adnkronos salute

13 aprile 2016
NUMERO 66 | ANNO 10

Pharma kronos

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Cancro ovaio, pazienti chiedono più test genetici

Ogni anno circa 250 mila donne si ammalano di tumore ovarico nel mondo, quasi 5 mila solo in Italia. Un 'killer silenzioso' che provoca più di 140 mila morti l'anno e che nel nostro Paese rientra tra le prime 5 cause di morte per cancro tra le donne fino ai 70 anni. La mutazione del gene Brca, di cui è affetta anche Angelina Jolie, si stima sia presente nel 15-25% delle pazienti con tumore ovarico e aumenta vertiginosamente le chance di ammalarsi e la gravità della patologia. Anche sull'esempio della 'signora Pitt', sono ormai diversi anni che la medicina ha sancito l'importanza dei test genetici per prevenire e contrastare molti tumori, incluso quello ovarico. "Va ribadito - evidenzia Nicoletta Cerana, presidente Acto onlus, Alleanza contro il tumore ovarico - che i test genetici sono fondamentali per identificare precocemente il tumore e modificare la prognosi della malattia. Non solo permettono alle pazienti di accedere a terapie personalizzate e mirate, ma hanno anche un valore diagnostico importante, consentendo a ogni donna di adottare strategie di riduzione del rischio adeguate". "Per questo, investire nella diffusione dei test molecolari su tutto il territorio nazionale, per quanto inizialmente costoso - dichiara la senatrice Fabiola Anitori, componente della commissione Sanità - deve essere una priorità per lo Stato. Finalmente essendo passati dalla medicina generica a quella personalizzata, nell'affrontare e curare un tumore non si ragiona più in termini di speranza di vita, ma di qualità di vita del paziente. È diritto di tutti curarsi, anche se la propria patologia è rara. Da qui nasce la volontà del legislatore di incoraggiare, anche con incentivi quali 'scientific advice' gratuito o 'protocol assistance', lo sviluppo di farmaci per malattie rare".

(B.D.C.)

Sardegna. Punti nascita, Arru a sindaci: "Chiusure obbligate per la sicurezza dei pazienti. Bisogna lavorare in rete"

La questione sollevata ieri dal tavolo di coordinamento Anci sulla sanità. "I percorsi nascita devono essere e saranno garantiti nei territori da équipes multidisciplinari". Per Arru "prospettare quadri drammatici di peggioramento dei servizi non è corretto, sia perché non rispondente alla realtà, sia perché la paura è un ostacolo al dialogo".

12 APR - "La comunicazione di un documento complesso come la delibera sulla riorganizzazione della rete ospedaliera richiede capacità di ascolto. L'Assessorato alla Sanità, oltre a ribadire la volontà della Giunta di migliorare i servizi e non di peggiorarli rispetto alla situazione attuale, riafferma la disponibilità al dialogo. Tuttavia, non si può non rimanere sorpresi dalle dichiarazioni rilasciate da alcuni sindaci". Ad affermarlo, in una nota, l'assessore della Sanità della Regione, **Luigi Arru**, con particolare riferimento a quanto dichiarato da alcuni Sindaci sulla chiusura di punti nascita ospedalieri nel corso del tavolo di coordinamento Anci Sardegna sulla sanità svolto ieri.

"Il nostro obiettivo è mettere insieme posizioni comuni – ha detto il presidente dell'Anci, **Pier Sandro Scano**, avviando la discussione -, tendere ad un sistema sanitario di qualità nel quale tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo dove abitano, abbiano pari dignità e accesso ai servizi sanitari ben sapendo che se non c'è un minimo di attività esiste un problema di sicurezza. Il tema – per Scano - non è risparmiare ma è l'appropriatezza del servizio".

A sollevare la questione dei punti nascita era stato, in particolare, il sindaco di Tempio **Andrea Biancareddu**. "A Tempio l'assessore Arru ha sbagliato approccio e ha creato panico – ha dichiarato Biancareddu -. Pare che il punto nascita di Tempio debba essere chiuso e non si è considerato che per il più vicino ospedale ci vogliono due ore. E che quindi una donna di Aglientu rischia di partorire in strada e non a Olbia. E' tutto da dimostrare che si è più in sicurezza nei grandi ospedali".

Sulla chiusura dei punti nascita Arru ha quindi precisato nella nota che "ad oggi, come conseguenza delle disposizioni del Ministero della Salute, hanno chiuso due punti nascita di Cagliari, perché il numero di parti era inferiore a 500/anno, soglia considerata minima per garantire la migliore sicurezza della mamma e del bambino. Eppure le due case di cura stavano nel pieno centro della città capoluogo. I percorsi nascita – ha proseguito Arru - devono essere e saranno garantiti nei territori da équipes multidisciplinari, saranno modelli della presa in carico della donna durante la gravidanza per assicurare, secondo le conoscenze scientifiche e nel rispetto della naturalità della condizione, il migliore decorso, fino al parto in ambienti di massima garanzia".

Per l'assessore, inoltre, "continua ad esserci un malinteso sul significato della parola Reti. Operare in rete significa superare l'attuale modalità di lavoro, che si sviluppa su 29 ospedali, isolati, molto spesso senza nessun collegamento funzionale tra di loro; con numerosi doppioni e tempi d'attesa eccessivi. Rete significa condividere esperienze professionali, condividere le migliori pratiche professionali per dare i migliori risultati e le migliori tutele ai cittadini sardi. Rispetto agli standard nazionali si è applicato l'articolo 3 del DM N.70, attuativo del Patto del salute, che permette di adattare la programmazione alle diverse realtà locali, come ampiamente si è fatto".

Per Arru, "quando, però, si perde la visione complessiva della Sardegna, si rischia di ricadere in un particolarismo che danneggia l'insieme della proposta organizzativa della Sistema Sanità, - conclude Arru - mettendo in discussione i principi della migliore qualità, sicurezza e appropriatezza. Prospettare quadri drammatici di peggioramento dei servizi non è corretto, sia perché non rispondente alla realtà, sia perché la paura è un ostacolo al dialogo".

12 aprile 2016

© Riproduzione riservata

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

QS gli speciali

Def 2016. I testi e le previsioni per la sanità
tutti gli speciali

iPiùLetti (ultimi 7 giorni)

1 Avere un figlio col diabete. Lettera aperta di un papà
2 Osteopatia e chiropratica tra le professioni sanitarie. De Biasi presenta due emendamenti al ddl Lorenzin
3 Specializzazioni mediche. L'altolà delle Università alle proposte dei sindacati sulla formazione. Lenzi (Cun) a Giannini: "No a differenze nel percorso di studi"
4 Malati cronici abbandonati a se stessi e alle famiglie. Dai farmaci e dispositivi medici a pagamento all'assistenza domiciliare che non c'è. Il nuovo dossier di

adnkronos

13-04-2016

http://www.adnkronos.com

Zika, l'allarme degli esperti: "Virus più preoccupante del previsto"

Il virus Zika è più preoccupante del previsto e il suo impatto negli Usa potrebbe essere superiore a quanto atteso finora. E'**l'allarme lanciato dalle autorità sanitarie d'Oltreoceano**, che sottolineano come "un'ampia serie di difetti congeniti è stata associata all'infezione", nota Anna Schuchat dei Centers for Disease Control and Prevention (Cdc) americani. Inoltre, "le zanzare vettrici del virus potrebbero diffondersi in più Stati del Paese, rispetto a quanto stimato finora".

Durante un briefing che si è svolto l'11 aprile alla Casa Bianca, l'esperta ha avvertito: "**Tutto quello che abbiamo appreso su Zika non è rassicurante, e sembra più spaventoso di quanto si poteva pensare inizialmente**". Finora i casi di infezione confermati negli Stati Uniti sono stati 346, riportano i Cdc, tutti associati a viaggi in Paesi a rischio.

All'inizio del 2016 il presidente Barack Obama ha chiesto al Congresso Usa di accantonare 1,9 miliardi di dollari per combattere l'emergenza Zika. **Nel frattempo sono stati messi in campo 589 milioni di dollari rimasti inutilizzati dalla lotta all'Ebola**. Ma secondo Anthony Fauci del National Institute of Allergy and Infectious Diseases servono più risorse, per contrastare la diffusione della zanzare portatrici e finanziare la ricerca e lo sviluppo di farmaci e vaccini. "Al momento - ha precisato al Bbc World Service - nelle migliori delle ipotes un vaccino potrebbe essere disponibile entro l'inizio del 2018".

ANSA

13-04-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Vaccini a donne in gravidanza proteggono neonati da malattie

Esperta,sì quelli contro difterite, tetano, pertosse, influenza

Vaccinare le donne in gravidanza, contro alcune malattie, protegge il neonato e riduce il rischio di alcune infezioni prevenibili che possono colpire il bambino nei primi mesi di vita. Le vaccinazioni raccomandate in gravidanza sono quelle contro difterite, tetano, pertosse e influenza. Ad affermarlo è Susanna Esposito, presidente dell'Associazione Mondiale per le Malattie Infettive e i Disordini Immunologici (Waidid).

Evidenze scientifiche, spiega l'esperta, "hanno infatti dimostrato che un'efficace trasmissione di anticorpi materni al bambino avvenga soprattutto dopo la 32/ma settimana di gestazione. Le vaccinazioni in gravidanza, dunque, riducono il rischio di infezioni nel bambino nei primi mesi di vita e durante la sua infanzia. La somministrazione di alcuni vaccini nelle donne gravide, come quello contro la pertosse o l'influenza, hanno il duplice obiettivo di proteggere la mamma e il bambino". Se da una parte, tuttavia, "durante la gravidanza sono controindicati i vaccini vivi attenuati come quello contro il morbillo e la rosolia - precisa Esposito - possono essere invece somministrati in sicurezza e vanno appunto raccomandati i vaccini cosiddetti inattivi a base di proteine". Inoltre, sottolinea, "la sicurezza dei vaccini è elevata e documentata dalla costante attività di sorveglianza dei possibili eventi avversi e dagli studi di sicurezza che vengono effettuati sia prima dell'autorizzazione che dopo l'immissione in commercio di ogni vaccino".

