano utilizzate dai soggetti richiedenti nell'ambito dell'attività non commerciale.

Il contributo è assegnato, fino a esaurimento delle risorse disponibili, pari a **100 milioni per ciascuno degli anni 2019, 2020 e 2021**, secondo l'ordine temporale con cui le fondazioni comunicano all'Associazione di fondazioni e di casse di risparmio S.p.A. (Acri) l'impegno a effettuare le erogazioni.

Il credito d'imposta è riconosciuto fino ad esaurimento delle risorse annue disponibili, è indicato nella dichiarazione dei redditi relativa al periodo d'imposta di spettanza e nelle dichiarazioni dei redditi relative ai periodi di imposta successivi in cui il credito è utilizzato.

Art 30 (Politiche per le famiglie)
Nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze è istituito un Fondo da destinare ad interventi per le politiche della famiglia con una dotazione di **100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018**.

Bonus bebè. L'assegno per i nuovi nati sarà di **80 euro per il 2018**. Poi, a partire dal 2019, il bonus diventerà strutturale ma scenderà a **40 euro**. Fissata a **25.000 euro la soglia Isee** per potervi accedere.

Caregiver familiare. Viene istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali un "Fondo per Il sostegno del titolo di cura e di assistenza del caregiver familiare", con una dotazione iniziale di **20 milioni di euro** per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020.

Art 41 (Misure in materia di sanità)
Payback farmaceutico. La norma proposta impone all'Aifa di adottare nei primi mesi dell'anno 2018 le determinazioni aventi ad oggetto il ripiano dell'eventuale superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale e del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera per l'anno 2016. L'obiettivo è quello di consentire alle regioni di incassare, come previsto dalla vigente normativa, le somme loro spettanti versate dalle aziende farmaceutiche a titolo di payback.

Viene inoltre disposto che l'Aifa successivamente concluda le transazioni avviate con le aziende farmaceutiche titolari di autorizzazione all'immissione in commercio di medicinali (Aic) relative ai contenziosi derivanti dall'applicazione del decreto enti territoriali, relativi al ripiano della **spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera per gli anni 2013, 2014 e 2015**, ancora pendenti al 31 dicembre 2017.

La necessità di questa soluzione transattiva, come evidenziato dalla relazione illustrativa, "è spiegabile con le prospettive decisamente sfavorevoli dei contenziosi in questione rappresentate dall'Avvocatura Generale dello Stato, laddove, invece, la conclusione delle transazioni comporterebbe la cessazione della materia del contendere per sopravvenuta carenza di interesse, con conseguente neutralizzazione del rischio di restituzione delle somme già incamerate dall'erario derivante dalla soccombenza in giudizio". In ogni caso, **al fine di evitare l'eventuale riproposizione di contenzioso anche in relazione all'anno 2016**, si prevede che gli accordi transattivi possano essere stipulati solo con le aziende farmaceutiche che abbiano regolarmente versato le eventuali somme loro addebitate, riferite al payback del medesimo anno 2016.

La norma, spiega la relazione tecnica, non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, in quanto da un lato si limita ad imporre scadenze certe per la definizione da parte da parte dell'Aifa dei provvedimenti amministrativi di propria competenza ai fini della determinazione del payback per l'anno 2016 e del conseguente

versamento degli importi dovuti, da parte delle aziende farmaceutiche in favore delle regioni, dall'altro impone alla stessa Aifa di chiudere l'imponente contenzioso pendente relativo al periodo 2013-2015, in relazione alle prospettive sfavorevoli rappresentate dall'Avvocatura dello Stato in caso di sentenza del Tar del Lazio. "Al riguardo si evidenzia che il totale richiesto dall'Aifa a titolo di ripiano della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera per il triennio 2013-2015 ammontava a circa **1.486 milioni di euro**. Di tale importo, è stata effettivamente versata una cifra pari a circa **882 milioni di euro**, in gran parte oggetto di contestazione nei ricorsi pendenti dinanzi al Tar del Lazio. In caso di effettiva sottoscrizione degli accordi transattivi, invece, il totale complessivo che verrebbe ad essere incassato è stimato in circa **930 milioni di euro**".

Monitoraggio degli effetti sulla spesa sanitaria dell'utilizzo dei farmaci innovativi. In via spermentale per il triennio 2018-2020, ai fini di un più efficiente utilizzo delle risorse e di una migliore organizzazione del Ssn, il Ministero della salute, di concerto con il Mef, avvierà un **monitoraggio degli effetti dell'utilizzo dei farmaci innovativi e innovativi oncologici sul costo del percorso terapeutico-assistenziale complessivo**. Il monitoraggio, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, sarà effettuato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza su una o più aree terapeutiche e sarà svolto sulla base dei dati di real world evidence e delle informazioni ricavate dai Registri dei farmaci innovativi e innovativi oncologici sottoposti al monitoraggio dell'Agenzia italiana del farmaco.

L'esito del monitoraggio, ferma restando la cornice finanziaria vigente per il Servizio sanitario nazionale, sarà funzionale alla migliore allocazione delle risorse programmate per il Ssn, ricomprendendo anche la valutazione della congruità dei fondi per i farmaci innovativi e per i farmaci
innovativi oncologici.

Proroga deroga tariffe Ismett - Sicilia. Prorogata di un anno, fino al **31 dicembre 2018**, la valorizzazione delle tariffe dell'Ismett di Palermo.

Informatizzazione del ciclo passivo degli acquisti da Ssn. Al comma 1 si spiega come, al fine di incentivare l'efficienza e la trasparenza del sistema di approvvigionamento della pubblica amministrazione, l'emissione, la trasmissione, la conservazione e l'archiviazione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi dovrà essere effettuata in forma elettronica. A tal fine, con decreti del Ministro dell'economia e delle finanze, sentita con Agid, d'intesa con la Conferenza unificata, saranno adottati appositi regolamenti volti a disciplinare le modalità tecniche e le date di entrata in vigore delle modalità obbligatorie di invio in forma elettronica della predetta documentazione.

Il comma 2 stabilisce che, per gli enti del Servizio sanitario nazionale, ai fini del potenziamento del monitoraggio della spesa sanitaria, anche in relazione al perseguimento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, la trasmissione dei documenti di cui al comma 1 avviene per mezzo del Sistema di gestione messo a disposizione dal Mef e da questo gestito anche avvalendosi delle proprie strutture societarie. Questo sistema di gestione rientrerà tra gli strumenti per il monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie.

Edilizia sanitaria. Vengono modificati i termini temporali delle misure contenute al comma 310 della legge finanziaria del 2006. Per razionalizzare l'utilizzo delle risorse per l'attuazione del programma di edilizia sanitaria gli accordi di programma sottoscritti dalle Regioni, decorsi 30 mesi (in precedenza erano 18) dalla sottoscrizione, si intenderanno risolti, limitatamente alla parte relativa agli interventi per i quali la relativa richiesta di ammissione al finanziamento non risulti presentata al Ministero della salute entro tale periodo temporale, con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa. La disposizione si applica anche alla parte degli accordi di programma relativa agli interventi per i quali la domanda di ammissione al finanziamento risulti presentata, ma valutata non ammissibile al finanziamento entro 36 mesi (in precedenza erano 24) dalla sottoscrizione degli accordi medesimi, nonché alla parte degli accordi relativa agli interventi ammessi al finanziamento per i quali, entro nove mesi dalla relativa comunicazione alla regione, gli enti attuatori non abbiano proceduto all'aggiudicazione dei lavori, salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute.

Registro nazionale delle talassemie e delle emoglobinopatie. Viene istituito il registro nazionale delle talassemie e delle emoglobinopatie che punta a migliorare la diagnosi, la prevenzione, la cura e la ricerca su questa patologia.

Contributo Enpaf da parte di società di capitali in farmacia. Le società di capitali, le società cooperative a responsabilità limitata e le società di persone proprietarie di farmacie private, con capitale maggioritario di soci non farmacisti, dovranno versare all'Enpaf un contributo pari allo 0,5% sul fatturato netto IVA. Il contributo dovrà essere versato all'Enpaf annualmente entro il 30 settembre dell'anno successivo alla chiusura dell'esercizio.

Superticket. Viene istituito un **fondo strutturale da 60 milioni l'anno** per agevolare l'accesso alle prestazioni sanitarie a specifiche categorie di soggetti vulnerabili. La definizione di soggetti vulnerabili comprenderà le vulnerabilità sociali, legate al reddito, e anche quelle legate a patologie o a soggetti vulnerabili come i minori.

Tariffe strutture ospedaliere. Si punta a far sì che le tariffe massime delle strutture che erogano assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza protesica costituiscano riferimento per la valutazione di congruità delle risorse a carico del Ssn, quali principi di coordinamento della finanza pubblica.

Valorizzazione Irccs. L'obiettivo è quello di rimuovere, nel rispetto dell'equilibrio finanziario del sistema, eventuali provvedimenti normativi tesi a limitare il raggiungimento della piena capacità produttiva degli Irccs.