Quanto ai nuovi vaccini in sviluppo, le novità, annuncia l'esperta, "riguardano quello contro il Virus Sinciziale Respiratorio (RSV), da somministrare nelle donne incinte per proteggere da patologie infettive i neonati con meno di 6 mesi.

La RSV è infatti la principale causa di mortalità infantile nel mondo dopo la malaria". Un altro vaccino in via di sviluppo, conclude, "è anche quello contro lo Streptococco di gruppo B (GBS), causa principale di meningiti e sepsi neonatali".

LA STAMPA.it

13-04-2016

Lettori

21.401

http://www.lastampa.it/

Aborto, diritto sancito dalla legge: ecco come avviene

Nelle strutture pubbliche deve essere praticato entro i 90 giorni dal concepimento. Due metodi: chirurgico (aspirazione o raschiamento) e farmacologico (con la pillola Ru486)

VALENTINA ARCOVIO

Fra poco più di un mese la **legge italiana sull'aborto compirà 38 anni**. Ma, nonostante i suoi quasi 4 decenni di vita, l'interruzione volontaria di gravidanza è ancora una sorta di percorso a ostacoli nel nostro paese. Come se la scelta di abortire non fosse **già abbastanza tormentata per una donna**, molte si trovano anche a dover affrontare difficoltà per accedere a **un servizio di cui hanno diritto per legge**. A confermarlo è stato qualche giorno fa il **Consiglio d'Europa, che si è pronunciato su un ricorso presentato dalla Cgil**.

LEGGI ANCHE: LA GINECOLOGA DEI 550 ABORTI L'ANNO (AMABILE)

Secondo l'organismo europeo, l'**Italia discrimina il personale medico che non ha optato per l'obiezione di coscienza, sostenendo che questi sanitari sono vittime di "diversi tipi di svantaggi lavorativi diretti e indiretti**".

Si stima che **gli obiettori di coscienza siano in media circa il 70 per cento del totale**, con **picchi che superano il 90 per cento** in alcune regioni. E' vero che l'obiezione di coscienza è un diritto per i medici, ma questo rischia di sopprimere altri diritti di pari dignità, come il **diritto alla salute fisica e psichica della donna**. E quindi il diritto di scegliere di interrompere una gravidanza. Per legge 194/78 la donna infatti ha il diritto di scegliere di non portare avanti una gravidanza, pur nel rispetto di alcuni paletti. E la **pratica medica prevede diverse procedure in base alle esigenze delle pazienti**.

L'ITER PER ACCEDERE ALL'ABORTO

Per legge **una donna può effettuare un'interruzione volontaria di gravidanza in una struttura pubblica entro i primi 90 giorni e se è un aborto terapeutico entro il quarto o quinto mese**.

Per accedere alle procedure per l'interruzione volontaria di gravidanza la donna deve **presentare un certificato che accerta lo stato di gravidanza e un documento che attesta la volontà di interromperla**.

Se si è **minorenni bisogna essere accompagnati da un genitore**, oppure nel caso in cui non ci siano i genitori o non li si voglia informare, è l'**assistente sociale che si rivolgerà al giudice dei minori, per far sì che quest'ultimo rilasci un certificato** per l'autorizzazione all'aborto.

Dal momento in cui si presentano i documenti richiesti bisogna **rimanere in attesa per sette giorni, stabiliti come il tempo necessario a escludere ogni possibilità di ripensamento**. Dopo questa settimana, se la donna non ha cambiato idea, può recarsi presso una struttura idonea e ottenere l'interruzione attraverso due modalità: l'**aborto farmacologico e l'aborto strumentale o chirurgico**. Se poi il dottore sul certificato pone la dicitura «urgente», si può anche non aspettare i 7 giorni, ma andare direttamente ad abortire.

L'ABORTO FARMACOLOGICO

L'aborto farmacologico, **possibile in Italia dal 10 dicembre del 2009,** avviene tramite la somministrazione di farmaci. E' possibile accedere a questa procedura**entro i primi 49 giorni dal concepimento**, quindi solo in uno **stadio molto precoce** della gravidanza.

Questo perché nel periodo successivo il rischio di non riuscita e di complicazioni potrebbe essere superiore rispetto all'attesa. La paziente che sceglie di affrontare la via dell'interruzione farmacologica deve essere **obbligatoriamente ricoverata per la durata del trattamento**. Dopo avere effettuato alcuni**accertamenti preliminari**, la paziente **assume per bocca una prima pillola**. Si tratta del mifepristone, più conosciuto come **RU486**. Questo farmaco **blocca lo sviluppo embrionale e induce il distacco del feto dall'utero**, determinando la fine della gravidanza.

Nell'arco di alcune ore viene poi somministrato un **secondo farmaco**, contenente prostaglandine, che fa contrarre l'utero e consente il suo svuotamento in modo autonomo, senza bisogno di un accesso chirurgico. L'**interruzione farmacologica non è indicata in caso di allergie o ipersensibilità della paziente verso una o più componenti**, e i suoi effetti collaterali possono manifestarsi sottoforma di**tachicardia momentanea, eritema cutaneo, qualche disturbo intestinale**.

Vi è poi il **rischio di emorragia locale**, a causa dell'azione del farmaco che provoca lo sfaldamento dell'endometrio, lo strato più interno della mucosa uterina. E' infatti per questo che la paziente viene tenuta in osservazione per diverse ore in seguito al trattamento. Altro limite di questa pratica è il raro caso in cui non venga completata del tutto l'espulsione del feto. In questo caso si rende necessario intervenire chirurgicamente.

L'ABORTO CHIRURGICO

La paziente può scegliere la cosiddetta **interruzione di gravidanza strumentale**in alternativa a quella farmacologica durante i primi 49 giorni di gravidanza.
Al **50esimo giorno, invece, diventa l'unica opzione**. Per questa procedura è prevista l'**ospedalizzazione per uno o massimo due giorni**.

L'intervento consiste nella **rimozione del prodotto di concepimento contenuto all'interno dell'utero per via chirurgica**. La procedura avviene in pochi minuti e in anestesia. La tecnica più diffusa per praticarlo è l'**isterosuzione, che consiste nell'uso di una cannula che, una volta inserita nell'utero e collegata a una pompa a vuoto, aspira l'embrione/feto e l'endometrio**.

Un altro metodo, che viene ormai praticato molto poco, è quello della **cosiddetta dilatazione e revisione**: la dilatazione si effettua sul collo dell'utero con l'aiuto di una sottilissima pinza e la revisione (anche detta **raschiamento**) coincide con la rimozione del materiale. Le principali **controindicazioni sono quelle legate alla necessità di operare in anestesia generale**. Inoltre c'è il **rischio di emorragie**, di**infezioni** e di **errori nella pratica chirurgica**. Sono tutte complicanze comuni a tutti gli altri tipi interventi.

LE ECCEZIONI DOPO I 90 GIORNI DAL CONCEPIMENTO

Ci sono **casi in cui è possibile abortire anche dopo il 90esimo giorno di gravidanza**. E' infatti possibile accede a questa procedura quando la gravidanza o il parto comportano un grave pericolo per la vita della donna e nel caso subentrino complicazioni che possano costituire un grave pericolo per la sua salute fisica o psichica. E' quindi un aborto terapeutico per tutelare la salute della donna e non per impedire la nascita di un bambino per via del suo stato di salute. **Per questo non basta solo ila richiesta della paziente, ma è necessario l'intervento di uno specialista che attesti le condizioni**.

Viene praticato di norma entro la 22esima e la 24esima settimana di gestazione, una soglia strettamente legata al livello di sviluppo del feto e alla sua possibilità di sopravvivere autonomamente. Si effettua con la somministrazione di farmaci capaci di indurre la dilatazione della cervice e le contrazioni, provocando quello che in termini medici è definito **travaglio abortivo**. Il feto viene prelevato, mentre la **donna è preferibilmente anestetizzata anche per evitare traumi psicologici**.

Nella stragrande maggioranza dei casi il feto non sopravvive. Ma **nella remota possibilità che lo faccia, il medico ha l'obbligo di rianimarlo e fare tutto il possibile per tenerlo in vita**. Una pratica, questa, molto discussa e che comunque non porta alla sopravvivenza duratura del feto.

quotidianosanità.it

Martedì 12 APRILE 2016

Aborto. Garantire a donne che lo chiedono un adeguato counselling sulla contraccezione. Il progetto Aogoi

"È questo un importante passo in avanti per intervenire sulle cause alla radice del problema, per evitare delle interruzioni volontarie di gravidanza ripetute". Così l'Aogoi interviene all'indomani dell'accoglimento del ricorso presentato dalla Cgil al Consiglio d'Europa sulle difficoltà riscontrate in Italia per l'accesso all'aborto nelle strutture pubbliche.

Sensibilizzare operatori dei centri italiani che praticano che praticano le interruzioni di gravidanza sull'importanza di garantire la dovuta attenzione alla contraccezione post Ivg, attraverso un percorso che offra alle donne un adeguato counselling contraccettivo e per la pianificazione familiare. Questo il cardine del progetto Aogoi, illustrato all'indomani dell'accoglimento del ricorso presentato dalla Cgil al Consiglio d'Europa sulle difficoltà riscontrate in Italia per l'accesso all'aborto nelle strutture pubbliche.

"A nostro avviso questo progetto rappresenta un importante passo importante per contrastare un fenomeno senz'altro rilevante nel nostro paese, intervenendo sulle cause alla radice del problema. I dati Istat del 2012 indicano infatti che la percentuale di donne che ripete l'intervento di Ivg è del 26.6%, con una frequenza più alta nelle donne straniere (38%), rispetto alle donne italiane (21%). Il costo complessivo delle Ivg ripetute è di circa 29.9 milioni di Euro l'anno in Italia. Appare pertanto evidente l'importanza che in tutti i centri che praticano le Ivg venga proposto, immediatamente dopo l'interruzione di gravidanza, un programma contraccettivo basato sulle specifiche esigenze della donna e che che qualunque sia il metodo contraccettivo scelto venga fornito subito dopo l'intervento", spiega l'Associazione degli ostetrici ginecologi ospedalieri italiani.

Se chi richiede l'interruzione della gravidanza ha alle spalle un fallimento di un metodo contraccettivo perché fatica ad attenersi allo schema di assunzione di un contraccettivo orale oppure perché non riesce ad utilizzare correttamente il condom "in questi casi può essere utile consigliare i sistemi contraccettivi a lunga durata e reversibili (Larc), che i dati dell'Oms indicano come i sistemi contraccettivi più sicuri e che garantiscono la percentuale più alta di adesione al metodo dopo 12 mesi. Questi metodi possono essere inseriti direttamente durante l'intervento di isterosuzione, senza arrecare alcun disagio alla paziente".

L'articolo 14 della legge 194/78 recita: "Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite (…)". Questa norma, sottolineano dall'Aogoi, che dovrebbe essere nota a tutti, è molto spesso disattesa nei nostri ospedali, dove non sempre è garantita la dovuta attenzione alla contraccezione nel dopo Ivg. "Ciò soprattutto - si spiega - per il sovraccarico di lavoro che molti centri devono sopportare con l'impegno dei nostri colleghi a cui chiediamo un'ulteriore sacrificio per portare avanti questo nostro programma scientifico e di alto valore sociale".

"Come sottolineato in tutte le linee guida, è molto importante che lo staff della struttura che ha praticato l'intervento di Ivg si assicuri che la donna abbia ricevuto informazioni adeguate sulla contraccezione, compresa quella d'emergenza, che il metodo scelto le sia fornito e che possegga i riferimenti del centro per la pianificazione familiare più vicino. Ricordiamo che dopo una interruzione volontaria di gravidanza

si assiste ad una rapida ripresa dell'ovulazione, con l'83% dei cicli ovulatori già nel primo mese dopo l'intervento. L'aggiornamento e la valorizzazione del ruolo degli operatori dei centri Ivg è uno dei punti cardine del nostro progetto che prevede anche la distribuzione di materiale informativo per gli operatori e soprattutto l'organizzazione di incontri di formazione. L'efficacia del progetto - prosegue l'Aogoi - sarà valutata attraverso la distribuzione e l'analisi di un questionario sulla scelta contraccettiva effettuata dalle donne che richiedono l'Ivg. A lungo termine potrà essere valutata anche attraverso la verifica di una riduzione delle Ivg ripetute osservata dai dati Istat".

Nel quadro delle finalità del Progetto Aogoi, che si inserisce in quello più ampio del Piano nazionale Fertilità," riteniamo utile promuovere anche la disseminazione di tutte quelle esperienze dei centri Ivg tese a preservare oltre alla salute riproduttiva e sessuale anche quella psico-fisica delle donne che si trovano a vivere un momento particolarmente delicato della loro vita. In questo contesto, un obiettivo importante è quello di aumentare il più possibile la compliance delle donne nei confronti dei protocolli abortivi utilizzati e di ridurre disagi legati a tale pratica. Nell'ottica di ottenere il miglior risultato terapeutico, con un minimo utilizzo dei farmaci e riducendo il più possibile i tempi di ricovero, venendo così incontro alle esigenze della paziente e delle strutture pubbliche, spesso in difficoltà a causa degli alti costi dei ricoveri".

"Per alcune donne la richiesta di Ivg può rappresentare un'occasione unica di accesso al sistema sanitario, di conseguenza è importante non perdere l'opportunità di proporre un colloquio per la successiva pianificazione familiare - spiegano i ginecologi -. Ricordiamo che le donne sono molto motivate ad evitare un successivo insuccesso della contraccezione".

"L'attenzione alla salute e al benessere sessuale, riproduttivo e psico-fisico della donna e la valorizzazione della professionalità e del ruolo degli operatori dei servizi di Ivg costituiscono gli elementi portanti di questa iniziativa che, siamo certi, contribuirà a ridurre significativamente il tasso delle Ivg ripetute, ormai stabile da molti anni, contrastando il fenomeno alla sua radice. Infatti, basti pensare a quel 26.6% di Ivg ripetute che se contrastate, potrebbero ridurre sensibilmente il numero, per altro già ridotto, degli interventi di interruzione volontaria della gravidanza. Nell'ultimo anno - conclude l'Aogoi - i dati numerici delle Ivg si sono attestati intorno alle 100.000 unità, abbattere ¼ di tale cifra avrebbe un valore sociale meraviglioso, alleggerendo contemporaneamente la pressione sui centri che devono eseguire detti interventi".

Cancro. Senior Italia: "Tassare di 1 centesimo ogni sigaretta per finanziare la ricerca". Lorenzin: "Proposta da prendere in considerazione"

La proposta era stata recentemente avanzata anche da Aiom. Il ministro accoglie positivamente l'idea, ma avverte: "Occorre costruire efficaci meccanismi di condivisione e di comunicazione, altrimenti rischiamo che venga percepita esclusivamente come una nuova tassa e che venga quindi rifiutata".

12 APR - Istituire un fondo ad hoc che contribuisca al rimborso alle Regioni dei farmaci oncologici innovativi, finanziato dalle accise sui tabacchi: è la proposta di FederAnziani Senior Italia, recentemente avanzata anche dall'Associazione Italiana Oncologia Medica (Aiom), per garantire le cure a tutti i cittadini. L'dea è stata illustrata dalla federazione delle associazioni della terza età in occasione di un convegno svoltosi oggi a Roma. **Ogni ora in Italia vengono individuati più di 40 nuovi casi di cancro,** sono 363.300 le diagnosi stimate nel 2015, è il calcolo elaborato da Senior Italia FederAnziani.

Di fronte a questo scenario, l'innovazione in oncologia ha permesso di fornire le prime risposte: negli ultimi anni le guarigioni sono aumentate del 18% (uomini) e del 10% (donne), e la ricerca scientifica ha reso disponibili armi sempre più efficaci come l'immunooncologia e le terapie target personalizzate, che potrebbero consentire di cronicizzare diverse malattie neoplastiche anche molto aggressive e in fase avanzata.
In questo contesto Senior Italia Federanziani propone di applicare **un centesimo in più per ogni sigaretta venduta.** Le cifre sono eloquenti: 10.900.000 sono i fumatori in Italia oggi; 140.000 le sigarette fumate ogni 24 ore; 41.000 i nuovi casi di tumore al polmone nel 2015 ma soprattutto "si deve ricordare – sottolinea una nota - che lo Stato ricava circa 11 miliardi di euro dalle accise del tabacco e impiega queste risorse in vario modo tranne quello che curarne gli effetti quando ne basterebbe una piccolissima parte, anche solo il 5%, per garantire pieno accesso a tutti i malati ai tanti farmaci in arrivo sul mercato".

Il presidente della federazione, **Roberto Messina**, spiega: "Al premier Matteo Renzi, al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin e al Ministro dell'Economia Piercarlo Padoan di impegnarsi entro il 2016 a Istituire un Fondo Nazionale per l'Oncologia finanziato con un centesimo in più per ogni sigaretta, per un totale di 720 milioni di euro l'anno. Il l fondo è la risposta politica alla sfida del secolo: curare i malati di cancro, dando nuove opportunità di vita, garantendo nuove speranze e diventando il Paese più in salute del mondo. A tal fine Senior Italia FederAnziani lancerà una raccolta di firme a sostegno della propria petizione".

La proposta "rappresenta una possibilità da prendere in considerazione – ha osservato il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** – Tuttavia occorre comunicarla e condividerla con efficacia, altrimenti si rischia che venga percepita esclusivamente come una nuova tassa e quindi che venga rifiutata. Siamo comunque impegnati al massimo per disegnare una nuova governance del farmaco, come dimostra il tavolo ad hoc che, da 5 mesi, abbiamo attivato presso la Presidenza del Consiglio. In questi ultimi anni stiamo, infatti, registrando elementi del tutto nuovi ed è in atto una vera e propria rivoluzione. Siamo dinanzi un livello di innovazione simile a quello emerso quando furono scoperti gli antibiotici". E proprio in relazione a questo tema Lorenzin ha ricordato che "servono nuovi meccanismi di ricerca, poiché l'antibioticoresistenza è la prima causa di morte negli ospedali di tutto il mondo".

Nel corso dei lavori è intervenuto anche **Andrea Mandelli,** vicepresidente della Commissione Bilancio al Senato e presidente della Fofi. "I nuovi farmaci in arrivo sono tantissimi – ha evidenziato – e questa novità evoca inevitabilmente il tema cruciale della sostenibilità del Ssn. Questo elemento, assieme al progressivo incrementa della longevità, costituisce indubbiamente un aspetto positivo ma esercita anche una fortissima pressione sui cordoni della borsa. Bisogna quindi costruire una politica di spending review che permetta di selezionare nel migliore dei modi i centri ospedalieri e decidere come effettuare un'efficace razionalizzazione degli ospedali. Serve però un approccio sistemico e non più soltanto emergenziale".

"Già nel 2006, la Federazione degli Ordini dei Farmacisti aveva individuato come potenzialmente dirompenti gli aspetti che oggi abbiamo visto dibattuti qui. Da una parte il progressivo invecchiamento della popolazione, che oggi ci pone al secondo posto in Europa a un'incollatura dalla Germania. Se questo testimonia il successo della nostra sanità e lo spirito solidaristico e inclusivo della tutela della salute nel nostro paese, pone però gravi problemi di reperimento delle risorse, non soltanto per contrastare i big killer, ma anche per il trattamento delle cronicità. L'altro aspetto fondamentale è l'innovazione farmacologica" ha proseguito Mandelli .
"Per troppo tempo molti si sono cullati nella convinzione che l'innovazione si fosse arrestata , mentre si trattava in realtà di una fase di transizione. Oggi i farmaci innovativi, quasi esclusivamente biotecnologici,

giungono alla registrazione in numero sempre crescente e questo pone un'ulteriore tensione al Servizio sanitario; gli interventi tampone, le forme di razionamento delle prestazioni hanno un effetto sempre più limitato. Occorre ripensare alcuni aspetti della nostra sanità, a cominciare dalla governance ma anche dalle fonti di finanziamento e, in questo senso, anche la proposta dell'AIOM e quella analoga di Federanziani meritano di essere prese in considerazione. Abbiamo nel Servizio sanitario un bene prezioso, ma per conservarne il valore anche etico è necessario procedere a una revisione approfondita".

G.B.

12 aprile 2016

© Riproduzione riservata

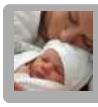
Altri articoli in Scienza e Farmaci

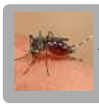
Cuore. Nuove linee guida USA: "Aspirina riduce il rischio di infarto nei cinquantenni"

Cancro. Il matrimonio aiuta a guarire

Medici e aziende farmaceutiche. Simg: "Saremo noi stessi a pubblicare a pubblicare i fondi ricevuti e come li abbiamo usati. Ma aziende devono fare lo stesso. Pubblicare solo nomi e compensi dei medici è fuorviante"

Giornata internazionale della medicina omeopatica. L'80% degli italiani la conosce e il 20% la utilizza almeno una volta l'anno


Neonati. Un periodo di maternità più lungo riduce mortalità


Virus Zika. Oms, ecco lo stato dell'arte sull'infezione

QSnewsletter

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

QS gli speciali

Def 2016. I testi e le previsioni per la sanità
tutti gli speciali

iPiùLetti (ultimi 7 giorni)

1 Avere un figlio col diabete. Lettera aperta di un papà

2 Osteopatia e chiropratica tra le professioni sanitarie. De Biasi presenta due emendamenti al ddl Lorenzin

3 Specializzazioni mediche. L'altolà delle Università alle proposte dei sindacati sulla formazione. Lenzi (Cun) a Giannini: "No a differenze nel percorso di studi"

Salute Domani
Il portale del benessere

13-04-2016

http://www.salutedomani.com/

Senior Italia FederAnziani: un centesimo a sigaretta per combattere il tumore

L'istituzione di un fondo ad hoc che contribuisca al rimborso alle Regioni dei farmaci oncologici a forte carattere innovativo finanziato dalle accise sui tabacchi.

E' questa la proposta di FederAnziani Senior Italia, recentemente avanzata anche dall'Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM), per consentire a tutti i cittadini italiani l'accesso ai farmaci oncologici innovativi.

La proposta è stata lanciata dalla federazione delle associazioni della terza età in occasione di un Convegno svoltosi oggi a Roma con la partecipazione del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, del Presidente dell'AIOM Carmine Pinto, del Sen. Andrea Mandelli, Vicepresidente della V Commissione permanente del Senato della Repubblica, e della dott.ssa Patrizia Popoli, Dirigente di ricerca del Dipartimento del Farmaco dell'ISS.

"Ogni ora in Italia vengono individuati più di 40 nuovi casi di cancro, sono 363.300 le diagnosi stimate nel 2015." – riferisce una nota di Senior Italia FederAnziani – "Di fronte a questo scenario terrificante l'innovazione in oncologia ha permesso di fornire le prime risposte - negli ultimi anni le guarigioni sono aumentate del 18% (uomini) e del 10% (donne) - e la ricerca scientifica ha reso disponibili armi sempre più efficaci come l'immuno-oncologia e le terapie target personalizzate, che potrebbero consentire di cronicizzare diverse malattie neoplastiche anche molto aggressive e in fase avanzata. Ma questi primi risultati rischiano di essere effimeri senza un impegno concreto nel finanziare l'acquisto dei nuovi farmaci innovativi".

“Come farlo?” – prosegue la nota – “La nostra proposta è chiara: un centesimo in più per ogni sigaretta venduta. D’altronde i numeri sono impressionanti: 10.900.000 sono i fumatori in Italia oggi; 140.000 le sigarette fumate ogni 24 ore; 41.000 i nuovi casi di tumore al polmone nel 2015 ma soprattutto si deve ricordare che lo Stato ricava circa 11 miliardi di euro dalle accise del tabacco e impiega queste risorse in vario modo tranne quello che curarne gli effetti quando ne basterebbe una piccolissima parte, anche solo il 5%, per garantire pieno accesso a tutti i malati ai tanti farmaci in arrivo sul mercato”

“È giunto il momento per l’Italia.” - conclude la nota - “Per questo chiediamo al Premier Matteo Renzi, al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin e al Ministro dell’Economia Piercarlo Padoan di impegnarsi entro il 2016 a Istituire un Fondo Nazionale per l’Oncologia finanziato con un centesimo in più per ogni sigaretta, per un totale di 720 milioni di euro l’anno”.

“Il fondo” - commenta il Presidente Senior Italia FederAnziani Roberto Messina - “è la risposta politica alla sfida del secolo: curare i malati di cancro, dando nuove opportunità di vita, garantendo nuove speranze e diventando il Paese più in salute del mondo”. A tal fine Senior Italia FederAnziani lancerà una raccolta di firme a sostegno della propria petizione.

la Repubblica.it

13-04-2016

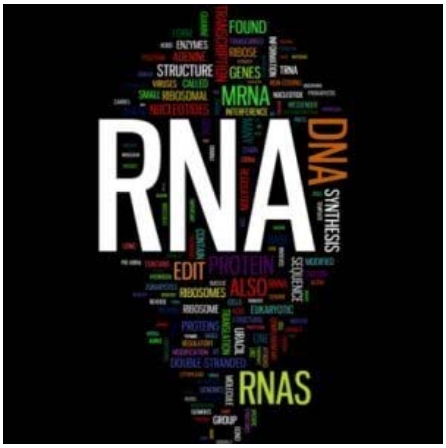
Lettori
37.302

http://la.repubblica.it/salute

Cancro, scoperto il lato oscuro dell'Rna: promuove il tumore e lo difende dai farmaci

Dal Cancer Center del Bidmc di Harvard un importante passo avanti nella ricerca. Quando si presenta nella forma fuso-circolare, l'acido ribonucleico spinge le cellule malate a moltiplicarsi e fa loro da scudo contro le terapie. Pier Paolo Pandolfi: "Una volta identificato il suo ruolo si potranno studiare farmaci che inibiscano direttamente l'azione di questo tipo di Rna"

di AGNESE FERRARA



La scienza fa un importante passo avanti nella lotta ai tumori e scopre come parte del nostro materiale genetico, che normalmente detta le istruzioni di base della vita, in realtà si comporta anche da killer.

E' l'RNA, l'acido ribonucleico ritenuto generalmente un semplice messaggero per copiare i geni dal DNA e codificare le proteine. In realtà, non fa solo questo; anzi, solo il 2% dell'RNA si comporta così. Il resto non si sa ancora bene esattamente quali funzioni abbia. E poiché è proprio sull'ignoto che si giocano le più importanti sfide scientifiche, sono molti gli studiosi che, nel mondo, si dedicano a questo materiale ancora sconosciuto.

Doctor33

13-04-2016

http://www.doctor33.it/

Metodo Hamer, per gli esperti è pericoloso. Ecco di che cosa si tratta

Sarà l'inchiesta della procura di Torino a stabilire se e in che modo la scelta della dottoressa Germana Durando di far seguire il cosiddetto «Metodo Hamer» alla sua paziente Marina ha contribuito alla morte della donna nel 2014, per le 13 metastasi cerebrali originate da un neo lasciato crescere indisturbato. Secondo quanto riferiscono i giornali l'accusa è di omicidio, con l'aggravante della colpa per aver "incredibilmente impedito alla sua paziente un approccio diagnostico e terapeutico che sarebbe stato necessario sulla base delle più elementari conoscenze mediche".

Ma in che cosa consiste il metodo ideato dal medico tedesco Gerd Hamer noto anche per essere il padre del giovane Dirk ucciso nel 1978 da un colpo di fucile quasi certamente sparato da Vittorio Emanuele di Savoia? In quella che Hamer - che oramai da molti anni è stato interdetto alla professione medica - battezzò «Nuova medicina germanica» di verificato con metodo scientifico non c'è nulla: «Dopo uno studio attento della letteratura e delle altre informazioni disponibili, il Gruppo di studio per i metodi complementari e alternativi nel cancro e la Lega svizzera contro il cancro non hanno trovato alcuna dimostrazione che le asserzioni di Ryke Geerd Hamer siano corrette, o che il metodo di cura del cancro che promuove sia efficace» concluse l'analisi condotta nel 2001 da un gruppo di esperti messo insieme con il patrocinio delle due società scientifiche svizzere di oncologia e dell'Istituto elvetico per la ricerca oncologica applicata. La loro raccomandazione era chiara: «Siamo contrari al loro impiego nella terapia dei tumori».

Più nel dettaglio è entrato, qualche anno più tardi, l'oncologo americano David Gorski - direttore della chirurgia della mammella alla Wayne State University School of Medicine - prendendo di petto quella che ha definito, argomentando con dovizia di particolari, una «perniciosa e pericolosa ciarlataneria». Secondo la disamina di Gorski, il "metodo" si basa su 5 affermazioni principali: «ogni malattia è causata da un conflitto che coglie l'individuo alla sprovvista; se c'è una risoluzione del conflitto, ogni malattia procede in due fasi, una con conflitto attivo e una di guarigione; teorizza una correlazione tra psiche, cervello e organo dal punto di vista evoluzionistico; sostiene un ruolo dei microbi nell'evoluzione e in relazione ai tre foglietti embrionali da cui hanno origine gli organi; afferma che ogni cosiddetta malattia deve essere compresa come un "programma biologico speciale della natura dotato di significato", creato per risolvere un conflitto biologico inatteso». «Poiché ho una formazione da chirurgo oncologo, faccio ricerca oncologica di laboratorio e traslazionale e mi dedico nella pratica clinica alla cura di pazienti con tumore del seno, non stupisce che uno degli argomenti che mi irrita di più sono le pseudoterapie contro il

cancro» spiegava introducendo quella lunga dissertazione, che gli è valsa un virulento attacco online con svariati tentativi di infangare la sua reputazione e compromettere la sua carriera accademica, per fortuna sventato. «Ma quindi che cos'è la "Nuova medicina germanica"? Beh, sembra essere una Teoria del tutto in campo medico, e in particolare di tutto ciò che ha a che fare con il cancro. È una ciarlataneria che sta strappando vite».

Per approfondire: La revisione della Lega Svizzera contro il cancro sul «Metodo Hamer» (in inglese) https://assets.krebsliga.ch/downloads/01_02_hamer_e_neu.pdf

Il lungo articolo redatto dall'oncologo David Gorski sul sito della «Society for Science-based Medicine» (in inglese)
https://www.sciencebasedmedicine.org/the-iron-rule-of-cancer-the-new-german-medicine-and-cancer-quackery/

healthdesk

13-04-2016

http://www.healthdesk.it/

I magnifici sette dell'oncologia italiana

Prototipi di cambiamento per approccio e contenuto. Questo rappresentano i sette progetti vincitori della prima edizione dell'Oncology Management Fast Track (Omft), corso di perfezionamento per giovani talenti dell'oncologia italiana, fucina dei futuri migliori primari oncologi.

Il concorso, promosso da SDA Bocconi School of Management e dal Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri (Cipomo) nasce con lo scopo di stimolare i medici all'innovazione e al cambiamento nel campo dell'oncologia. I progetti si riferivano a cinque categorie: riorganizzazione del percorso del paziente negli ospedali (Pdta), dalla diagnosi al follow up, rapporto fra cardiologia e oncologia, integrazione fra ospedale e servizi territoriali e continuità di cura, gestione di urgenze e attività non programmate, modelli di riprogettazione organizzativa dei servizi di supporto al lavoro delle unità operative di oncologia medica.

I migliori progetti, oltre ad essere premiati dalla giuria, verranno pubblicati su Mecosan, rivista trimestrale di management e economia sanitaria.

«Cipomo ha promosso questa iniziativa per mantenere l'oncologia ad alti livelli in futuro - commenta Gianpiero Fasola, past president Cipomo - le difficoltà di oggi e quelle che si intravedono all'orizzonte richiedono idee innovative e nuove capacità».

Ecco i vincitori: Marina Chiara Garassino (Istituto Nazionale dei Tumori di Milano), Marcello Tiseo (Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma), Mary Cabiddu (Azienda Ospedaliera di Treviglio-Romano di Lombardia), Alessandro Mozzicafreddo (Ausl Valle D'Aosta, Aosta), Laura Velutti (Istituto Clinico Humanitas di Milano), La Verde Nicla Maria (Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano) e Sara Lonardi (Istituto Oncologico Veneto).

Medici, pubblicata una guida europea lotta al cancro

I migliori programmi di lotta ai tumori in Ue,contributi esperti

12 aprile, 16:38

(ANSA) - BRUXELLES, 12 APR - Una guida europea con i migliori programmi nazionali di cura del cancro. A pubblicarla è l'European Partnership for Action Against Cancer (Epaac) ed è scaricabile gratuitamente dal sito internet del network (http://cancercontrol.eu/uploads/images/project%20documents/European_Guide_for_Quality_NationalCancerControlProgrammesWEBw_biogr aphies.pdf).

La guida contiene un elenco e una descrizione dettagliata dei diversi programmi di trattamento dei tumori più comuni da parte delle autorità sanitarie dei 28 Paesi Ue. Si va dalle più efficaci tecniche di prevenzione alle cure che hanno riscontrato negli anni il maggior successo, ed una panoramica esauriente sui futuri orizzonti della ricerca oncologica. Presenti anche alcuni preziosi contributi dei massimi esperti europei del settore e una ricca bibliografia scientifica.

L'obiettivo dell'Epaac è quello di fornire agli Stati Ue un valido supporto nella lotta contro il cancro.

La European Partnership for Action Against Cancer è un'iniziativa della Commissione europea e costituisce un'alleanza di diversi soggetti - centri di ricerca, istituzioni pubbliche e soggetti privati - nella collaborazione internazionale contro il cancro. Per l'Italia ne fanno parte il ministero della salute, la regione Toscana, l'European School of Oncology di Milano, la Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt), l'Istituto Nazionale dei Tumori (Irccs), l'Istituto superiore di sanità (Iss), l'Allenza contro il cancro (Acc), l'istituto nazionale per la ricerca sul cancro (Inrc) e l'Aou San Giovanni Battista di Torino. (ANSA).

(Segui ANSA Europa su Facebook e Twitter)

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

SPECIALE GIOVANI

Erasmus: Pe chiede scambi più facili tra chi impara mestiere

Erasmus Mundus, 40% master trova lavoro dopo due mesi

VAI ALLA RUBRICA

EUROPA DELLE REGIONI

Capitale europea innovazione, Torino seconda dopo Amsterdam

Ue: appello città e Regioni a usare meglio mercato unico

VAI ALLA RUBRICA

FINMECCANICA ONE COMPANY STRONGER TOGETHER

I NOSTRI SPONSOR

TIM Telecom Italia

Banca Monte Paschi Belgio

Enel Enel

European University Institute 40 YEARS 1976 2016

#EuFACTOR

Parlamento europeo Ufficio d'informazione in Italia ANSA

Concorso per i giovani "Inviati dell'ANSA per un giorno La generazione Erasmus racconta l'Europa"

SCARICA IL REGOLAMENTO (PDF)

VOTA IL SONDAGGIO

Terrorismo: servono metal detector in stazioni e metro?

SI 77%
NO 23%

Mediatore europeo

I GRUPPI POLITICI

PPE S&D S&D

ANSA

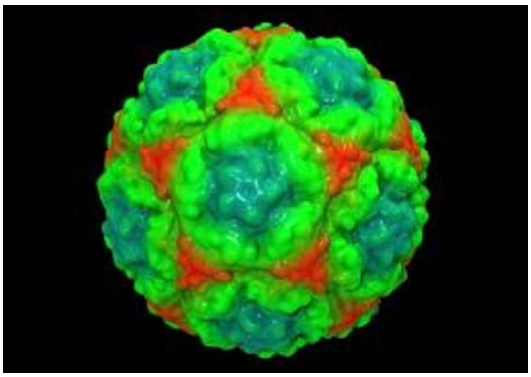
13-04-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Lorenzin,si muore piu' per batteri resistenti che di tumore

Investire anche sulla ricerca di nuovi antibiotici



"Si muore di piu' per un 'raffreddore' negli ospedali in Italia che di tumore". Lo ha detto, usando un paradosso, il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin oggi a Roma alla platea di FederAnziani Senior Italia, l'Associazione Italiana Oncologia Medica (Aiom) riuniti per chiedere alle istituzioni un Fondo che possa consentire a tutti i cittadini italiani l'accesso ai farmaci oncologici innovativi finanziato con le accise delle sigarette. "La ricerca e' spostata sui farmaci innovativi mentre sulla resistenza agli antibiotici, che sono la prima causa di morte al mondo, non sono stati fatti grandi passi avanti", ha spiegato la Lorenzin. Il ministro ha posto l'accento sulla carenza di investimenti in questo settore: "la ricerca e' molto piu' spostata verso i farmaci innovativi e meno verso la resistenza agli antibiotici, bisogna impegnarsi per fare anche questo, - ha spiegato - perche' per assurdo oggi negli ospedali si muore di piu' per un batterio resistente agli antibiotici che di tumore ".

Il Ministro Lorenzin ha poi ricordato come nel nostro passato eravamo abituati a "mangiare" gli antibiotici. "Da bambini il cibo sulle nostre tavole era pieno di antibiotici e questo ha permesso ai batteri di rinforzarsi". Un passaggio poi il ministro della salute lo ha fatto sul tema del costo dei farmaci antitumorali: "Il costo dei farmaci antitumorali, anzi precisamente il sistema dei costi, continua ad essere al centro degli obiettivi del Ministro della salute, hanno costi molto alti ecco perche' stiamo riflettendo su un sistema che possa regolarne il prezzo. Ho parlato a lungo con i colleghi europei - ha concluso la Lorenzin - per trovare un sistema, un meccanismo, che possa aiutare le industrie a continuare a produrre e a noi malati di poterli comprare, un sistema per regolare il prezzo e trovare il punto di equilibrio va ricercato anche a livello europeo e mondiale". (ANSA).

Ora il gruppo di ricercatori del Cancer Center del Beth Israel Deaconess Medical Center (Bidmc), della Harvard University di Boston, fa luce su una parte di questo RNA oscuro e scopre che una sua forma inusuale, cioè diversa dal solito - perché circolare e fusa invece che lineare - promuove la crescita e la progressione dei tumori. Lo studio è stato appena pubblicato sulla rivista*Cell*.

Usando raffinate tecniche molecolari gli scienziati hanno individuato questo tipo di 'RNA fuso-circolare' in diversi tumori, come il sarcoma di Ewing (che colpisce soprattutto le ossa) e il cancro ai polmoni. Poi l'hanno trovato anche in due tipi di tumori del sangue, le leucemie promielocitica e mieloide acuta. Quindi, in laboratorio, hanno osservato che l'RNA fuso-circolare stimola la trasformazione tumorali, inducendo le cellule a crescere e moltiplicarsi a dismisura. Quando gli studiosi hanno inibito l'attività dell'acido ribonucleico incriminato le cellule sono ritornate sane. Osservandolo inoltre nei topolini affetti da leucemia, hanno infine scoperto che l'RNA fuso-circolare protegge le cellule cancerose dall'azione dei farmaci antitumorali.

"Il nostro lavoro apre la strada a ulteriori scoperte che potranno permettere di individuare questi tipi inusuali di RNA il altri tumori e di capire come contribuiscano allo sviluppo del cancro - spiega Pier Paolo Pandolfi, direttore del Cancer Center del Bidmc di Harvard, a capo del gruppo di ricerca - . Conosciuti i meccanismi e il loro ruolo nella progressione dei tumori, questi potranno diventare sempre più bersaglio di molecole che ne blocchino l'azione maligna. Così si potranno mettere a punto farmaci che agiscano direttamente su questi tipi di RNA onde sviluppare una nuova strategia per la cura dei tumori".

quotidianosanità.it

Martedì 12 APRILE 2016

Cancro. Il matrimonio aiuta a guarire

Le persone sposate hanno maggiori probabilità di sopravvivere a un cancro. E tra i single, gli uomini hanno il 27% in più di probabilità di morire, mentre le donne il 19%. A dimostrarlo è uno studio americano pubblicato sulla rivista Cancer.

(Reuters Health) - Le persone sposate hanno maggiori possibilità di sopravvivere al cancro. I motivi sarebbero più legati ad aspetti economico. Secondo i ricercatori, infatti, le persone sposate avrebbero coperture assicurative sanitarie più estese e vivrebbero in quartieri migliori rispetto ai non sposati. Nonostante questo, però, gli sposati avrebbero maggiori probabilità di sopravvivere. "Sembra che conti di più il supporto sociale piuttosto che l'isolamento", ha dichiarato **Scarlett Lin Gomez** dell'University of California di San Diego.

Lo studio
Per lo studio, i ricercatori hanno preso in considerazione circa 783 mila pazienti californiani con una diagnosi di cancro tra il 2000 e il 2009, inclusi 387 mila che sono poi deceduti entro il 2012. I ricercatori si sono concentrati sui pazienti con neoplasie maligne e le dieci più comuni cause di morte per tumore. Una volta 'aggiustati' i dati a seconda dell'assicurazione posseduta da ciascun paziente e dello stato socioeconomico, gli uomini non sposati avevano una probabilità maggiore del 22% di morire rispetto agli spostati, mentre per le donne, la probabilità era del 15% più alta tra le single rispetto alle sposate. All'inizio dello studio, il 70% degli uomini e il 51% delle donne erano sposati e quasi tutti avevano qualche forma di assicurazione sanitaria. I pazienti non sposati, invece, vivevano di più in periferia, non avevano assicurazioni o avevano quella statale, venivano più frequentemente diagnosticati in stadi più avanzati della malattia e non subivano trattamenti chirurgici o radioterapici. Le persone senza assicurazione avevano circa il 25% di probabilità in più di morire rispetto alle persone con un'assicurazione sanitaria privata.

I commenti
Secondo quanto precisato dagli stessi autori, i risultati non dimostrano che la vita da single causi la morte per tumore, ma è possibile che alcune caratteristiche che portano certe persone a sposarsi, come essere maggiormente in salute sia fisica che mentale, rispetto alle persone non sposate, influenzi la sopravvivenza. I risultati, inoltre, non indicano che, tra i single, la morte per tumore sia scontata, ha sottolineato la coautrice **Maria Elena Martinez**, sempre dell'Università della California di San Diego. "Le persone non sposate – ha dichiarato Martinez –,però, dovrebbero rivolgersi a reti di supporto psicologico, sopratutto gli uomini". Secondo Catherine Powers-James, psicologa all'University of Texas MD Anderson Cancer Center, questo sarebbe da ricondurre al fatto che gli uomini beneficerebbero di più, dal punto di vista sociale, del matrimonio. "Anche se sia gli uomini che le donne pensano di essere un peso quando chiedono aiuto, le donne sono più inclini a rivolgersi agli altri per avere supporto e assistenza".

Fonte: *Cancer 2016*

Lisa Rapaport

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

LA STAMPA
TUTTOSCIENZE

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

13-APR-2016
da pag. 30
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

MEDICINA

Che cosa ci aspetta nelle farmacie del futuro

FABBRI PAGINA 30

Nei farmaci del futuro le ricette che rallentano l'invecchiamento

Dalle demenze ai tumori: "Si trasforma il concetto di terapia"

Salvatore J. Enna
Farmacologo

RUOLO: È PROFESSORE ALL'UNIVERSITÀ DEL KANSAS E PRESIDENTE DELL'INTERNATIONAL UNION OF BASIC AND CLINICAL PHARMACOLOGY

FARMACOLOGIA

ROBERTO FABBRI

L'universo dei farmaci è di fronte a una svolta: superare le vecchie linee-guida per scovare approcci più efficaci ed escogitare strategie alternative. Le sfide sono numerose, a cominciare da emergenze endemiche come le malattie neurodegenerative e i disturbi psichiatrici, ma anche il dolore cronico.

Di sicuro le sfide consistono, prima di tutto, nel trovare al più presto nuove molecole. Ma tenendo presente un nuovo concetto: la farmacologia considera sempre più i disordini del cervello - e non solo - non come malattie nel senso tradizionale del termine, ma evoluzioni fisiologiche legate all'invecchiamento. Come la presbiopia o la menopausa. E allora la parola d'ordine non è più solo «curare», ma soprattutto rallentare la progressione delle degenerazioni. Le sperimentazioni secondo questa filosofia sono numerose: per esempio con le cellule staminali in grado di sostituire le cellule di tessuti degenerati o con farmaci che antagonizzano i meccanismi che causano la morte dei neuroni, come accade con Alzheimer, Sla o Parkinson.

A svelare problemi e opportunità sarà il farmacologo Salvatore J. Enna, professore dell'Università del Kansas e presidente dell'International Union of Basic and Clinical Pharmacology. Dopodomani interverrà all'Università di Bologna, su invito della Società Italiana di Farmacologia e ospite di Patrizia Hrelia, ordinario di tossicologia. La farmacologia - spiega Enna alla vigilia della «lecture» - deve aumentare il tasso di successo nella scoperta di nuove molecole, anche se l'impresa non sarà facile né immediata: «Di fronte alle demenze e alle malattie neurodegenerative, ma anche ai disordini dell'umore, dobbiamo ammettere che non conosciamo abbastanza della neurobiologia che c'è alla base».

Molte malattie infettive sono risolvibili in modo definitivo, perché a provocarle c'è un agente patogeno identificabile e, quindi, anche prevenibile: l'arma sono vaccini e terapie. Nel caso delle malattie neurologiche, invece, ci si trova di fronte a sindromi multifattoriali: molte restano sconosciute e altre non sono eliminabili. Non stupiamoci: curare il cervello non è come curare una frattura o un'influenza.

«Gli antidepressivi per esempio - continua Enna - sono ancora le molecole scoperte negli Anni 60 e le poche innovazioni riguardano il miglioramento della sicurezza e della diminuzione degli effetti collaterali. Ma restano carenti dal punto di vista dell'efficacia». Poiché, probabilmente, la maggior parte delle affezioni del sistema nervoso centrale non avrà mai una cura definitiva - puntualizza Enna - la farmacologia si sta attrezzando per cronicizzare queste condizioni. Così è e sarà sempre più anche per il cancro che, «sebbene in molti casi non sia eradicabile del tutto, potrà essere tenuto a bada da farmaci di nuova generazione».

D'altra parte, l'organismo, invecchiando, diminuisce le performance: è meno capace, per esempio, di smaltire il colesterolo fino a che, a una certa età, ricorriamo alle statine. È una soluzione sempre più condivisa. Meno accettabile ci sembra il fatto che cancro e malattie neurodegenerative appaiano a causa dei processi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

LA STAMPA
TUTTOSCIENZE

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

13-APR-2016
da pag. 30
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

di invecchiamento. Ma si tratta di leggi biologiche. In questi casi non esisterà mai un farmaco definitivo, a meno di elaborare terapie geniche che riportino indietro l'orologio dell'età biologica.

«Tra le sfide della ricerca - prosegue - c'è poi quella di ripensare la farmacologia del dolore cronico: la modulazione del dolore, infatti, è un altro mistero – avverte –. Ora si studiano alternative ai classici medicinali, alla lunga poco efficaci. Si tratta di farmaci che "addormentino" il dolore, tenendolo in stand-by». Se in futuro si lavorerà molto su questi disturbi - continua il professore - è vero anche che la ricerca ha già conosciuto una notevole accelerazione, soprattutto nell'analisi del sistema immunitario e delle sue relazioni con numerose malattie. «Oltre a essere implicato nelle funzioni del sistema nervoso centrale e delle sue patologie – spiega – è il primo baluardo nei confronti delle cellule mutate, quelle che potrebbero dare origine a un tumore».

Se non possiamo ancora riportare indietro le lancette del tempo, ci si sta concentrando sempre di più sulla prevenzione. Una scommessa diventa quindi capire come rafforzare proprio il sistema immunitario: uno scudo naturale contro le malattie prima ancora che si manifestino.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 143.225
Diffusione 02/2016: 74.885
Lettori Ed. III 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

13-APR-2016
da pag. 37
foglio 1
www.datastampa.it

Malati & Malattie

La lotta al dolore in 72 ospedali italiani è stimolata anche dalle donne

di Gloria Saccani Jotti

La farmacia e l'ambulatorio di cardiologia dell'ospedale Maria Vittoria di Torino per primi in Piemonte hanno presentato i risultati del progetto «Cardio Pain», promosso dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, con il sostegno del Centro Studi Mundipharma, per ottenere una migliore tutela del paziente ed una maggiore collaborazione tra ospedale e territorio, in tema di appropriatezza prescrittiva dei farmaci analgesici. In Italia la cultura del dolore non è ancora adeguatamente diffusa e prevale l'opinione che esso sia in qualche modo un compagno inevitabile della malattia, una fatalità, un evento scomodo, ma normale. Onda ha coinvolto su questa tematica gli ospedali italiani afferenti al Network Bollini Rosa. Il progetto ha previsto l'inserimento nella lettera di dimissione ospedaliera di un esplicito ammonimento in merito all'uso di farmaci antinfiammatori non steroidei (Fans) e di inibitori selettivi della Cox-2 (Coxib) in pazienti cardiopatici ed ha riguardato 72 ospedali, che nel 2015 hanno preso parte all' H-Open Day Dolore, in cui sono state offerte gratuitamente visite, consulenze ed altre attività attinenti. Al Maria Vittoria, ospedale sempre premiato con i 3 Bollini Rosa, il Progetto Cardio Pain, iniziato nel febbraio 2014, è stato effettuato grazie ad una collaborazione attiva tra l'ambulatorio di cardiologia e la farmacia dell'ospedale, con un percorso dedicato ai pazienti affetti da patologie cardiovascolari. Durante le visite ambulatoriali di controllo è stato somministrato ai pazienti un questionario contenente informazioni relative alla patologia in atto ed all'eventuale utilizzo di farmaci analgesici. Durante questa fase sono state richieste ai pazienti alcune informazioni riguardanti l'assunzione dei medicinali e gli eventuali effetti collaterali riscontrati. Due i follow-up: uno dopo 8 mesi dall'inizio del Progetto ed un secondo dopo altri 6 mesi. Nel 60% dei casi i portatori di patologia cardio-vascolare sono uomini. L'ipertensione arteriosa risulta la patologia più presente tra le patologie di base dei pazienti (60%), seguita dall'infarto miocardico (35%).

gloriasj@unipr.it

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Martedì 12 APRILE 2016

Medici e aziende farmaceutiche. Simg: “Saremo noi stessi a pubblicare a pubblicare i fondi ricevuti e come li abbiamo usati. Ma aziende devono fare lo stesso. Pubblicare solo nomi e compensi dei medici è fuorviante”

“Esiste la possibilità che invece di eliminare i sospetti questi vengano di fatto alimentati, perché le semplici cifre trasferite non spiegano la ragione del finanziamento e la loro entità non spiega e non rende giustizia dello scopo reale per cui vengono impiegate”. Così il presidente Claudio Cricelli sulla norma del codice deontologico di Farmindustria che prevede la pubblicazione dei dati dei rapporti economici delle aziende con medici e organizzazioni sanitarie.

"L’obbligo per le aziende farmaceutiche di pubblicare i trasferimenti di valore nei confronti di singoli medici o Società scientifiche rappresenta, da un punto di vista formale, un passo in avanti verso la trasparenza. Ma non basta. Non è sufficiente rendere noti gli importi di denaro, va indicata anche la ragione dell’erogazione”. **Claudio Cricelli**, presidente della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (Simg), sottolinea un rischio insito nella norma del codice deontologico di Farmindustria che stabilisce che, entro il 30 giugno 2016, le aziende farmaceutiche pubblichino i trasferimenti di denaro effettuati direttamente o indirettamente con gli operatori sanitari e con le organizzazioni sanitarie.

“Esiste la possibilità che invece di eliminare i sospetti questi vengano di fatto alimentati, perché le semplici cifre trasferite non spiegano la ragione del finanziamento e la loro entità non spiega e non rende giustizia dello scopo reale per cui vengono impiegate – spiega Cricelli -. Questo denaro è utilizzato nella maggior parte dei casi dalle Società scientifiche per adempiere a una legge dello Stato che prevede la formazione continua in medicina, cioè i crediti Ecm. Quindi queste risorse sono erogate dagli Sponsor e reimpiegate dalle Società scientifiche a favore di terzi professionisti sanitari, in maniera sussidiaria e addirittura supplendo alla carenza di risorse che dovrebbe erogare lo Stato. Siamo di fronte a una singolare forma di trasferimento di denaro, non a beneficio di un privato, ma in adempimento di una obbligazione che lo Stato ha posto a carico dei medici e che la ‘cosa pubblica’ non è in grado di finanziare”.

“La Simg - prosegue Cricelli - quindi ha deciso di pubblicare sul sito della Società scientifica tutti gli importi ricevuti dagli sponsor dando conto e dettaglio degli scopi e delle modalità di utilizzo. Con quelle cifre noi abbiamo erogato formazione per migliaia di medici e promosso la ricerca che lo Stato non è in grado di finanziare”.

“Perché non vi sia alcuna opacità nei rapporti fra medici e sponsor questo percorso dovrebbe essere parallelo – continua Cricelli -. Anche le aziende farmaceutiche dovrebbe cioè specificare la finalità

dell’erogazione”. “Gli stessi principi valgono nel rapporto fra singoli professioni e aziende – conclude il presidenge Simg -. Il codice stabilisce inoltre che, per rendere pubblica l’identità del singolo operatore, sia necessario il via libera dell’interessato. Invitiamo i medici ad accettare la pubblicazione, perché nulla sia celato in nome di una presunta riservatezza”.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 335.733
Diffusione 02/2016: 235.298
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

13-APR-2016
da pag. 21
foglio 1
www.datastampa.it

BERGAMO

Morti in corsia trovato Valium in 5 cadaveri

BERGAMO. Ora lo confermano gli esami sui corpi riesumati: a cinque pazienti deceduti l'anno scorso nel reparto di Medicina dell'ospedale di Piario, in provincia di Bergamo, era stato somministrato del Valium. Gli inquirenti indagano su 15 morti sospette in una vicenda che richiama l'inchiesta in corso a Piombino, dove un'infermiera, Fausta Bonino, è accusata di aver ucciso 13 persone con iniezioni di anticoagulanti.

A Piario sono stati riesumati i corpi di cinque pazienti che, stando alle cartelle cliniche, non avrebbero dovuto assumere Valium, come invece è stato accertato. A fare le iniezioni, secondo la procura, sarebbe stata Anna Rinelli, infermiera 43enne che è indagata per omicido preterintenzionale (i dirigenti della struttura sono accusati di concorso colposo). L'infermiera avrebbe usato il medicinale per far dormire i pazienti e passare un turno di notte più tranquillo. A far partire le indagini il fatto che le scorte di calmante dell'ospedale venivano esaurite con una velocità non giustificata dalle prescrizioni.

Appurata la presenza del Valium nei primi cinque corpi riesumati, si proseguirà con altre dieci salme. Ulteriori verifiche serviranno a stabilire se sia stata proprio la somministrazione del calmante a causare i decessi.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Killer in corsia a Piombino: Pani (Sifo): "Per uso sicuro dei farmaci servono armadi automatizzati in corsia"

La tecnologia, spiega il presidente dei farmacisti ospedalieri, "consente di limitare l'accesso e il prelievo agli operatori sanitari autorizzati". Ma la Sifo punta l'attenzione anche sulla figura del "farmacista di reparto" che, "dove presente, contribuisce a migliorare l'efficienza e la sicurezza delle terapie rivolte al paziente".

12 APR - "Dopo il drammatico caso di Piombino, dove un'infermiera è stata arrestata con l'accusa di aver ucciso 13 pazienti in due anni, si impone più che mai una riflessione sul tema della sicurezza dei farmaci negli ospedali". Lo sostiene la SIFO, Società dei farmacisti ospedalieri e dei servizi territoriali, che ha diramato oggi una nota per fare il punto su ciò che la farmacia ospedaliera può fare di fronte all'uso non autorizzato di farmaci in corsia. A Piombino, infatti, la donna arrestata avrebbe ucciso i pazienti con iniezioni letali di eparina. "I farmacisti ospedalieri - dichiara nella nota **Marcello Pani,** Presidente SIFO e coordinatore dell'Area Scientifica Logistica ed Innovazione, che si occupa anche del progetto "Padlock", che riguarda proprio la sicurezza delle farmacie ospedaliere - sono favorevoli all'installazione di armadi automatizzati e carrelli intelligenti nelle corsie e nelle sale operatorie degli ospedali, in sostituzione di scaffali e armadi tradizionali. La tecnologia di tali apparecchiature - spiega Pani - consente di limitare l'accesso e il prelievo agli operatori sanitari autorizzati tramite riconoscimento degli stessi e registrazione dell'evento. L'erogazione del farmaco o del dispositivo medico avviene in funzione del paziente e della terapia prevista, vengono segnalate eventuali anomalie e ripristinate automaticamente le scorte dal magazzino della farmacia".

"Ci sono molte realtà – aggiunge **Maria Grazia Cattaneo**, membro del direttivo SIFO - in cui è possibile, fortunatamente, tracciare tutto il percorso della terapia perché sono informatizzate". In ogni caso, "qualunque pezzo esca dalla farmacia ospedaliera, è registrato, perché c'è una nota di carico-scarico da parte della farmacia". Il monitoraggio e il controllo "sono, dunque, costanti" ed "è comunque dovere della farmacia garantire la tracciabilità", evidenzia Cattaneo.

Parlando del caso di Piombino, secondo la Sifo, c'è poi un altro punto di vista da considerare, ed è quello del "farmacista di reparto", "il professionista in corsia che affianca il medico nel suo operato: nelle sue mani passano infatti le prescrizioni di medicinali ai pazienti ricoverati". "Il farmacista di dipartimento o di reparto, ove presente, contribuisce a migliorare l'efficienza e la sicurezza delle terapie rivolte al paziente", afferma **Piera Polidori,** Vice Presidente SIFO, esperta in Rischio Clinico e coordinatrice scientifica del progetto internazionale "Farmacista di dipartimento in Antimicrobial stewardship", attivo in 6 ospedali italiani. "Precedenti esperienze SIFO in questo campo – ricorda la Società dei farmacisti ospedalieri - hanno mostrato importanti vantaggi nella gestione del farmaco e anche il progetto Antimicrobial Stewardship, in itinere, promette risultati positivi sia in termini di performance che di gestione". "

Il farmacista SIFO è stato sempre attento alla sicurezza del paziente", evidenzia Polidori, ricordando che SIFO "ha un'area nazionale scientifico-culturale sul Rischio clinico molto attiva che ha sviluppato diversi progetti sulla sicurezza del paziente e ha collaborato alla stesura delle raccomandazioni del Ministero della Salute sulla sicurezza dei pazienti".

12 aprile 2016

© Riproduzione riservata

Altri articoli in Lavoro e Professioni

Medici e infermieri. Prove di dialogo tra Omceo e Ipasvi. Il 15 aprile il confronto a Piacenza

L'appropriatezza nella medicina di laboratorio. Le proposte della Fism

Choosing wisely, slow medicine e i "cavilli di cavicchi"

Contratti. Anep: "Educatori professionali in fascia D in tutti comparti. Non solo in sanità"

L'etica della cura e il ruolo non

Competenze e culture digitali. Il 13

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 72.642
Diffusione 02/2016: 34.073
Lettori Ed. III 2015: 117.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

13-APR-2016
da pag. 35
foglio 1
www.datastampa.it

Analisi delle novità del precompilato 2016. Caf pronti a impugnare decreto compensi

Le ricette dentro il 730 online

Acquisiti i ticket farmaceutici restano fuori gli scontrini

DI ANDREA BONGI

Un 730 precompilato senza le spese per i farmaci ma con le ricette rosse (ticket farmaceutici). Sempre soggette a controllo formale, anche in caso di accettazione del precompilato, i bonifici per le ristrutturazioni e la riqualificazione energetica degli edifici. Fari puntati anche su alcune new entry come le spese universitarie e le spese funebri. I dati inseriti nella precompilata potrebbero essere parziali e/o da confermare.

Gli elementi, presi a base per la dichiarazione precompilata, saranno, inoltre, evidenziati in un prospetto di dettaglio molto analitico che indicherà anche le fonti di provenienza dei dati stessi.

Sono queste, in estrema sintesi, le principali novità che caratterizzano la seconda stagione del 730 precompilato che si possono desumere dalla lettura del provvedimento dell'11 aprile scorso e dalle informazioni alla precompilata messe a disposizione degli utenti, sul sito internet dell'Agenzia delle entrate.

A pochi giorni dall'apertura del canale di accesso ai modelli precompilati, che avverrà venerdì prossimo, il 15 aprile, occorre registrare anche una dura presa di posizione della Consulta nazionale dei Caf, che nel corso di una conferenza stampa per l'avvio della campagna 2016, tenutasi ieri a Roma, ha annunciato l'incremento del costo medio delle tariffe che i contribuenti dovranno pagare per la compilazione del modello 730. Aumento che **Massimo Soldlini**, nuovo coordinatore della Consulta dei Caf ha definito come necessario per controbilanciare i tagli ai loro compensi previsti nella legge di stabilità 2016.

Ma torniamo ai dettagli tecnici. Dopo aver chiarito che le novità contenute nel modello precompilato 2016 sono costituite dall'inserimento dei dati relativi alle spese sanitarie e i relativi rimborsi, alle spese universitarie, alle spese funebri, ai contributi versati alla previdenza complementare e ai bonifici riguardanti le spese per interventi di ristrutturazione e di riqualificazione energetica degli edifici, l'Agenzia ha chiarito nel dettaglio il contenuto di ciascuna di queste nuove fonti di dati.

In particolare per quanto riguarda le spese sanitarie, vere e proprie protagoniste di questa seconda stagione della precompilata, l'Agenzia precisa che, tenuto conto delle difficoltà tecniche legate alle modalità di conservazione dei dati, che hanno impedito alle farmacie l'invio completo delle spese per i farmaci da banco sostenute nel 2015, per non disorientare i contribuenti inserendo dati parziali, si è scelto di omettere del tutto gli importi relativi a tali acquisti. Solo a partire dall'anno d'imposta 2016 (precompilata 2017) si avrà l'inserimento completo dei dati relativi ai farmaci.

È confermata invece la presenza, già nel modello di quest'anno, dei dati relativi ai ticket farmaceutici (cosiddette ricette rosse) che l'Agenzia ha potuto acquisire direttamente dal Sistema tessera sanitaria bypassando le farmacie.

Tra le altre voci di spesa, che debuttano quest'anno, attenzione poi alle spese universitarie. Quelle comunicate dalle università statali saranno infatti riportate integralmente nella dichiarazione precompilata, mentre quelle delle università non statali saranno riportate solo nel foglio riepilogativo che il contribuente dovrà preventivamente verificare e poi confermare.

Occhio anche alle spese funebri. Nel precompilato ci saranno solo le spese relative ai servizi funerari comunicate al fisco dai soggetti che esercitano attività di servizi di pompe funebri, restando invece escluse altre voci di spesa, quali per esempio quelle sostenute per la lavorazione dei marmi e delle lapidi, che dovranno invece essere inserite dal contribuente sempre con riguardo al limite di spesa detraibile di € 1.550 per evento funebre.

Novità in arrivo anche per i vantaggi sui controlli. Dopo avere chiarito che la verifica dei requisiti soggettivi, per usufruire delle detrazioni o delle deduzioni Irpef, è sempre effettuata nei confronti dei contribuenti, anche nel caso di presentazione diretta del precompilato, l'Agenzia precisa quali saranno gli oneri esenti da controllo formale in caso di accettazione del modello. Fra questi non figurano le spese per interventi di ristrutturazione e di riqualificazione energetica degli edifici che potranno essere oggetto di controllo formale anche qualora il contribuente si limiti ad accettare il dato precaricato. Molto probabilmente ciò si spiega con il fatto che trattasi di detrazioni che coinvolgono più periodi d'imposta e che spettano solo in presenza di una serie di requisiti sia formali sia sostanziali, per i quali l'Agenzia vuole comunque riservarsi la possibilità di un controllo documentale a posteriori.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 213.091
Diffusione 02/2016: 162.324
Lettori Ed. III 2015: 879.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

13-APR-2016
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Innovazione. Il polo toscano cuore del maxipiano di R&S e sviluppo nei vaccini

Il colosso Glaxo investe un miliardo in Italia

Glaxo, la multinazionale britannica del pharma, scommette 1 miliardo in quattro anni sull'eccellenza italiana. Punterà 600 milioni sui vaccini contro la meningite del polo di Siena, esportati in tutto il mondo. E altri 400 milioni nel farmaceutico. In tutto 800 milioni in R&S. «Crediamo nell'eccellenza del vostro Paese», afferma il capo mondiale dei vaccini della Glaxo, Luc Debruine.

Roberto Turno ▸ pagina 16

FARMACEUTICA

Glaxo investe 1 miliardo in Italia

Roberto Turno ▸ pagina 16

Farmaceutica. La multinazionale britannica riserva 600 milioni per potenziare le attività nel polo toscano dei vaccini a Siena

Glaxo investe un miliardo in Italia

La società cerca eccellenze in tutto il mondo e scommette su quelle del nostro Paese

REGIONE STRATEGICA

La Toscana è centrale nel business di Gsk: 5mila addetti con un fatturato di 1,6 miliardi di euro; l'azienda garantisce la tutela dell'occupazione

Roberto Turno

GlaxoSmithKline (Gsk), la multinazionale britannica del pharma, raddoppia e decide di scommettere ancora un miliardo in Italia nei prossimi quattro anni. Un investimento sostanzioso e forse addirittura sottostimato rispetto ai programmi mondiali di Gsk, che proprio dalle attività nel nostro Paese conta di incrementare il business del gruppo. A partire da quelle del polo toscano dei vaccini di Siena e di Rosia, il cuore rispettivamente della R&S e della produzione di settore, dopo il mega scambio di attività (vaccini contro oncologia) con Novartis perfezionato l'anno scorso. Non a caso proprio ai vaccini, col business strategico anti meningite, sarà riservato il 60% degli investimenti (600 mln), contro il 40% dedicato al pharma tradizionale.

Leader mondiale nei vaccini con 3,7 miliardi di sterline di fatturato su 23,9 totali, è da questo settore (profittevole in due casi su 10 nel mondo) che la multinazionale britannica si aspetta una autentica escalation nei prossimi anni. Fino ad arrivare a 6 miliardi di sterline entro il 2020. Lo spiega nella sua visita in Italia Luc Debruyne, presidente mondiale di Gsk vaccini, già ad della società in Italia: «Abbiamo in portafoglio il motore dell'innovazione. Perché i vaccini sono innovazione e insieme sono il fulcro della prevenzione. Dunque della sostenibilità non solo della nostra impresa, ma dei sistemi sanitari in tutto il mondo». E l'Italia, ci spiega Debruyne, rappresenta una tappa non certo casuale dei programmi della società: «Abbiamo acquisito un'eccellenza e su questa continueremo a puntare. Scommettere ancora sulla ricerca e sulla produzione qui, non era scontato. Ma ci crediamo. Siamo pronti a scommettere 600 mln di investimenti nei prossimi quattro anni nell'eccellenza e nella qualità dei vaccini in Italia, salvaguardando l'occupazione». Parole e previsioni condivise in pieno, se non rafforzate, dal presidente e ad di Gsk spa Italia, Daniele Finocchiaro: «Gsk cerca e investe nelle eccellenze in tutto il mondo e in Italia ne ha trovate diverse: unendo all'investimento in R&S nei vaccini quelli effettuati in ricerca clinica e in quella cooperativa sulla terapia genica con Telethon, insieme a quelli previsti negli stabilimenti di Parma e Verona, arriveremo nel prossimo quadriennio ad investire approssimativamente un miliardo di euro nel nostro Paese».

Il cuore del business dei vaccini riguarda quello contro il meningococco B, grazie alla scoperta senese del professor Lino Rappuoli con Novartis. «A Siena si fa R&S, a Risa c'è la produzione. E i vaccini vanno dalla Toscana in tutto il mondo. Tutto nasce e parte da quell'area del nostro Paese. Dove Gsk, con 5mila dipendenti (su 101mila nel mondo), ha un fatturato totale di 1,6 mld di euro: 673 mln nel pharma, 464 mln nel settore vaccini, 320,5 mln nel consumer healthcare, 139 mln nel manifacturing. Con il terzo posto nel mercato retail e, manco a dirlo, il primo in quello dei vaccini.

Rispetto al finanziamento totale di un miliardo, 500 milioni saranno dedicati al polo senese di R&S nei vaccini e e circa 100 mln allo stabilimento di Rosia. Quanto al pharma, 300 mln andranno alla R&S, con le grandi aspettative per la terapia genica contro una gravissima forma di immunodefiienza nei bimbi frutto della ricerca con Telethon, e 100 mln alla produzione. «Per questo Gsk crede nell'eccellenza italiana», sottolinea ancora Finocchiaro. «E in questa ccellenza continueremo a investire, chissà forse anche di più», promette Debruyne. Se l'Italia saprà essere un Paese «ospitale» per gli investitori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media