Agenas. Viene rideterminata la dotazione organica dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali nel numero di **146 unità**, di cui **17 con qualifica dirigenziale**. Per il biennio 2018-2019, nel rispetto della programmazione triennale di fabbisogno di personale, Agenas potrà bandire procedure concorsuali, per esami, per assunzioni a tempo indeterminato di **100 unità di personale**, di cui **10 dirigenti di Area III**, **80 categoria D** a posizione economica base, **7 categoria C** posizione economica base e **3 categoria B** posizione economica base, con una riserva di posti non superiore al 50% per il personale non di ruolo, di qualifica non dirigenziale, che, alla data di entrata in vigore della legge, presti servizio, con contratto a tempo determinato da almeno 3 anni presso l'Agenzia stessa.

Contributo ricerca. Viene attribuito un contributo economico a decorrere dal 2018 per l'attività di ricerca sul genoma del pancreas alla **Fondazione italiana onlus per la ricerca sulle malattie del pancreas**.

Art 68 (Contributo Regioni a finanza pubblica)
Alle Regioni a statuto ordinario è attribuito un contributo destinato alla riduzione del debito di importo pari a **2.200 milioni di euro per l'anno 2018**. Gli importi spettanti a ciascuna Regione a statuto ordinario possono essere modificati a invarianza del contributo complessivo, mediante accordo da sancire, entro il 31 gennaio 2018, in sede di Conferenza Stato Regioni. Ciascuna Regione a statuto ordinario consegue nell'anno 2018 un valore positivo del saldo di cui al comma 466 dell'articolo 1 della legge 11 dicembre 2016, n. 232 in misura pari al contributo di cui al periodo precedente.
Per l'anno 2018 il concorso alla finanza pubblica delle Regioni a statuto ordinario, per il settore non sanitario è **ridotto di 100 milioni di euro** e per la quota rimanente è realizzato:
a) per **2.200 milioni di euro** con il contributo di cui al comma 1;
b) per **94,10 milioni** mediante riduzione delle risorse per l'edilizia sanitaria;
c) per **300 milioni di euro** in ambiti di spesa e per importi proposti, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, in sede di autocoordinamento dalle regioni e province autonome medesime, da recepire con intesa sancita dalla Conferenza Stato Regioni, entro il 30 aprile 2018. In assenza dell'intesa, il contributo di cui al primo periodo è ripartito con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare previa deliberazione del Consiglio dei ministri, tenendo anche conto dei fabbisogni standard come approvati ai sensi del comma 534-bis dell'articolo 1 della legge 11 dicembre 2016, n. 232 e delle capacità fiscali standard elaborate dal Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento delle finanze avvalendosi della Struttura tecnica di supporto alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome presso il Centro interregionale di Studi e Documentazione (CINSEDO) delle regioni.

In caso di mancata approvazione dei fabbisogni standard e delle capacità fiscali standard, il concorso alla finanza pubblica di cui al periodo precedente è ripartito tenendo anche conto della popolazione residente e del Pil. Il predetto decreto del Presidente del Consiglio dei ministri individua anche le modalità di acquisizione delle risorse da parte dello Stato

In deroga alle disposizioni recate dall'articolo 20, comma 3, primo periodo, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, le somme per interventi di**edilizia sanitaria** compresi in accordi di programma sottoscritti nel 2017 ammessi a finanziamento nel 2018 sono accertate in entrata dalle regioni nel 2019. I termini di risoluzione degli accordi di programma di cui all'articolo 1, comma 310, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 sono prorogati in ragione del periodo di sospensione che si realizza nel 2018.

Giovanni Rodriquez

quotidianosanità.it

Mercoledì 29 NOVEMBRE 2017

Anteprima SDA Bocconi. Sanità pubblica in equilibrio finanziario. Migliora appropriatezza. Ma se la domanda di salute sale, sempre più persone rinunciano alle cure

Nel 2016 il Ssn ha registrato un avanzo contabile pari a 329 milioni di euro. Raggiunto l'equilibrio economico-finanziario nella maggior parte dei sistemi regionali. Ma se gli esiti di cura sono eccellenti, emergono margini di miglioramento rispetto alla mortalità evitabile, specialmente in termini di prevenzione. E l'insufficiente governo della domanda sociosanitaria impatta sempre più sui servizi sanitari. Urgono nuove politiche del personale. Il Rapporto sarà presentato ufficialmente il 4 dicembre a Milano. ECCO LA SINTESI IN ANTEPRIMA

Appuntamento lunedì 4 dicembre, alle ore 9,30, nell'aula Magna Bocconi di via Roentgen 1, per il convegno Nazionale di presentazione del Rapporto OASI 2017 (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano), il volume della Sda Bocconi che dal 2000 monitora e interpreta i cambiamenti in atto nelle politiche sanitarie e nel management delle aziende sanitarie pubbliche e private.

Oltre allo stato dell'arte del sistema sanitario e socio-sanitario, nel corso della giornata saranno approfonditi e discussi i seguenti temi: le politiche di riordino dei Ssr; i profili economico-finanziari delle aziende alla luce dei parametri che disciplinano i Piani di Rientro aziendali; la lotta agli sprechi e alla corruzione e i relativi impatti sui processi gestionali; lo sviluppo delle cure intermedie, di cui sarà presentata la prima mappatura nazionale; il rafforzamento del middle management del Ssn; i cambiamenti in atto e le interrelazioni crescenti che riguardano HTA, acquisti e logistica.

Se tutti questi aspetti saranno ampiamenti approfonditi nel corso del convegno, è però già oggi disponibile un'anteprima dei dati del Rapporto Oasi 2017. Ed ecco cosa emerge:

UNA SPESA SANITARIA
Al 2015, la spesa sanitaria totale in Italia corrisponde al 9% del PIL contro il 9,9% della Gran Bretagna, l'11,1% della Francia, l'11,2% della Germania, il 16,9% degli Stati Uniti. In Italia nel 2016, la spesa Ssn "pubblica" copre circa il 75% della spesa totale, la spesa privata diretta il 23%, la spesa intermediata il restante 2%.

Tra 2010 e 2016, la spesa del Ssn è cresciuta in media dello 0,7% annuo in termini nominali, tasso inferiore all'inflazione media annua pari a 1,1%. Nel 2016 la spesa SSN è aumentata dell'1,1% rispetto al 2015, attestandosi a 115,8 miliardi di euro.

Nel 2016 il Ssn registra un avanzo contabile pari a 329 milioni di euro, contabilizzando le risorse raccolte con le imposte addizionali regionali. Il Ssn raggiunge l'equilibrio economico-finanziario a livello nazionale e nella maggior parte dei sistemi regionali.

Le fonti pubbliche coprono il 95% della spesa ospedaliera, ma solo il 65% della spesa per assistenza residenziale a lungo termine (LTC) e il 60% della spesa per prestazioni ambulatoriali.

APPROPRIATEZZA ED ECCELLENTI ESITI DI SALUTE, CON SPAZI DI MIGLIORAMENTO
L'Italia registra meno ospedalizzazioni inappropriate (asma, BPCO e diabete) di Regno Unito, USA, Spagna, Germania e Francia, nonché una riduzione del numero di parti cesarei (sebbene faccia segnare uno tra i

maggiori tassi di utilizzo di tale procedura) e un elevato consumo di antibiotici.

Emergono margini di miglioramento rispetto alla mortalità evitabile, specialmente in termini di prevenzione primaria e secondaria.

UN'OFFERTA PUBBLICA IN PROGRESSIVA RIDUZIONE
Diminuiscono i ricoveri, scesi a 9 milioni nel 2016, con una riduzione del 25% nel periodo 20082016. Le principali branche specialistiche mostrano una sostanziale stabilità.

Nel 2015 aumenta lievemente la percezione di rinuncia dichiarata alle cure: 7,9% dei rispondenti. Sebbene la sanità sia uno dei settori meno colpiti dalla percepita rinuncia al consumo, è da sottolineare che la motivazione maggiormente dichiarata è sempre più relativa al costo percepito con una particolare diffusione tra le fasce di popolazione meno abbienti.

DOMANDA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA IN CRESCITA
L'insufficiente governo della domanda sociosanitaria impatta sulla funzionalità dei servizi sanitari, che restano gli unici presenti e accessibili, benché teoricamente inappropriati. I ricoveri "multipli" corrispondono al 55% dei ricoveri ordinari per gli over65: in media, 29 giornate di ricovero medie annue per gli 881.361 anziani interessati dal fenomeno.

IL SISTEMA SANITARIO DISEGUALE
La speranza di vita in buona salute passa da 60 anni al Nord a 56 anni al Sud, con il divario massimo tra Calabria e PA di Bolzano: 50 anni contro 70.

Al Nord il 49,6% dei cronici si percepisce in buona salute, al Sud il 36,6%; si tratta di dati basati sull'auto-percezione, ma che rappresentano un primo campanello d'allarme.

La spesa sanitaria privata delle famiglie è anch'essa sbilanciata al Nord. La Lombardia, con 752 euro per abitante, registra valori più che doppi rispetto alla Campania, con 303 euro.

LA CENTRALITÀ E LE PROSPETTIVE DEL PRIVATO ACCREDITATO
Il 25% dei posti letto ospedalieri, il 59% degli ambulatori e il 78% delle strutture socio-sanitarie residenziali del SSN sono privati accreditati.

Il privato copre, tra le altre, alcune aree dove la domanda è in crescita e l'offerta pubblica limitata (non autosufficienza, riabilitazione).

Il sistema pubblico, nell'esercizio della committenza, dovrebbe riflettere ed esprimere direttive più consapevoli sugli ambiti in cui esternalizzare, garantire maggiore stabilità regolatoria e favorire metriche di programmazione e valutazione basate sulle performance.

L'URGENZA DI NUOVE POLITICHE DEL PERSONALE
Nel SSN italiano, il personale infermieristico è meno della la metà rispetto alla Germania: 6 infermieri ogni 1000 abitanti contro 13. Contemporaneamente, il 52% dei medici ha più di 55 anni; si contano il doppio dei candidati alle specialità mediche rispetto ai contratti finanziati (13.802 versus 6.725). Il problema è la scarsità di risorse per assumere e formare specializzandi, non la mancanza di medici.

Se fosse vera l'ipotesi della persistente debolezza finanziaria, a fronte dell'aumento della cronicità e della LTC, non potremmo che aumentare l'incidenza delle professioni sanitarie e degli operatori sociosanitari, sapendo che il costo medio aziendale di un medico equivale almeno a quello di due infermieri. Questo impone però di modificare le competenze e i ruoli professionali. Tra i medici occorre riflettere sulla quota di generalisti rispetto ai professionisti sempre più specializzati. Nel mondo delle professioni sanitarie occorre distinguere tra crescita verticale nel coordinamento di pari, specializzazione nel contenuto tecnico professionale e sviluppo di ruoli contendibili con altri profili professionali: case manager, gestore di piastra, operations manager.

LA NUOVA GEOGRAFIA DEI SERVIZI FINALMENTE VISIBILE
Si stimano circa 300 Case della Salute (CdS) a livello nazionale, seppur con caratteristiche, servizi e denominazioni molto eterogenee tra di loro.

Sebbene l'81% delle CdS dichiari di offrire servizi di sanità d'iniziativa, solo la metà presenta flussi informativi dedicati, e solo l'8% controlla l'aderenza ai percorsi attraverso indicatori.

Queste contraddizioni derivano dal contrapporsi tra due logiche diverse di governo delle risorse finanziarie del Ssn. Da una parte, la tradizionale logica a silos, verticale e focalizzata sul controllo degli input per livello di assistenza e/o voce di costo; dall'altra, la logica orizzontale, che assegna le risorse per la presa in carico del paziente trasversalmente ai livelli assistenziali e indipendentemente dalla natura delle risorse impiegate. 7

Le due logiche non sono irrimediabilmente contrapposte. Realisticamente, date le attuali condizioni della finanza pubblica, la logica input based resterà largamente diffusa nel sistema. Tale logica dovrebbe però essere applicata con modalità flessibili, permettendo di riallocare risorse tra i silos se ne deriva una maggiore efficacia della presa in carico.

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale ABBONATI ACCEDI

29 nov 2017

SEGNALIBRO FACEBOOK TWITTER

DAL GOVERNO

Farmaci, formazione e ricerca: Memorandum Italia-India

di *Ministero della Salute*

PDF Il Memorandum d'Intesa con l'India

«Abbiamo firmato oggi a New Dehli un importante Memorandum d'intesa tra il Ministero della Salute italiano e quello dell'India, guidato dal Ministro J P Nadda, per una collaborazione bilaterale nel settore della Salute, nel campo farmaceutico, sia in ambito industriale che regolatorio, ma anche per una cooperazione nella formazione del personale medico, nell'ambito della nutrizione e in quello della ricerca». È quanto ha dichiarato il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, primo tra i ministri del Governo italiano, dopo la visita del premier Paolo Gentiloni lo scorso mese, a recarsi in India. Il Ministro Lorenzin ha guidato una delegazione di rappresentanti delle aziende del settore del farmaco, dei device, dell'Università e dell'ospedalità.
«Questo viaggio istituzionale - ha sottolineato Lorenzin - è stato fondamentale per rilanciare la partnership tra Italia e India in un settore, come quello della Salute, che rappresenta una vera e propria eccellenza del made in Italy. "Per questo motivo oltre al Memorandum - ha concluso - abbiamo deciso di attivare anche un tavolo tecnico permanente Italia-India, presso l'Ambasciata italiana di New Delhi, per rafforzare ancora di più la cooperazione tra i due Paesi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA