

Rassegna Stampa

Preliminare



Convegno nazionale

**TUMORI, AUMENTANO LE PERSONE CHE VIVONO CON LA MALATTIA: +17% DAL 2010
"LA RIABILITAZIONE ONCOLOGICA ENTRI NEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA"**

Intermedia s.r.l.

per la comunicazione integrata

Via Malta, 12/B
25124 Brescia
Tel. 030 22 61 05
Fax 030 24 20 472

intermedia@intermedianews.it

www.medinews.it

www.ilritrattodellasalute.org

Roma, 14 Maggio 2015

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

Tumori: mille giorni per farmaci e troppe disparità Regioni

(ANSA) - ROMA, 14 MAG - Riuscire ad ottenere in tempi celeri i nuovi farmaci contro i tumori è, per molti pazienti italiani, ancora una difficilissima corsa ad ostacoli: in media bisogna attendere fino a 1.017 giorni, circa tre anni, con "intollerabili" disparità tra le Regioni. Ma i tempi per l'accesso alle cure diventano sempre più un elemento cruciale, sulla scorta di un dato più che positivo: aumentano infatti le persone che convivono con la malattia, facendo registrare un +17% dal 2010, e lo stesso ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha affermato oggi che il concetto di "'male incurabile' appartiene ormai al passato".

La denuncia è contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato dalla Federazione italiana Associazioni Volontariato in Oncologia (Favo) in vista della X Giornata nazionale del malato oncologico che si celebrerà domenica prossima. Migliora dunque la sopravvivenza, anche se l'incidenza resta alta con 250mila nuovi casi di cancro l'anno in Italia. Ed il problema dell'accesso ai farmaci diventa quindi prioritario: oggi purtroppo servono circa tre anni perché un farmaco anti-cancro sia disponibile per i pazienti italiani, con l'ostacolo ulteriore che è regionale e che prevede l'inserimento del farmaco nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale. Con molte differenze sul territorio: in media servono 100 giorni, ma si passa da un massimo di 170 in Calabria a un minimo di 40 in Umbria. Tutto ciò, rileva il vice direttore del Censis Carla Collicelli, "con l'ovvia conseguenza che il trattamento terapeutico ottimale dipende purtroppo dal luogo di residenza".

La buona notizia è, però, che se cinque anni fa le persone con esperienza di cancro erano 2,5 milioni, oggi sono più di 3 milioni: "Si tratta di persone - afferma il presidente Favo Francesco De Lorenzo - che hanno bisogni specifici, non assimilabili a quelli causati da altre patologie". Da qui la richiesta della Favo di far entrare anche la riabilitazione oncologica nei Livelli essenziali di assistenza all'esame della Conferenza delle Regioni. Oggi, infatti, non è così, e la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza, è la denuncia della Favo. Una richiesta accolta dal sottosegretario alla Salute Vito De Filippo, il quale ha assicurato che verrà fatto un approfondimento sulla questione, con "la possibilità di un emendamento del documento di proposta sui Lea". Il punto, ha rilevato De Lorenzo, "è che oggi è possibile avviare una battaglia politica per abbattere le barriere che impediscono alle persone guarite dal tumore di avvalersi dei loro innegabili diritti socio sanitari ed economici, finora negati, a cominciare dall'accesso a mutui, assicurazioni sanitarie e servizi finanziari". Superando una grande 'lacuna': oggi, conclude il presidente della Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) Carmine Pinto, "il Sistema sanitario trascura sia la fase di riabilitazione dei pazienti sia quella che segue alla remissione totale dalla malattia". (ANSA).

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

Tumori: Vargiu, politica ascolti richieste associazioni

(ANSA) - ROMA, 14 MAG - "La politica ascolti le richieste della Federazione delle associazioni di volontariato in oncologia Favo". Lo dichiara Pierpaolo Vargiu, presidente della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati.

"Il rapporto Favo presentato oggi dal presidente De Lorenzo lancia una sfida senza appello alla politica e alle istituzioni: chi in trincea assiste i malati oncologici - afferma Vargiu - chiede di non essere lasciato solo nella fase post riabilitazione e di prevenzione terziaria. Dal cancro si può guarire, ma non si può pensare di lasciare soli i malati una volta superata la fase acuta. Per rispondere a questo sacrosanto bisogno di salute bisogna intervenire sui Livelli essenziali di assistenza Lea trovando risorse vere: operazione possibile solo con riforme coraggiose ammettendo una volta per tutte che il Servizio Sanitario Nazionale non se la passa poi così bene".

Alla Camera, insieme a Favo e ad altre associazioni a tutela dei pazienti, prosegue Vargiu, "abbiamo combattuto una bellissima battaglia in Aula per intervenire sulla riforma del Titolo V della Costituzione e garantire concretamente a livello nazionale il diritto di salute dei cittadini, al di là delle dichiarazioni di principio dell'articolo 32 e dei ventuno sistemi sanitari regionali tutt'altro che simili. Abbiamo ottenuto l'attenzione del governo con il parere favorevole a un ordine del giorno, ma il tema di una sanità davvero uguale per tutti - conclude - resta ancora aperto".(ANSA).

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

Tumori: 1.000 giorni per accesso farmaci e disparità Regioni

(ANSA) - ROMA, 14 MAG - Servono circa tre anni, 1.070 giorni, perché un farmaco anti-cancro sia disponibile per i pazienti italiani. In particolare sono richiesti 400 giorni per l'approvazione da parte dell'agenzia regolatoria europea Ema e circa 570 per quella nazionale dell'Agenzia Italiana del Farmaco. L'ostacolo ulteriore è costituito poi dalla terza fase, regionale, che prevede l'inserimento del farmaco nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR). Con molte differenze sul territorio: in media servono 100 giorni, ma si passa da un massimo di 170 in Calabria a un minimo di 40 in Umbria.

I dati emergono dall'indagine promossa dall'Associazione Italiana di Oncologica Medica (Aiom), Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (Favo) e Fondazione Censis, contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato.

"E' la prima volta - rileva il vice direttore del Censis Carla Collicelli - che il Censis effettua un'indagine sui farmaci oncologici innovativi e lo studio mostra, da un lato, la lunghezza dell'iter autorizzativo a livello medio nazionale in Italia e, dall'altro lato, la presenza di disparità tra diversi territori". Ma la terapia migliore, denuncia la Favo, "non può dipendere dalla regione di residenza". (ANSA).



14-05-2015

Lettori
86.000

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

Tumori: Vargiu, politica ascolti richieste Favo

(AGI) - Roma, 14 mag. - "Il rapporto Favo presentato oggi dal presidente De Lorenzo lancia una sfida senza appello alla politica e alle istituzioni: chi in trincea assiste i malati oncologici chiede di non essere lasciato solo nella fase post riabilitazione e di prevenzione terziaria. Dal cancro si può guarire, ma non si può pensare di lasciare soli i malati una volta superata la fase acuta. Per rispondere a questo sacrosanto bisogno di salute bisogna intervenire sui Lea trovando risorse vere: operazione possibile solo con riforme coraggiose ammettendo una volta per tutte che il Servizio Sanitario Nazionale non se la passa poi così bene" lo dichiara Pierpaolo Vargiu, presidente della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati. "Alla Camera, insieme a Favo e ad altre associazioni a tutela dei pazienti, abbiamo combattuto una bellissima e, di questi tempi spavalda, battaglia in Aula per intervenire sulla riforma del Titolo V della Costituzione e garantire concretamente a livello nazionale il diritto di salute dei cittadini, al di là delle dichiarazioni di principio dell'articolo 32 e dei ventuno sistemi sanitari regionali tutt'altro che simili. Abbiamo ottenuto l'attenzione del governo con il parere favorevole a un ordine del giorno, ma il tema di una sanità davvero uguale per tutti resta ancora aperto" conclude Vargiu. (AGI).



14-05-2015

Lettori
86.000

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

Tumori: De Lorenzo(Favo),1 malato su 4 guarito a tutti gli effetti

(AGI) Roma, 14 mag. - "Complessivamente, un malato di cancro su quattro puo' considerarsi guarito a tutti gli effetti. Questi dati rappresentano un'inversione di tendenza rispetto al diffuso stigma cancro uguale morte. Ma non sappiamo se queste persone effettivamente conducano una vita normale". A parlare e' il presidente Favo, Francesco De Lorenzo - in occasione del VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico. "Sorge quindi una serie di interrogativi sulla condizione in cui versano coloro che hanno sconfitto il cancro dal punto di vista sanitario, sociale ed economico. Oggi e' possibile avviare una battaglia politica non solo nazionale, ma anche europea - spiega Francesco De Lorenzo, presidente FAVO -, per abbattere le barriere che impediscono alle persone guarite di avvalersi dei loro innegabili diritti socio sanitari ed economici, finora negati, a cominciare dall'accesso a mutui, assicurazioni sanitarie e servizi finanziari". Nel 2014 i tumori hanno rappresentato la principale causa di riconoscimento sia dell'assegno ordinario di invalidita' che della pensione di inabilita', con un trend in costante crescita negli ultimi anni. "Il Servizio Sanitario Nazionale - sottolinea il prof.

Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) - trascura sia la fase di riabilitazione post-trattamento acuto sia quella che segue alla remissione totale, argomentando, in maniera inaccettabile, che la riabilitazione oncologica e' ricompresa nelle tipologie desunte dall'"International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanita'".

In base a quanto stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni, la riabilitazione oncologica viene inclusa all'interno di altre tipologie riabilitative, riferite alle patologie articolari, cardio-circolatorie, del linguaggio, dell'apparato digerente, urinarie, mentali e dell'autonomia comportamentale. "Ma il tumore - continua Elisabetta Iannelli, segretario FAVO - e' una malattia diversa da tutte quelle elencate e determina bisogni riabilitativi specifici, non assimilabili agli altri. Si tratta di una omissione particolarmente penalizzante per i pazienti, perche' gli esiti dei trattamenti anti-cancro possono causare difficolta' non solo fisiche ma anche cognitive, psicologiche, nutrizionali, sessuali, sociali e lavorative. La sottovalutazione di questi aspetti ha portato anche a escludere, quanto meno in forma di consultazione, la voce delle Associazioni dei pazienti dal 'Patto della Salute' approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 10 luglio 2014".

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

Cancro, 1 su 4 ce la fa. Lorenzin, incurabile è concetto del passato ***Ogni anno 250mila nuovi casi ma è in deciso aumento la sopravvivenza ai tumori***



Roma, 14 maggio - Sono sempre di più le persone che riescono a sopravvivere al cancro, e il concetto di "male incurabile" sta sfumando. Il VII Rapporto FAVO sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico, delinea nel complesso un quadro di speranza. I pazienti guariti, con un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non colpite da tumore, 5 anni fa erano 704.648, pari al 27% di tutti i pazienti (20% uomini e 33% donne) e all'1,2% degli italiani. Quest'anno invece sono circa 3 milioni (3.036.741) le persone vive dopo una diagnosi oncologica (4,9% degli italiani) con un incremento, rispetto al 2010, del 17%. "Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti" ha notato Francesco De Lorenzo, presidente FAVO. E il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, in un messaggio inviato proprio in occasione della presentazione Rapporto Favo, ha spiegato: "Il concetto di cancro come male incurabile appartiene al passato: il cancro tende sempre più verso la dimensione della cronicità". Ma, ha avvertito Lorenzin, "nonostante gli straordinari successi raggiunti, il cancro, resta comunque un nemico da abbattere. I dati Istat indicano che i tumori sono la seconda causa di morte in Italia, anche se va sottolineato come nell'ultimo decennio la mortalità per cancro è diminuita. Ciò nonostante, l'incidenza è in costante incremento e ogni anno in Italia vengono diagnosticati 250mila nuovi casi. Per questa ragione dobbiamo continuare a lottare, potenziando i nostri sforzi e con essi la capacità di coordinare e sostenere l'attività di prevenzione, di ricerca e di assistenza". Ed è tornata a mettere l'accento sulla prevenzione che, pur essendo "una componente essenziale della lotta contro il cancro", deve però "integrarsi anche all'interno del sistema sanitario con le attività e i servizi di cura e assistenza. Abbiamo un importante obiettivo da centrare e sono certa, ci riusciremo anche grazie alle associazioni di volontariato. Mi riferisco alla presa in carico dei pazienti. La capacità di seguire l'intero percorso oncologico deve rappresentare un valore aggiunto, una risposta completa alla malattia coincidente con una cura 'pazientecentrica' che considera cioè il malato nella sua totalità, con tutte le sue implicazioni psicologiche e relazionali".

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

Favo, 1.070 giorni per accedere ai farmaci anti cancro

"La terapia non può dipendere dalla regione di residenza"



Roma, 14 maggio - Servono circa tre anni, 1.070 giorni, perché un farmaco anti-cancro sia disponibile per i pazienti italiani. In particolare sono richiesti 400 giorni per l'approvazione da parte dell'agenzia regolatoria europea (EMA, comprensivi di "clock-stop") e circa 570 per quella nazionale dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). L'ostacolo ulteriore è costituito dalla terza fase, regionale, che prevede l'inserimento del farmaco nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR). Con molte differenze sul territorio: in media servono 100 giorni, ma si passa da un massimo di 170 in Calabria a un minimo di 40 in Umbria.

I dati emergono dall'indagine promossa da AIOM (Associazione Italiana di Oncologica Medica), FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), e Fondazione Censis, contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato al Senato. "Nelle Regioni che non hanno il Prontuario Terapeutico Ospedaliero i farmaci innovativi sono disponibili in maniera più tempestiva - spiega Francesco De Lorenzo, presidente FAVO -. È chiaro che avere le terapie giuste al momento giusto è l'unica soluzione per rispondere in modo adeguato alla domanda di cure efficaci. Il lavoro svolto dalle Commissioni regionali, locali e aziendali, che ovviamente non aggiungono valutazioni scientifiche aggiuntive rispetto a EMA e AIFA, porta a un razionamento dei farmaci effettivamente disponibili per i cittadini. E si determinano così inaccettabili disparità tra Regione e Regione, negando, dove ciò avviene, il diritto di tutti i malati ad avere accesso in tempo utile ai nuovi farmaci autorizzati".

L'indagine è stata condotta a livello nazionale e in un campione di 10 Regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto), prendendo in considerazione un set di 16 farmaci oncologici (nuove autorizzazioni AIC o estensioni di indicazioni di farmaci già autorizzati) che hanno completato l'iter autorizzativo negli ultimi due anni e che sono ora disponibili in commercio.

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

Favo, riabilitazione oncologica rientri in LEA Servizio Sanitario *Malati hanno bisogni specifici non assimilabili ad altri pazienti*



Roma, 14 maggio - La riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Servizio Sanitario Nazionale.

La denuncia è contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico. Le Associazioni dei pazienti, coordinate dalla FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), chiedono che la riabilitazione oncologica venga inserita tra le prestazioni previste dal DCPM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) sui Livelli Essenziali di Assistenza in corso di approvazione. Nel 2010 erano 2.587.347 gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore, il 4,4% della popolazione. I pazienti guariti, con un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non colpite da tumore, erano 704.648, pari al 27% di tutti i pazienti (20% uomini e 33% donne) e all'1,2% degli italiani. Nel 2015 sono circa 3 milioni (3.036.741) le persone vive dopo una diagnosi oncologica (4,9% degli italiani) con un incremento, rispetto al 2010, del 17%.

"Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti - spiega Francesco De Lorenzo, presidente FAVO -. Questi dati rappresentano un'inversione di tendenza rispetto al diffuso stigma cancro uguale morte. Ma non sappiamo se queste persone effettivamente conducano una vita normale. Sorge quindi una serie di interrogativi sulla condizione in cui versano coloro che hanno sconfitto il cancro dal punto di vista sanitario, sociale ed economico. Oggi è possibile avviare una battaglia politica non solo nazionale, ma anche europea, per abbattere le barriere che impediscono alle persone guarite di avvalersi dei loro innegabili diritti socio sanitari ed economici, finora negati, a cominciare dall'accesso a mutui, assicurazioni sanitarie e servizi finanziari".

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

Malati oncologici, presentato il rapporto Favo



(PRIMAPRESS) - ROMA – Presentato oggi al Senato nella Sala degli Atti Parlamentari – Biblioteca Spadolini, il 7° Rapporto sulla condizione dell’assistenza in Italia del malato oncologico. Il documento, presentato da Francesco De Lorenzo, presidente FAVO e Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM, Associazione Italiana Oncologia Medica con la partecipazione di Vito De Filippo, Sottosegretario alla Salute, Pierpaolo Vargiu ,presidente Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, Emilia Grazia De Biasi ,Presidente Commissione Igiene e Sanità del Senato e Maurizio Sacconi, presidente Commissione Lavoro al Senato, ha fatto il punto su come vengono assistiti i pazienti con tumore nel nostro Paese e se sono garantiti i loro diritti e l’accesso alle migliori terapie. Nel corso dell’incontro si è discusso se e come le esigenze di contenimento delle risorse richieste dalla spending review mettono a rischio i servizi per questi malati. Il report, preparato con la collaborazione del Censis e stato presentato in occasione della Giornata nazionale del malato oncologico, e rappresenta lo strumento con cui l’Osservatorio porta a conoscenza dei pazienti, delle loro famiglie, delle Associazioni di Volontariato e delle Istituzioni la reale situazione assistenziale nelle diverse Regioni del nostro Paese. - (PRIMAPRESS)

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

Tumori. VII Rapporto Favo. Aumentano gli italiani che 'vivono' con il cancro: +17% in cinque anni. E la riabilitazione oncologica diventa prioritaria e va inserita nei Lea. Nuovi farmaci: ancora 1.070 giorni di attesa per averli

Cinque anni fa le persone con esperienza di cancro erano 2 milioni e mezzo, oggi sono più di 3 e un malato su quattro è completamente guarito. Ma le Associazioni dei pazienti chiedono a gran voce l'inserimento nei Lea della riabilitazione oncologica. E poi evidenziano i problemi del Paese: "Molte strutture ancora lontane da standard di appropriatezza e ancora troppe differenze di trattamento tra le Regioni". [IL RAPPORTO](#)



14 MAG - Aumentano del 17% le persone in Italia che vivono con il cancro e un malato su quattro guarisce completamente. È quanto evidenzia il VII Rapporto Favo (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico. Ma per le associazioni di strada da fare ce n'è ancora parecchia. Il rapporto evidenzia come viene "trascurata sia la fase di riabilitazione post-trattamento acuto sia quella che segue alla remissione totale". Ma non solo, si rileva anche come "l'Italia è purtroppo ancora lontana dall'applicazione dei parametri sull'appropriatezza di un intervento chirurgico dal punto di vista oncologico" e come vi siano ancora "problemi nell'uguaglianza di trattamento". Ma, soprattutto, le Associazioni dei pazienti, coordinate dalla Favo chiedono a gran voce che "la riabilitazione oncologica sia riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Ssn".

Aumentano le persone che vivono con la malattia

Nel 2010 erano 2.587.347 gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore, il 4,4% della popolazione. I pazienti guariti, con un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non colpite da tumore, erano 704.648, pari al 27% di tutti i pazienti (20% uomini e 33% donne) e all'1,2% degli italiani. Nel 2015 sono circa 3 milioni (3.036.741) le persone vive dopo una diagnosi oncologica (4,9% degli italiani) con un incremento, rispetto al 2010, del 17%.

"Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti – spiega **Francesco De Lorenzo**, presidente FAVO -. Questi dati rappresentano un'inversione di tendenza rispetto al diffuso stigma cancro uguale morte. Ma non sappiamo se queste persone effettivamente conducano una vita normale. Sorge quindi una serie di interrogativi sulla condizione in cui versano coloro che hanno sconfitto il cancro dal punto di vista sanitario, sociale ed economico. Oggi è possibile avviare una battaglia politica non solo nazionale, ma anche europea, per abbattere le barriere che impediscono alle

persone guarite di avvalersi dei loro innegabili diritti socio sanitari ed economici, finora negati, a cominciare dall'accesso a mutui, assicurazioni sanitarie e servizi finanziari”.

Nel 2014 i tumori hanno rappresentato la principale causa di riconoscimento sia dell'assegno ordinario di invalidità che della pensione di inabilità, con un trend in costante crescita negli ultimi anni. “Il Servizio Sanitario Nazionale – sottolinea **Carmine Pinto**, presidente nazionale AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) - trascura sia la fase di riabilitazione post-trattamento acuto sia quella che segue alla remissione totale, argomentando, in maniera inaccettabile, che la riabilitazione oncologica è ricompresa nelle tipologie desunte dall'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità”.

La riabilitazione del malato oncologico richiede specificità

In base a quanto stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni, la riabilitazione oncologica viene inclusa all'interno di altre tipologie riabilitative, riferite alle patologie articolari, cardio-circolatorie, del linguaggio, dell'apparato digerente, urinarie, mentali e dell'autonomia comportamentale. “Ma il tumore – continua **Elisabetta Iannelli**, segretario FAVO - è una malattia diversa da tutte quelle elencate e determina bisogni riabilitativi specifici, non assimilabili agli altri. Si tratta di una omissione particolarmente penalizzante per i pazienti, perché gli esiti dei trattamenti anti-cancro possono causare difficoltà non solo fisiche ma anche cognitive, psicologiche, nutrizionali, sessuali, sociali e lavorative. La sottovalutazione di questi aspetti ha portato anche a escludere, quanto meno in forma di consultazione, la voce delle Associazioni dei pazienti dal 'Patto della Salute' approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 10 luglio 2014”.

“La sfida del volontariato oncologico – prosegue **De Lorenzo** - è portare all'attenzione del Servizio Sanitario Nazionale anche la fascia di popolazione costituita dalle persone guarite dal cancro, oggi del tutto trascurata, attraverso l'istituzione di un programma di sorveglianza clinica per la prevenzione terziaria (possibili secondi tumori e comparsa di effetti collaterali tardivi a seguito di chemioterapie, radioterapie e uso di farmaci con forti effetti secondari). Le conseguenze della malattia possono lasciare tracce psicologiche profonde che condizionano le relazioni interpersonali e lo stato di benessere generale, con conseguente difficile reintegro sociale e lavorativo. Su questi aspetti è doveroso intervenire in modo efficace attraverso percorsi di riabilitazione e di sostegno psicologico. L'insieme di queste misure deve essere compreso in uno specifico programma interdisciplinare di 'cura della persona guarita”.

Spetta al volontariato oncologico promuovere con forza e dedizione una campagna informativa in grado di raggiungere i malati al termine del trattamento della fase acuta e le persone guarite, per un'azione di prevenzione terziaria e di specifica riabilitazione. Il libretto “La vita dopo il cancro”, realizzato da FAVO e AIOM e che sarà prossimamente reso disponibile nelle Oncologie Mediche nelle Associazioni di volontariato, rappresenta il primo strumento informativo in grado di sottolineare la necessità di una gestione della persona anche dopo la fine delle cure e di fornire, in modo semplice e sintetico, gli strumenti di conoscenza indispensabili per poter contribuire al miglioramento del proprio stato di salute.

Ancora troppe strutture al di sotto degli standard di appropriatezza

“L'effettiva realizzazione delle reti oncologiche regionali – continua De Lorenzo- è l'occasione per la presa in carico a 360 gradi dei pazienti, compresi quelli guariti. L'intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2014 ha approvato la 'Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali'. Questo documento si caratterizza sia per i suoi contenuti che per il suo significato di governance. Finora solo in Lombardia, Piemonte e Toscana sono stati realizzati compiutamente questi network, ma è importante capire se e in che modo queste Regioni hanno messo in atto la 'Guida”.

Le reti oncologiche permettono inoltre di indirizzare i casi più complessi nei centri di riferimento. Ad esempio nel recente Decreto Ministeriale sugli standard ospedalieri è indicata la necessità di ridurre le strutture chirurgiche del 10% a livello nazionale e del 25% nelle Regioni in piano di rientro, tenendo conto dei volumi di attività. Il Decreto Ministeriale riporta ancora una volta l'attenzione sulle reti per patologia, a cominciare dalla Rete oncologica.

“Ed è da qui che si deve partire – sottolinea De Lorenzo -. Ma per fare Rete bisogna innanzitutto che le Aziende Sanitarie Pubbliche, prima ancora dei singoli operatori, escano da logiche individualistiche e opportunistiche legate ai vincoli di bilancio. L'Italia è purtroppo ancora lontana dall'applicazione dei parametri

sull'appropriatezza di un intervento chirurgico dal punto di vista oncologico, cioè della sua esecuzione secondo criteri che assicurino il miglior standard qualitativo”.

Ad esempio nel tumore del colon-retto, la mortalità post operatoria a 30 giorni passa dal 15% a meno del 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi l'anno e ciò avviene solo in 177 (22%) strutture su 805. In quello dello stomaco, la mortalità post operatoria a 30 giorni si dimezza passando da più del 20% a meno del 10% quando il volume di attività raggiunge i 20/30 interventi l'anno e ciò avviene solo in 108 strutture (16%) su 662. E in quello del polmone la mortalità post operatoria a 30 giorni diminuisce decisamente dal 20 a circa il 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi annui l'anno e ciò avviene solo in 36 (16%) strutture su 231.

“In quest'ottica anche il ruolo dei piccoli ospedali periferici potrebbe essere valorizzato ai fini di una selezione della casistica – sottolinea Pinto -. I piccoli ospedali, infatti, sono spesso la punta di ingresso dei malati nella rete. Circa il 20% dei malati con cancro del colon o della stomaco, ancora oggi, accede al Pronto Soccorso con sintomi acuti (sub occlusione, dolori etc). Sul modello delle reti per l'emergenza, anche i malati oncologici chirurgici, una volta stabilizzati e identificata l'indicazione chirurgica, dovrebbero essere inviati al centro di riferimento più vicino, in grado di affrontare la situazione in maniera multidisciplinare integrata. Il centro di riferimento per patologia ideale dovrebbe diventare un 'contenitore allargato' di tutte le professionalità che vogliono crescere in un'ottica di qualità del lavoro, all'interno di percorsi diagnostico, terapeutici, assistenziali condivisi e monitorati su tutto il bacino di utenza”.

Servono 1.070 giorni per avere a disposizione un nuovo farmaco anti cancro

Servono circa tre anni, 1.070 giorni, perché un farmaco anti-cancro sia disponibile per i pazienti italiani. In particolare sono richiesti 400 giorni per l'approvazione da parte dell'agenzia regolatoria europea (EMA, comprensivi di “clock-stop”) e circa 570 per quella nazionale dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). L'ostacolo ulteriore è costituito dalla terza fase, regionale, che prevede l'inserimento del farmaco nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR). Con molte differenze sul territorio: in media servono 100 giorni, ma si passa da un massimo di 170 in Calabria a un minimo di 40 in Umbria. I dati emergono dall'indagine promossa da AIOM (Associazione Italiana di Oncologica Medica), FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), e Fondazione Censis, contenuta anch'essa nel Rapporto.

“Nelle Regioni che non hanno il Prontuario Terapeutico Ospedaliero i farmaci innovativi sono disponibili in maniera più tempestiva – spiega De Lorenzo -. È chiaro che avere le terapie giuste al momento giusto è l'unica soluzione per rispondere in modo adeguato alla domanda di cure efficaci. Il lavoro svolto dalle Commissioni regionali, locali e aziendali, che ovviamente non aggiungono valutazioni scientifiche aggiuntive rispetto a EMA e AIFA, porta a un razionamento dei farmaci effettivamente disponibili per i cittadini. E si determinano così inaccettabili disparità tra Regione e Regione, negando, dove ciò avviene, il diritto di tutti i malati ad avere accesso in tempo utile ai nuovi farmaci autorizzati”.

L'indagine è stata condotta a livello nazionale e in un campione di 10 Regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto), prendendo in considerazione un set di 16 farmaci oncologici (nuove autorizzazioni AIC o estensioni di indicazioni di farmaci già autorizzati) che hanno completato l'iter autorizzativo negli ultimi due anni e che sono ora disponibili in commercio.

“In molti casi - continua De Lorenzo - i ritardi sono causati dalla cadenza temporale delle riunioni delle Commissioni Tecnico Scientifiche regionali, che spesso avvengono con scarsa frequenza, anche dopo due anni. Inoltre, spesso, durante l'iter autorizzativo, il passaggio dall'AIFA ai singoli PTOR porta addirittura a un taglio delle indicazioni terapeutiche, con l'effetto di negare il diritto alla cura ad alcuni pazienti.

Garantire l'uguaglianza di trattamento a tutti i cittadini. E attenzione a come si riformerà il titolo V

Altro aspetto fondamentale per garantire l'uguaglianza di trattamento dei cittadini rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza è costituito dalla modifica del Titolo V della Costituzione, in particolare dalla riformulazione dell'articolo 117. “Nei precedenti rapporti – spiega il prof. De Lorenzo - sono state documentate le numerose e crescenti disparità nelle diverse Regioni per l'accesso dei malati di cancro ai farmaci, alla radioterapia, all'assistenza domiciliare, alla terapia del dolore e alle cure palliative. Disparità inaccettabili sia sul piano sanitario, assistenziale e sociale che per quanto riguarda le chance di cura e guarigione, senza considerare le gravi ripercussioni economiche (migrazioni interregionali, ricorso a sistemi privati, ecc) sui malati e le loro

famiglie oltre che sull'intero sistema di assistenza”.

Dal 2001, a seguito della modifica del titolo V della Costituzione, queste disuguaglianze territoriali si sono aggravate. È stato infatti assegnato alle Regioni un ampio potere decisionale in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera ed è stato fortemente indebolito il potere dell'amministrazione centrale, con l'effetto di accentuare le difformità nella realizzazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, in rapporto ai modelli organizzativi che le singole Regioni hanno ritenuto di adottare. Nelle intenzioni di riforma costituzionale attualmente in discussione nel Parlamento, è chiara la volontà di riaffermare il primato dell'uniformità assistenziale, stabilendo che spetta allo Stato determinare i livelli essenziali delle prestazioni che debbono essere garantiti in tutto il territorio nazionale.

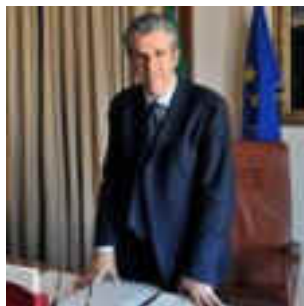
“Ma, nel testo in discussione – conclude Elisabetta Iannelli -, si nasconde un pericoloso e non trascurabile equivoco nella riformulazione della lettera ‘m’ del secondo comma dell’art. 117, perché viene fatto riferimento solo alle prestazioni riguardanti i diritti ‘civili e sociali’, tralasciando quelli sanitari. È evidente che, per affermare oltre ogni possibile ambiguità interpretativa l’indiscutibile principio che tutti i cittadini hanno diritto all’eguaglianza di trattamento anche per quanto concerne la tutela della salute, la norma vada modificata includendo i diritti sanitari. Senza questa doverosa inclusione ci si troverebbe davanti all’assurdità di garantire con norma costituzionale i diritti civili e sociali, rendendo in tal modo possibile l’esclusione di quello alla salute”.

Il Patto per la Salute ha dimenticato le associazioni dei malati

Ma nel rapporto non mancano le critiche anche al Patto per la Salute siglato nel luglio scorso tra Governo e Regioni. A farle è lo stesso direttore dell'Osservatorio Favo **Sergio Paderni** che, dopo aver riconosciuto i molti aspetti innovativi e positivi dell'accordo, sottolinea però come "in nessuno dei 132 organismi collegiali, previsti o creati dal Patto per la salute, è contemplata la partecipazione delle Associazioni rappresentative dei malati e neppure di quelle dei professionisti sanitari. In altre parole, l'uso del termine "Patto" nel titolo del documento - dice Paderni - è improprio e fuorviante, trattandosi di un accordo tra istituzioni, cui si addice la qualifica propria di "Atto d'intesa".

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

Vargiu: "Politica ascolti richieste Favo. Chi assiste i malati non può essere lasciato solo"



14 MAG - "Il rapporto Favo presentato oggi dal presidente De Lorenzo lancia una sfida senza appello alla politica e alle istituzioni: chi in trincea assiste i malati oncologici chiede di non essere lasciato solo nella fase post riabilitazione e di prevenzione terziaria. Dal cancro si può guarire, ma non si può pensare di lasciare soli i malati una volta superata la fase acuta. Per rispondere a questo sacrosanto bisogno di salute bisogna intervenire sui Lea trovando risorse vere: operazione possibile solo con riforme coraggiose ammettendo una volta per tutte che il Servizio Sanitario Nazionale non se la passa poi così bene". È quanto dichiara **Pierpaolo Vargiu**, presidente della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati durante la presentazione del VII Rapporto Favo sulla condizione del malato oncologico.

"Alla Camera, insieme a Favo e ad altre associazioni a tutela dei pazienti, abbiamo combattuto una bellissima e, di questi tempi spavalda, battaglia in Aula per intervenire sulla riforma del Titolo V della Costituzione e garantire concretamente a livello nazionale il diritto di salute dei cittadini, al di là delle dichiarazioni di principio dell'articolo 32 e dei ventuno sistemi sanitari regionali tutt'altro che simili. Abbiamo ottenuto l'attenzione del governo con il parere favorevole a un ordine del giorno, ma il tema di una sanità davvero uguale per tutti resta ancora aperto" conclude Vargiu.

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

Lorenzin: “Il concetto di ‘cancro’ come ‘male incurabile’ appartiene al passato”



14 MAG - “Il concetto di cancro come ‘male incurabile’ appartiene al passato: il cancro tende sempre più verso la dimensione della cronicità”. È quanto ha evidenziato in un messaggio il Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** in occasione della presentazione del VII Rapporto Favo sul malato oncologico.

“Come ben sapete – ha proseguito – nonostante gli straordinari successi raggiunti, il cancro, resta comunque un ‘nemico’ da abbattere. I dati Istat indicano che i tumori sono la seconda causa di morte in Italia, anche se va sottolineato come nell’ultimo decennio la mortalità per cancro è diminuita. Ciò nonostante, l’incidenza è in costante incremento e ogni anno in Italia vengono diagnosticati 250mila nuovi casi. Per questa ragione dobbiamo continuare a lottare, potenziare i nostri sforzi e con essi la capacità di coordinare e sostenere l’attività di prevenzione, di ricerca e di assistenza”.

“Benché la prevenzione sia una componente essenziale – ha specificato Lorenzin - della lotta contro il cancro essa, però, deve integrarsi anche all’interno del sistema sanitario con le attività e i servizi di cura e assistenza. Abbiamo un importante obiettivo da centrare e sono certa, ci riusciremo anche grazie alle associazioni di volontariato. Mi riferisco alla presa in carico dei pazienti. La capacità di seguire l’intero percorso oncologico deve rappresentare un valore aggiunto, una risposta completa alla malattia coincidente con una cura ‘pazientecentrica’ che considera cioè il malato nella sua totalità, con tutte le sue implicazioni psicologiche e relazionali”.

“Per questa ragione – ha concluso il Ministro – voglio esprimere tutto il mio apprezzamento e ribadire la valenza delle Associazioni di volontariato in un ambito così delicato: l’attenzione e la cura mostrate quotidianamente verso chi, trovandosi in una chiara situazione di vulnerabilità, appare particolarmente meritevole di sostegno, rappresentano un vero e proprio stimolo e un vero e proprio esempio per tutti noi”.

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

De Filippo: “Fondamentale esperienza delle associazioni di volontariato”



14 MAG - “Il paziente oncologico ha una dotazione di empowerment che può offrire al sistema per la sua esperienza”. È quanto ha affermato il sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo** nel suo intervento durante la presentazione del VII Rapporto Favo. Il sottosegretario ha parlato anche del Patto per la Salute e ha rassicurato le Associazioni di volontariato sul fatto che “gran parte del Patto pretende applicazioni che sono da impostare con una concertazione con le associazioni di volontariato. Sarebbe clamoroso se il decisore non impostasse decisioni ascoltando le associazioni di volontariato”.

Poi sui Lea De Filippo ha precisato che “sono sicuramente correggibili ma occorre tenere conto della sostenibilità”. Infine una battuta anche su Aifa: “Da qui a breve ministero proporrà modifica cambiamento dell’Agenzia” anche per rendere più veloce la disponibilità di farmaci innovativi.



(Sito ufficiale della Società scientifica)

14-05-2015

<http://www.aiom.it/>,

Tumori, aumentano le persone che vivono con la malattia: +17% dal 2010

Roma, 14 maggio 2015 – La riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Servizio Sanitario Nazionale. La denuncia è contenuta nel *VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*, presentato oggi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico. Le Associazioni dei pazienti, coordinate dalla FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), chiedono che la riabilitazione oncologica venga inserita tra le prestazioni previste dal DCPM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) sui Livelli Essenziali di Assistenza in corso di approvazione. Nel 2010 erano 2.587.347 gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore, il 4,4% della popolazione. I pazienti guariti, con un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non colpite da tumore, erano 704.648, pari al 27% di tutti i pazienti (20% uomini e 33% donne) e all'1,2% degli italiani. Nel 2015 sono circa 3 milioni (3.036.741) le persone vive dopo una diagnosi oncologica (4,9% degli italiani) con un incremento, rispetto al 2010, del 17%. "Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti – spiega il prof. Francesco De Lorenzo, presidente FAVO -. Questi dati rappresentano un'inversione di tendenza rispetto al diffuso stigma cancro uguale morte. Ma non sappiamo se queste persone effettivamente conducano una vita normale. Sorge quindi una serie di interrogativi sulla condizione in cui versano coloro che hanno sconfitto il cancro dal punto di vista sanitario, sociale ed economico. Oggi è possibile avviare una battaglia politica non solo nazionale, ma anche europea, per abbattere le barriere che impediscono alle persone guarite di avvalersi dei loro innegabili diritti socio sanitari ed economici, finora negati, a cominciare dall'accesso a mutui, assicurazioni sanitarie e servizi finanziari". Nel 2014 i tumori hanno rappresentato la principale causa di riconoscimento sia dell'assegno ordinario di invalidità che della pensione di inabilità, con un trend in costante crescita negli ultimi anni. "Il Servizio Sanitario Nazionale – sottolinea il prof. Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) - trascura sia la fase di riabilitazione post-trattamento acuto sia quella che segue alla remissione totale, argomentando, in maniera inaccettabile, che la riabilitazione oncologica è ricompresa nelle tipologie desunte dall'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità". In base a quanto stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni, la riabilitazione oncologica viene inclusa all'interno di altre tipologie riabilitative, riferite alle patologie articolari, cardio-circolatorie, del linguaggio, dell'apparato digerente, urinarie, mentali e dell'autonomia comportamentale. "Ma il tumore – continua

Elisabetta Iannelli, segretario FAVO - è una malattia diversa da tutte quelle elencate e determina bisogni riabilitativi specifici, non assimilabili agli altri. Si tratta di una omissione particolarmente penalizzante per i pazienti, perché gli esiti dei trattamenti anti-cancro possono causare difficoltà non solo fisiche ma anche cognitive, psicologiche, nutrizionali, sessuali, sociali e lavorative. La sottovalutazione di questi aspetti ha portato anche a escludere, quanto meno in forma di consultazione, la voce delle Associazioni dei pazienti dal 'Patto della Salute' approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 10 luglio 2014".

<http://www.quotidiano.net/oncologia>

Lorenzin: "Cancro male incurabile è un concetto del passato"

Lo ha detto il Ministro della Salute in occasione della presentazione al Senato del VII Rapporto Favo sul malato oncologico.

Roma, 14 maggio 2015 - "Il concetto di cancro come 'male incurabile' appartiene al passato: il cancro tende sempre più verso la dimensione della cronicità". Lo sottolinea il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin in un messaggio inviato in occasione della presentazione al Senato del VII Rapporto Favo sul malato oncologico.

Ma, avverte Lorenzin, "nonostante gli straordinari successi raggiunti, il cancro, resta comunque un nemico da abbattere. I dati Istat indicano che i tumori sono la seconda causa di morte in Italia, anche se va sottolineato come nell'ultimo decennio la mortalità per cancro è diminuita. Ciò nonostante, l'incidenza è in costante incremento e ogni anno in Italia vengono diagnosticati 250mila nuovi casi. Per questa ragione dobbiamo continuare a lottare, potenziando i nostri sforzi e con essi la capacità di coordinare e sostenere l'attività di prevenzione, di ricerca e di assistenza".

E torna a mettere l'accento sulla prevenzione che, pur essendo "una componente essenziale della lotta contro il cancro", deve però "integrarsi anche all'interno del sistema sanitario con le attività e i servizi di cura e assistenza. Abbiamo un importante obiettivo da centrare e sono certa, ci riusciremo anche grazie alle associazioni di volontariato. Mi riferisco alla presa in carico dei pazienti. La capacità di seguire l'intero percorso oncologico deve rappresentare un valore aggiunto, una risposta completa alla malattia coincidente con una cura 'pazientecentrica' che considera cioè il malato nella sua totalità, con tutte le sue implicazioni psicologiche e relazionali".

<http://www.ilritrattodellasalute.org/>

CONVEGNO NAZIONALE

Al Senato, la Giornata del Malato Oncologico

La riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. L'hanno chiesto le Associazioni dei pazienti coordinate dalla FAVO (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) nel corso della X Giornata Nazionale del Malato Oncologico. La mancanza di aiuto obbliga le famiglie a provvedere a proprie spese a forme di assistenza non previste dal Servizio Sanitario Nazionale. La denuncia è contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici presentato ieri al Senato. "Oggi un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti - ha spiegato il prof. Francesco De Lorenzo, presidente FAVO - . Ma non sappiamo se queste persone conducano una vita normale o meno. È importante avviare una battaglia politica non solo nazionale, ma anche europea, per abbattere le barriere che impediscono alle persone guarite di avvalersi dei loro innegabili diritti socio sanitari ed economici, a cominciare dall'accesso a mutui, assicurazioni sanitarie e servizi finanziari".

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

Per i nuovi farmaci antitumorali fino a 1.070 giorni d'attesa

Roma, 14 mag. (AdnKronos Salute) - Servono circa tre anni, 1.070 giorni, perché un farmaco anti-cancro sia disponibile per i pazienti italiani. In particolare, sono richiesti 400 giorni per l'approvazione da parte dell'agenzia regolatoria europea e circa 570 per l'ok di quella nazionale, l'Aifa. C'è poi una terza fase, regionale, che prevede l'inserimento del farmaco nel Prontuario terapeutico ospedaliero regionale (Ptor). Con molte differenze sul territorio: in media passano 100 giorni, ma si va dai 170 in Calabria ai 40 in Umbria. E' la fotografia scattata dall'indagine promossa da Aiom (Associazione italiana di oncologica medica), Favo (Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia), e Fondazione Censis, contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato.

"Nelle Regioni che non hanno il Prontuario terapeutico ospedaliero i farmaci innovativi sono disponibili in maniera più tempestiva - spiega Francesco De Lorenzo, presidente Favo - Il lavoro svolto dalle Commissioni regionali, locali e aziendali, che ovviamente non aggiungono valutazioni scientifiche aggiuntive rispetto a Ema e Aifa, porta a un razionamento dei farmaci effettivamente disponibili per i cittadini. E si determinano così inaccettabili disparità tra Regione e Regione, negando, dove ciò avviene, il diritto di tutti i malati ad avere accesso in tempo utile ai nuovi farmaci autorizzati".

L'indagine è stata condotta a livello nazionale e in un campione di 10 Regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto), prendendo in considerazione un set di 16 farmaci oncologici (nuove autorizzazioni al commercio o estensioni di indicazioni) che hanno completato l'iter autorizzativo negli ultimi 2 anni e sono ora in commercio.

"In molti casi - continua - i ritardi sono causati dalla cadenza temporale delle riunioni delle Commissioni tecnico-scientifiche regionali, che spesso avvengono con scarsa frequenza, anche dopo 2 anni. Inoltre, spesso durante l'iter, il passaggio dall'Aifa ai singoli Ptor porta addirittura a un taglio delle indicazioni terapeutiche, con l'effetto di negare il diritto alla cura ad alcuni pazienti".

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

Un malato su 4 guarisce dal cancro, ma dopo cure riabilitazione sono a suo carico

Roma, 14 mg. (AdnKronos Salute) - La riabilitazione dopo un tumore deve essere riconosciuta e rientrare nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così, denuncia il VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Ssn.

Le Associazioni dei pazienti, coordinate dalla Favo (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), chiedono dunque che la riabilitazione oncologica venga inserita tra le prestazioni previste dal Dpcm (Decreto del presidente del Consiglio dei ministri) sui Livelli essenziali di assistenza in corso di approvazione. Nel 2010 erano 2.587.347 gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore, il 4,4% della popolazione. I pazienti guariti, con un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non colpite da tumore, erano 704.648, il 27% di tutti i malati oncologici (20% uomini e 33% donne) e l'1,2% degli italiani.

Oggi sono più di 3 milioni (3.036.741) le persone vive dopo una diagnosi di cancro, il 4,9% dei connazionali, con un incremento del 17% rispetto al 2010. "Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti: questi dati rappresentano un'inversione di tendenza rispetto al diffuso stigma cancro uguale morte - sottolinea Francesco De Lorenzo, presidente Favo - Ma non sappiamo se queste persone effettivamente conducano una vita normale". Da qui l'intenzione di una campagna informativa in grado di raggiungere i malati alla fine del trattamento della fase acuta e le persone guarite, per un'azione di prevenzione terziaria e di riabilitazione. Punto di partenza il libretto 'La vita dopo il cancro', realizzato da Favo e Aiom e che sarà presto disponibile nelle oncologie mediche e Associazioni di volontariato.

Nel 2014 i tumori hanno rappresentato la principale causa di riconoscimento sia dell'assegno ordinario di invalidità che della pensione di inabilità, con un trend in costante crescita negli ultimi anni.

"Il Servizio sanitario nazionale - afferma Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom (Associazione Italiana di oncologia medica) - trascura sia la fase di riabilitazione post-trattamento acuto sia quella che segue alla remissione totale, argomentando, in maniera inaccettabile, che la riabilitazione oncologica è ricompresa nelle tipologie desunte dall'"International Classification of Functioning, Disability and Health' (Icf) dell'Organizzazione mondiale della sanità".

Attualmente la riabilitazione oncologica viene inclusa all'interno di altre tipologie riabilitative, riferite alle patologie articolari, cardio-circolatorie, del linguaggio, dell'apparato digerente, urinarie, mentali e dell'autonomia comportamentale. "Ma il tumore - evidenzia Elisabetta Iannelli, segretario della Favo - è una malattia diversa da tutte quelle elencate e determina bisogni riabilitativi specifici, non assimilabili agli altri. Si tratta di una omissione particolarmente penalizzante per i pazienti, perché gli esiti dei trattamenti anti-cancro possono causare difficoltà non solo fisiche ma anche cognitive, psicologiche, nutrizionali, sessuali, sociali e lavorative".

<http://www.meteoweb.eu>

Tumori: aumentano le persone che vivono con la malattia, +17% dal 2010



La riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Servizio Sanitario Nazionale. La denuncia è contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico. Le Associazioni dei pazienti, coordinate dalla FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), chiedono che la riabilitazione oncologica venga inserita tra le prestazioni previste dal DCPM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) sui Livelli Essenziali di Assistenza in corso di approvazione. Nel 2010 erano 2.587.347 gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore, il 4,4% della popolazione. I pazienti guariti, con un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non colpite da tumore, erano 704.648, pari al 27% di tutti i pazienti (20% uomini e 33% donne) e all'1,2% degli italiani. Nel 2015 sono circa 3 milioni (3.036.741) le persone vive dopo una diagnosi oncologica (4,9% degli italiani) con un incremento, rispetto al 2010, del 17%. "Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti – spiega il prof. Francesco De Lorenzo, presidente FAVO -. Questi dati rappresentano un'inversione di tendenza rispetto al diffuso stigma cancro uguale morte. Ma non sappiamo se queste persone effettivamente conducano una vita normale. Sorge quindi una serie di interrogativi sulla condizione in cui versano coloro che hanno sconfitto il cancro dal punto di vista sanitario, sociale ed economico. Oggi è possibile avviare una battaglia politica non solo nazionale, ma anche europea, per abbattere le barriere che impediscono alle persone guarite di avvalersi dei loro innegabili diritti socio sanitari ed economici, finora negati, a cominciare dall'accesso a

mutui, assicurazioni sanitarie e servizi finanziari”. Nel 2014 i tumori hanno rappresentato la principale causa di riconoscimento sia dell’assegno ordinario di invalidità che della pensione di inabilità, con un trend in costante crescita negli ultimi anni. “Il Servizio Sanitario Nazionale – sottolinea il prof. Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) – trascura sia la fase di riabilitazione post-trattamento acuto sia quella che segue alla remissione totale, argomentando, in maniera inaccettabile, che la riabilitazione oncologica è ricompresa nelle tipologie desunte dall’‘International Classification of Functioning, Disability and Health’ (ICF) dell’Organizzazione Mondiale della Sanità”. In base a quanto stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni, la riabilitazione oncologica viene inclusa all’interno di altre tipologie riabilitative, riferite alle patologie articolari, cardio-circolatorie, del linguaggio, dell’apparato digerente, urinarie, mentali e dell’autonomia comportamentale. “Ma il tumore – continua Elisabetta Iannelli, segretario FAVO – è una malattia diversa da tutte quelle elencate e determina bisogni riabilitativi specifici, non assimilabili agli altri. Si tratta di una omissione particolarmente penalizzante per i pazienti, perché gli esiti dei trattamenti anti-cancro possono causare difficoltà non solo fisiche ma anche cognitive, psicologiche, nutrizionali, sessuali, sociali e lavorative. La sottovalutazione di questi aspetti ha portato anche a escludere, quanto meno in forma di consultazione, la voce delle Associazioni dei pazienti dal ‘Patto della Salute’ approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 10 luglio 2014”.



“La sfida del volontariato oncologico – afferma il prof. De Lorenzo – è portare all’attenzione del Servizio Sanitario Nazionale anche la fascia di popolazione costituita dalle persone guarite dal cancro, oggi del tutto trascurata, attraverso l’istituzione di un programma di sorveglianza clinica per la prevenzione terziaria (possibili secondi tumori e comparsa di effetti collaterali tardivi a seguito di chemioterapie, radioterapie e uso di farmaci con forti effetti secondari). Le conseguenze della malattia possono lasciare tracce psicologiche profonde che condizionano le relazioni interpersonali e lo stato di benessere generale, con conseguente difficile reintegro sociale e lavorativo. Su questi aspetti è doveroso intervenire in modo efficace attraverso percorsi di riabilitazione e di sostegno psicologico. L’insieme di queste misure deve essere compreso in uno specifico programma interdisciplinare di ‘cura della persona guarita’”. Spetta al volontariato oncologico promuovere con forza e dedizione una campagna informativa in grado di raggiungere i malati al termine del trattamento della fase acuta e le persone guarite, per un’azione di prevenzione terziaria e di specifica riabilitazione. Il libretto “La vita dopo il cancro”, realizzato da FAVO e AIOM e che sarà prossimamente reso disponibile nelle Oncologie Mediche e nelle Associazioni di volontariato, rappresenta il primo strumento informativo in grado di sottolineare la necessità di una gestione della persona anche dopo la fine delle cure e di fornire, in modo semplice e sintetico, gli strumenti di conoscenza indispensabili per poter contribuire al miglioramento del proprio stato di salute. “L’effettiva realizzazione delle reti oncologiche regionali – continua il prof. De Lorenzo- è l’occasione per la presa in carico a 360 gradi dei pazienti, compresi quelli guariti. L’intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2014 ha approvato la ‘Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali’. Questo documento si caratterizza sia per i suoi contenuti che per il suo significato di governance. Finora solo in Lombardia, Piemonte e Toscana sono stati realizzati compiutamente questi

network, ma è importante capire se e in che modo queste Regioni hanno messo in atto la ‘Guida’”. Le reti oncologiche permettono inoltre di indirizzare i casi più complessi nei centri di riferimento. Ad esempio nel recente Decreto Ministeriale sugli standard ospedalieri è indicata la necessità di ridurre le strutture chirurgiche del 10% a livello nazionale e del 25% nelle Regioni in piano di rientro, tenendo conto dei volumi di attività. Il Decreto Ministeriale riporta ancora una volta l’attenzione sulle reti per patologia, a cominciare dalla Rete oncologica. “Ed è da qui che si deve partire – continua il prof. De Lorenzo -. Ma per fare Rete bisogna innanzitutto che le Aziende Sanitarie Pubbliche, prima ancora dei singoli operatori, escano da logiche individualistiche e opportunistiche legate ai vincoli di bilancio. L’Italia è purtroppo ancora lontana dall’applicazione dei parametri sull’appropriatezza di un intervento chirurgico dal punto di vista oncologico, cioè della sua esecuzione secondo criteri che assicurino il miglior standard qualitativo”. Ad esempio nel tumore del colon-retto, la mortalità post operatoria a 30 giorni passa dal 15% a meno del 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi l’anno e ciò avviene solo in 177 (22%) strutture su 805. In quello dello stomaco, la mortalità post operatoria a 30 giorni si dimezza passando da più del 20% a meno del 10% quando il volume di attività raggiunge i 20/30 interventi l’anno e ciò avviene solo in 108 strutture (16%) su 662. E in quello del polmone la mortalità post operatoria a 30 giorni diminuisce decisamente dal 20 a circa il 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi annui l’anno e ciò avviene solo in 36 (16%) strutture su 231. “In quest’ottica anche il ruolo dei piccoli ospedali periferici potrebbe essere valorizzato ai fini di una selezione della casistica – sottolinea il prof. Pinto -. I piccoli ospedali, infatti, sono spesso la punta di ingresso dei malati nella rete. Circa il 20% dei malati con cancro del colon o della stomaco, ancora oggi, accede al Pronto Soccorso con sintomi acuti (sub occlusione, dolori etc). Sul modello delle reti per l’emergenza, anche i malati oncologici chirurgici, una volta stabilizzati e identificata l’indicazione chirurgica, dovrebbero essere inviati al centro di riferimento più vicino, in grado di affrontare la situazione in maniera multidisciplinare integrata. Il centro di riferimento per patologia ideale dovrebbe diventare un ‘contenitore allargato’ di tutte le professionalità che vogliono crescere in un’ottica di qualità del lavoro, all’interno di percorsi diagnostico, terapeutici, assistenziali condivisi e monitorati su tutto il bacino di utenza”. Altro aspetto fondamentale per garantire l’uguaglianza di trattamento dei cittadini rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza è costituito dalla modifica del Titolo V della Costituzione, in particolare dalla riformulazione dell’articolo 117. “Nei precedenti rapporti – spiega il prof. De Lorenzo – sono state documentate le numerose e crescenti disparità nelle diverse Regioni per l’accesso dei malati di cancro ai farmaci, alla radioterapia, all’assistenza domiciliare, alla terapia del dolore e alle cure palliative. Disparità inaccettabili sia sul piano sanitario, assistenziale e sociale che per quanto riguarda le chance di cura e guarigione, senza considerare le gravi ripercussioni economiche (migrazioni interregionali, ricorso a sistemi privati, ecc) sui malati e le loro famiglie oltre che sull’intero sistema di assistenza”. Dal 2001, a seguito della modifica del titolo V della Costituzione, queste disuguaglianze territoriali si sono aggravate. È stato infatti assegnato alle Regioni un ampio potere decisionale in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera ed è stato fortemente indebolito il potere dell’amministrazione centrale, con l’effetto di accentuare le difformità nella realizzazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, in rapporto ai modelli organizzativi che le singole Regioni hanno ritenuto di adottare. Nelle intenzioni di riforma costituzionale attualmente in discussione nel Parlamento, è chiara la volontà di riaffermare il primato dell’uniformità assistenziale, stabilendo che spetta allo Stato determinare i livelli essenziali delle prestazioni che debbono essere garantiti in tutto il territorio nazionale. “Ma, nel testo in discussione – conclude Elisabetta Iannelli -, si nasconde un pericoloso e non trascurabile equivoco nella riformulazione della lettera ‘m’ del secondo comma dell’art. 117, perché viene fatto riferimento solo alle prestazioni riguardanti i diritti ‘civili e sociali’, tralasciando quelli sanitari. È evidente che, per affermare oltre ogni possibile ambiguità interpretativa l’indiscutibile principio che tutti i cittadini hanno diritto all’eguaglianza di trattamento anche per quanto concerne la tutela della salute, la norma vada modificata includendo i diritti sanitari. Senza questa doverosa inclusione ci si troverebbe davanti all’assurdità di garantire con norma costituzionale i diritti civili e sociali, rendendo in tal modo possibile l’esclusione di quello alla salute”.

<https://it.notizie.yahoo.com/>

Favo, riabilitazione oncologica rientri in LEA Servizio Sanitario

Roma, 14 mag. (askanews) - La riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Servizio Sanitario Nazionale.

La denuncia è contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico. Le Associazioni dei pazienti, coordinate dalla FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), chiedono che la riabilitazione oncologica venga inserita tra le prestazioni previste dal DCPM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) sui Livelli Essenziali di Assistenza in corso di approvazione. Nel 2010 erano 2.587.347 gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore, il 4,4% della popolazione. I pazienti guariti, con un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non colpite da tumore, erano 704.648, pari al 27% di tutti i pazienti (20% uomini e 33% donne) e all'1,2% degli italiani. Nel 2015 sono circa 3 milioni (3.036.741) le persone vive dopo una diagnosi oncologica (4,9% degli italiani) con un incremento, rispetto al 2010, del 17%.

"Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti - spiega Francesco De Lorenzo, presidente FAVO -. Questi dati rappresentano un'inversione di tendenza rispetto al diffuso stigma cancro uguale morte. Ma non sappiamo se queste persone effettivamente conducano una vita normale. Sorge quindi una serie di interrogativi sulla condizione in cui versano coloro che hanno sconfitto il cancro dal punto di vista sanitario, sociale ed economico. Oggi è possibile avviare una battaglia politica non solo nazionale, ma anche europea, per abbattere le barriere che impediscono alle persone guarite di avvalersi dei loro innegabili diritti socio sanitari ed economici, finora negati, a cominciare dall'accesso a mutui, assicurazioni sanitarie e servizi finanziari".

<https://it.notizie.yahoo.com/>

Favo, 1.070 giorni per accedere ai farmaci anti cancro

Roma, 14 mag. (askanews) - Servono circa tre anni, 1.070 giorni, perché un farmaco anti-cancro sia disponibile per i pazienti italiani. In particolare sono richiesti 400 giorni per l'approvazione da parte dell'agenzia regolatoria europea (EMA, comprensivi di "clock-stop") e circa 570 per quella nazionale dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). L'ostacolo ulteriore è costituito dalla terza fase, regionale, che prevede l'inserimento del farmaco nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR). Con molte differenze sul territorio: in media servono 100 giorni, ma si passa da un massimo di 170 in Calabria a un minimo di 40 in Umbria.

I dati emergono dall'indagine promossa da AIOM (Associazione Italiana di Oncologica Medica), FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), e Fondazione Censis, contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato al Senato. "Nelle Regioni che non hanno il Prontuario Terapeutico Ospedaliero i farmaci innovativi sono disponibili in maniera più tempestiva - spiega Francesco De Lorenzo, presidente FAVO -. È chiaro che avere le terapie giuste al momento giusto è l'unica soluzione per rispondere in modo adeguato alla domanda di cure efficaci. Il lavoro svolto dalle Commissioni regionali, locali e aziendali, che ovviamente non aggiungono valutazioni scientifiche aggiuntive rispetto a EMA e AIFA, porta a un razionamento dei farmaci effettivamente disponibili per i cittadini. E si determinano così inaccettabili disparità tra Regione e Regione, negando, dove ciò avviene, il diritto di tutti i malati ad avere accesso in tempo utile ai nuovi farmaci autorizzati".

L'indagine è stata condotta a livello nazionale e in un campione di 10 Regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto), prendendo in considerazione un set di 16 farmaci oncologici (nuove autorizzazioni AIC o estensioni di indicazioni di farmaci già autorizzati) che hanno completato l'iter autorizzativo negli ultimi due anni e che sono ora disponibili in commercio.

<https://it.notizie.yahoo.com/>

Lorenzin, cancro male incurabile è concetto del passato

Roma, 14 mag. (askanews) - "Il concetto di cancro come 'male incurabile' appartiene al passato: il cancro tende sempre piu' verso la dimensione della cronicita'". Lo sottolinea il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin in un messaggio inviato in occasione della presentazione al Senato del VII Rapporto Favo sul malato oncologico.

Ma, avverte Lorenzin, "nonostante gli straordinari successi raggiunti, il cancro, resta comunque un nemico da abbattere. I dati Istat indicano che i tumori sono la seconda causa di morte in Italia, anche se va sottolineato come nell'ultimo decennio la mortalita' per cancro e' diminuita. Cio' nonostante, l'incidenza e' in costante incremento e ogni anno in Italia vengono diagnosticati 250mila nuovi casi. Per questa ragione dobbiamo continuare a lottare, potenziando i nostri sforzi e con essi la capacita' di coordinare e sostenere l'attivita' di prevenzione, di ricerca e di assistenza".

E torna a mettere l'accento sulla prevenzione che , pur essendo "una componente essenziale della lotta contro il cancro", deve pero' "integrarsi anche all'interno del sistema sanitario con le attivita' e i servizi di cura e assistenza. Abbiamo un importante obiettivo da centrare e sono certa, ci riusciremo anche grazie alle associazioni di volontariato. Mi riferisco alla presa in carico dei pazienti. La capacita' di seguire l'intero percorso oncologico deve rappresentare un valore aggiunto, una risposta completa alla malattia coincidente con una cura 'pazientecentrica' che considera cioe' il malato nella sua totalita', con tutte le sue implicazioni psicologiche e relazionali".

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

Cancro, la denuncia dei pazienti: “Riabilitazione non è nei livelli essenziali”



Diritti

“Il tumore determina bisogni riabilitativi specifici, non assimilabili a quelli di altre patologie – sottolinea Elisabetta Iannelli, avvocato e segretario della Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia -. Gli esiti dei trattamenti possono causare difficoltà non solo fisiche ma anche cognitive, psicologiche, nutrizionali, sessuali, sociali e lavorative” di [Chiara Daina](#)

Il cancro non è solo una malattia, è anche un disagio economico e sociale. La riabilitazione oncologica post trattamento (chirurgico, chemioterapico o radioterapico) continua a essere una spesa a carico delle famiglie. Il Sistema nazionale sanitario in questo caso non garantisce un intervento specifico. “È un’ingiustizia, chiediamo che la riabilitazione rientri nei Lea (Livelli essenziali di assistenza, ndr)”: denunciano le associazioni dei pazienti, coordinate dalla Favo (la Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia), che oggi in Senato in occasione della Giornata nazionale del malato oncologico hanno presentato il VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei cittadini colpiti dal cancro.

“Il tumore determina bisogni riabilitativi specifici, non assimilabili a quelli di altre patologie – sottolinea Elisabetta Iannelli, avvocato e segretario Favo -. Gli esiti dei trattamenti possono causare difficoltà non solo fisiche ma anche cognitive, psicologiche, nutrizionali, sessuali, sociali e lavorative. Nessuno ci ascolta! Per il Patto della salute, approvato lo scorso luglio, né il ministero della Salute, né le Regioni ci hanno interpellato per un parere, è grave”. Secondo Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) è urgente “un programma interdisciplinare di cura della persona guarita” da adottare a livello nazionale. Il libretto “La vita dopo il cancro”, curato da Favo e Aiom, potrebbe essere il punto di partenza.

Il numero di italiani con una diagnosi di tumore è in crescita: erano quasi 2,6 milioni nel 2010, sono tre milioni oggi, cioè il 17 per cento in più. Una persona su quattro guarisce. Tra le donne il tumore alla mammella è il più frequente: oltre 600mila diagnosi, il 41 per cento di tutte le neoplasie che colpiscono il sesso femminile. Al secondo posto c'è il tumore al colon retto (12 per cento), segue quello al corpo dell'utero (7 per cento) e tiroide (6 per cento). Tra gli uomini invece prevale il tumore della prostata: 300mila casi, il 26 per cento di tutte le neoplasie diagnosticate nel sesso maschile, seguito da quello alla vescica (16 per cento) e al colon retto (16 per cento).

Per il malato oncologico, anche dopo aver debellato il cancro, il reinserimento sociale è un percorso a ostacoli. Oltre a uno stato emotivo fragile, deve affrontare lo stigma sul luogo di lavoro e la negazione dei diritti economici, per esempio l'accesso al mutuo, l'assicurazione sanitaria, i servizi finanziari. “Le adozioni sono un altro tasto dolente – aggiunge Iannelli della Favo -. Secondo i giudici devono essere passati almeno cinque anni dalla diagnosi per poter prendersi cura di un bambino. A questi poi si sommano i tempi infiniti della burocrazia e alla fine possono passare anche dieci anni. Si tratta di capire se c'è un rischio imminente o grave disabilità. Se una donna colpita dal cancro al seno ha solo subito un intervento chirurgico, senza fare le chemioterapie, perché deve subire un ritardo del genere?”. Le giovani colpite da linfoma o cancro mammario sono a rischio fertilità. La tecnica migliore per prevenirla è la raccolta degli ovociti prima dell'inizio della chemioterapia, la crioconservazione e l'utilizzo di farmaci che proteggono le ovaie durante i trattamenti. Un diritto che ogni anno viene negato a 1500 pazienti. Il Ssn infatti non si fa carico delle spesa dell'intervento. Il costo per l'utilizzo dei farmaci è di circa 50 euro. Mentre per la crioconservazione sale a 900 euro. Complessivamente se il conto fosse pagato dallo Stato sarebbe di circa 1,6 milioni di euro l'anno. Spesso il personale medico non è informato e molte pazienti ne rimangono all'oscuro. Oggi su 120 centri di crioconservazione, solo 56 assistono anche le malate oncologiche.

Un'altra emergenza riguarda la diseguaglianza nell'accesso ai nuovi farmaci nelle diverse regioni: da un massimo di 170 giorni in Calabria a un minimo di 40, in base a uno studio del Censis. In media ne servono cento. Sommati all'iter di circa tre anni (1.070 giorni) per l'approvazione del farmaco: 400 giorni per il via libera da parte dell'agenzia regolatoria europea (Ema) e più o meno 570 per quella nazionale (Aifa). Il terzo scoglio è quello regionale, appunto, che prevede l'inserimento del farmaco nel Prontuario terapeutico ospedaliero regionale (Ptor) con le differenze dette sopra. “In molti casi – puntualizza Francesco De Lorenzo, presidente Favo – i ritardi sono causati dalla cadenza temporale delle riunioni delle Commissioni tecnico scientifiche regionali, che spesso avvengono con scarsa frequenza, anche dopo due anni”. La trafila però non finisce qui. “Una Commissione territoriale, pur non potendo inserire nel proprio Prontuario un farmaco non autorizzato dall'Aifa, può però escluderlo – spiega Carla Collicelli del Censis -. La stessa discrezionalità avviene nelle aziende ospedaliere: un Prontuario terapeutico ospedaliero non può contenere un farmaco non inserito nel rispettivo prontuario regionale ma può escluderlo dalla lista delle terapie disponibili. Si tratta potenzialmente di una forma occulta di razionamento poco conosciuta e monitorata – avverte Collicelli – che crea disuguaglianze territoriali e penalizza alcune fasce di cittadini”.

Ultima sfida: le reti oncologiche regionali. Previste nell'intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2014, al momento sono nate solo in Lombardia, Piemonte e Toscana. Permettono di razionalizzare le risorse e indirizzare i casi più complessi nei centri di riferimento. Per esempio, nel tumore del colon-retto la mortalità post operatoria a 30 giorni passa dal 15 per cento a meno del 5 quando vengono eseguiti 50/70 interventi l'anno. In quello dello stomaco si dimezza: da oltre il 20 per cento a meno del 10 se gli interventi sono 20/30 l'anno. In quello del polmone diminuisce dal 20 a circa il 15 per cento se si raggiungono i 50/70 interventi annui.

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

Riabilitazione, mutui e assicurazioni sanitarie: diritti negati a chi è guarito da un tumore

Presentato in Senato il Rapporto sulla condizione assistenziale dei cittadini colpiti da cancro. Servono programmi specifici all'interno del Ssn

di Vera Martinella



Guarire dal cancro o convivere con un tumore per anni, come avviene con altre malattie croniche, oggi è possibile. Accade sempre più spesso, anche in Italia. Superata la fase critica iniziale, l'immediata necessità sottoporsi alle terapie, ora è dunque tempo di puntare alla qualità di vita delle persone che devono poter tornare a un'esistenza piena e «normale». Recenti studi mettono però in luce che un ex malato di cancro su tre soffre di disturbi fisici o psicologici anche a distanza di anni dalla fine delle cure. «Ecco perché la riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini – sottolinea Francesco De Lorenzo, presidente FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), in occasione della decima Giornata nazionale del malato oncologico - . Oggi non è così. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Servizio Sanitario Nazionale».

I possibili problemi di chi guarisce da un tumore

La denuncia è contenuta anche nel *Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*, presentato oggi al Senato nel corso della Giornata, e le associazioni dei pazienti coordinate dalla FAVO chiedono che la riabilitazione oncologica venga inserita tra le prestazioni previste dal DCPM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) sui Livelli Essenziali di Assistenza in corso di approvazione. Come riportano le più recenti statistiche oggi sono circa 3 milioni le persone vive dopo una diagnosi oncologica (rappresentano il 4,9 per cento degli italiani) e questo numero è cresciuto del

17 per cento rispetto al 2010. Fortunatamente una buona parte dei guariti, chiuso il periodo di malattia e terapie, riesce a tornare serenamente alla normalità. Ma non sono pochi quelli che, invece, devono continuamente affrontare problemi ben oltre la fatica soglia dei «cinque anni» di controlli (dopo i quali il rischio che la malattia si ripresenti scende, mentre salgono le probabilità d'andare incontro a una guarigione). Conseguenze a lungo termine dei trattamenti anticancro, disagi psico-sociali, depressione, divorzi, difficoltà a reinserirsi nel mondo del lavoro: sono questi alcuni dei problemi che più frequentemente possono manifestarsi in chi ha avuto un tumore.

Mutui e assicurazioni sanitarie: diritti negati a chi è guarito

«Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti – spiega De Lorenzo -. Questi dati rappresentano un'inversione di tendenza rispetto al diffuso stigma cancro uguale morte. Ma questo esercito di persone ha bisogni particolari e resta molto da fare dal punto di vista sanitario, sociale ed economico per garantire loro una buona qualità di vita e un rientro alla “normalità” dopo le cure. E perché non vengano più negati loro, come invece tuttora accade, diritti come l'accesso a mutui, assicurazioni sanitarie e servizi finanziari». Nel 2014 i tumori hanno rappresentato la principale causa di riconoscimento sia dell'assegno ordinario di invalidità che della pensione di inabilità, con un trend in costante crescita negli ultimi anni. «Il Servizio Sanitario Nazionale – sottolinea Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) - trascura sia la fase di riabilitazione post-trattamento acuto sia quella che segue alla remissione totale». In base a quanto stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni, la riabilitazione oncologica viene infatti inclusa all'interno di altre tipologie riabilitative, riferite alle patologie articolari, cardio-circolatorie, del linguaggio, dell'apparato digerente, urinarie, mentali e dell'autonomia comportamentale.

Servono programmi specifici all'interno del Ssn dedicati ai guariti

«Ma il tumore – continua Elisabetta Iannelli, segretario FAVO - è una malattia diversa da tutte quelle elencate e determina bisogni riabilitativi specifici, non assimilabili agli altri. Si tratta di un'omissione particolarmente penalizzante per i pazienti, perché gli esiti dei trattamenti anti-cancro possono causare difficoltà non solo fisiche ma anche cognitive, psicologiche, nutrizionali, sessuali, sociali e lavorative. La sottovalutazione di questi aspetti ha portato anche a escludere, quanto meno in forma di consultazione, la voce delle Associazioni dei pazienti dal Patto della Salute approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 10 luglio 2014». Paradossalmente, insomma, milioni di persone superano il cancro, ma hanno necessità peculiari che vengono spesso in larga parte trascurate. «Serve che il Servizio Sanitario Nazionale si organizzi, ad esempio con appositi servizi di sorveglianza – continua Iannelli -. Le conseguenze della malattia possono lasciare tracce psicologiche profonde che condizionano le relazioni interpersonali e lo stato di benessere generale, con conseguente difficile reintegro sociale e lavorativo. Oppure possono restare conseguenze fisiche, può verificarsi la comparsa di effetti collaterali tardivi a seguito di chemioterapie o radioterapie e può esserci un rischio di possibili secondi tumori. Su questi aspetti è doveroso intervenire in modo efficace attraverso percorsi di riabilitazione e di sostegno psicologico». Servono, insomma, specifici programmi dedicati alla “cura della persona guarita”. Il libretto *La vita dopo il cancro*, realizzato da FAVO e AIOM, che sarà prossimamente reso disponibile nelle Oncologie Mediche e nelle associazioni di volontariato, rappresenta il primo strumento informativo in grado di sottolineare la necessità di una gestione della persona anche dopo la fine delle cure e di fornire, in modo semplice e sintetico, gli strumenti di conoscenza indispensabili per poter contribuire al miglioramento del proprio stato di salute.

<http://salute24.ilssole24ore.com/>

Giornata del malato oncologico. I pazienti chiedono la riabilitazione nei Lea

PDF [VII Rapporto sulla condizione assistenziale del malato oncologico](#)



La riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei livelli essenziali di assistenza garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Servizio sanitario nazionale. La denuncia è contenuta nel **VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici**, presentato oggi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico.

Le associazioni dei pazienti, coordinate dalla Favo (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), chiedono che la riabilitazione oncologica venga inserita tra le prestazioni previste dal Dpcm sui livelli essenziali di assistenza in corso di approvazione. Nel 2010 erano 2.587.347 gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore, il 4,4% della popolazione. I pazienti guariti, con un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non colpite da tumore, erano 704.648, pari al 27% di tutti i pazienti (20% uomini e 33% donne) e all'1,2% degli italiani. Nel 2015 sono circa 3 milioni (3.036.741) le persone vive dopo una diagnosi oncologica (4,9% degli italiani) con un incremento, rispetto al 2010, del 17%. «Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti» spiega **Francesco De Lorenzo**, presidente Favo «Questi dati rappresentano un'inversione di tendenza rispetto al diffuso stigma cancro uguale morte. Ma non sappiamo se queste persone effettivamente conducano una vita normale. Sorge

quindi una serie di interrogativi sulla condizione in cui versano coloro che hanno sconfitto il cancro dal punto di vista sanitario, sociale ed economico. Oggi è possibile avviare una battaglia politica non solo nazionale, ma anche europea, per abbattere le barriere che impediscono alle persone guarite di avvalersi dei loro innegabili diritti socio sanitari ed economici, finora negati, a cominciare dall'accesso a mutui, assicurazioni sanitarie e servizi finanziari».

Nel 2014 i tumori hanno rappresentato la principale causa di riconoscimento sia dell'assegno ordinario di invalidità che della pensione di inabilità, con un trend in costante crescita negli ultimi anni. «Il Servizio sanitario nazionale – sottolinea **Carmine Pinto**, presidente nazionale Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica) - trascura sia la fase di riabilitazione post-trattamento acuto sia quella che segue alla remissione totale, argomentando, in maniera inaccettabile, che la riabilitazione oncologica è ricompresa nelle tipologie desunte dall'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità».

In base a quanto stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni, la riabilitazione oncologica viene inclusa all'interno di altre tipologie riabilitative, riferite alle patologie articolari, cardio-circolatorie, del linguaggio, dell'apparato digerente, urinarie, mentali e dell'autonomia comportamentale. «Ma il tumore – continua **Elisabetta Iannelli**, segretario Favo - è una malattia diversa da tutte quelle elencate e determina bisogni riabilitativi specifici, non assimilabili agli altri. Si tratta di una omissione particolarmente penalizzante per i pazienti, perché gli esiti dei trattamenti anti-cancro possono causare difficoltà non solo fisiche ma anche cognitive, psicologiche, nutrizionali, sessuali, sociali e lavorative. La sottovalutazione di questi aspetti ha portato anche a escludere, quanto meno in forma di consultazione, la voce delle Associazioni dei pazienti dal Patto della Salute».

«La sfida del volontariato oncologico – afferma il prof. De Lorenzo - è portare all'attenzione del Servizio sanitario nazionale anche la fascia di popolazione costituita dalle persone guarite dal cancro, oggi del tutto trascurata, attraverso l'istituzione di un programma di sorveglianza clinica per la prevenzione terziaria (possibili secondi tumori e comparsa di effetti collaterali tardivi a seguito di chemioterapie, radioterapie e uso di farmaci con forti effetti secondari). Le conseguenze della malattia possono lasciare tracce psicologiche profonde che condizionano le relazioni interpersonali e lo stato di benessere generale, con conseguente difficile reintegro sociale e lavorativo. Su questi aspetti è doveroso intervenire in modo efficace attraverso percorsi di riabilitazione e di sostegno psicologico. L'insieme di queste misure deve essere compreso in uno specifico programma interdisciplinare di 'cura della persona guarita».

Altro aspetto fondamentale per garantire l'uguaglianza di trattamento dei cittadini rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza è costituito dalla modifica del Titolo V della Costituzione, in particolare dalla riformulazione dell'articolo 117. «Nei precedenti rapporti – spiega De Lorenzo - sono state documentate le numerose e crescenti disparità nelle diverse Regioni per l'accesso dei malati di cancro ai farmaci, alla radioterapia, all'assistenza domiciliare, alla terapia del dolore e alle cure palliative.

Disparità inaccettabili sia sul piano sanitario, assistenziale e sociale che per quanto riguarda le chance di cura e guarigione, senza considerare le gravi ripercussioni economiche (migrazioni interregionali, ricorso a sistemi privati, ecc) sui malati e le loro famiglie oltre che sull'intero sistema di assistenza». Dal 2001, a seguito della modifica del titolo V della Costituzione, queste disuguaglianze territoriali si sono aggravate. È stato infatti assegnato alle Regioni un ampio potere decisionale in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera ed è stato fortemente indebolito il potere dell'amministrazione centrale, con l'effetto di accentuare le difformità nella realizzazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, in rapporto ai modelli organizzativi che le singole Regioni hanno ritenuto di adottare. Nelle intenzioni di riforma costituzionale attualmente in discussione nel Parlamento, è chiara la volontà di riaffermare il primato dell'uniformità assistenziale, stabilendo che spetta allo Stato determinare i livelli essenziali delle prestazioni che debbono essere garantiti in tutto il territorio nazionale. «Ma, nel testo in discussione – conclude Elisabetta Iannelli -, si nasconde un pericoloso e non trascurabile equivoco nella riformulazione della lettera 'm' del secondo comma dell'art. 117, perché viene fatto riferimento solo alle prestazioni riguardanti i diritti civili e sociali, tralasciando quelli sanitari. È evidente che, per affermare oltre ogni possibile ambiguità interpretativa l'indiscutibile principio che tutti i cittadini hanno diritto all'eguaglianza di trattamento anche per quanto concerne la tutela della salute, la norma vada modificata includendo i diritti sanitari. Senza questa doverosa inclusione ci si troverebbe davanti all'assurdità di garantire con norma costituzionale i diritti civili e sociali, rendendo in tal modo possibile l'esclusione di quello alla salute».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

<https://it.notizie.yahoo.com/>

Lorenzin, cancro male incurabile è concetto del passato

Roma, 14 mag. (askanews) - "Il concetto di cancro come 'male incurabile' appartiene al passato: il cancro tende sempre piu' verso la dimensione della cronicita'". Lo sottolinea il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin in un messaggio inviato in occasione della presentazione al Senato del VII Rapporto Favo sul malato oncologico.

Ma, avverte Lorenzin, "nonostante gli straordinari successi raggiunti, il cancro, resta comunque un nemico da abbattere. I dati Istat indicano che i tumori sono la seconda causa di morte in Italia, anche se va sottolineato come nell'ultimo decennio la mortalita' per cancro e' diminuita. Cio' nonostante, l'incidenza e' in costante incremento e ogni anno in Italia vengono diagnosticati 250mila nuovi casi. Per questa ragione dobbiamo continuare a lottare, potenziando i nostri sforzi e con essi la capacita' di coordinare e sostenere l'attivita' di prevenzione, di ricerca e di assistenza".

E torna a mettere l'accento sulla prevenzione che , pur essendo "una componente essenziale della lotta contro il cancro", deve pero' "integrarsi anche all'interno del sistema sanitario con le attivita' e i servizi di cura e assistenza. Abbiamo un importante obiettivo da centrare e sono certa, ci riusciremo anche grazie alle associazioni di volontariato. Mi riferisco alla presa in carico dei pazienti. La capacita' di seguire l'intero percorso oncologico deve rappresentare un valore aggiunto, una risposta completa alla malattia coincidente con una cura 'pazientecentrica' che considera cioe' il malato nella sua totalita', con tutte le sue implicazioni psicologiche e relazionali".

<https://it.notizie.yahoo.com/>

Favo, 1.070 giorni per accedere ai farmaci anti cancro

Roma, 14 mag. (askanews) - Servono circa tre anni, 1.070 giorni, perché un farmaco anti-cancro sia disponibile per i pazienti italiani. In particolare sono richiesti 400 giorni per l'approvazione da parte dell'agenzia regolatoria europea (EMA, comprensivi di "clock-stop") e circa 570 per quella nazionale dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). L'ostacolo ulteriore è costituito dalla terza fase, regionale, che prevede l'inserimento del farmaco nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR). Con molte differenze sul territorio: in media servono 100 giorni, ma si passa da un massimo di 170 in Calabria a un minimo di 40 in Umbria.

I dati emergono dall'indagine promossa da AIOM (Associazione Italiana di Oncologica Medica), FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), e Fondazione Censis, contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato al Senato. "Nelle Regioni che non hanno il Prontuario Terapeutico Ospedaliero i farmaci innovativi sono disponibili in maniera più tempestiva - spiega Francesco De Lorenzo, presidente FAVO -. È chiaro che avere le terapie giuste al momento giusto è l'unica soluzione per rispondere in modo adeguato alla domanda di cure efficaci. Il lavoro svolto dalle Commissioni regionali, locali e aziendali, che ovviamente non aggiungono valutazioni scientifiche aggiuntive rispetto a EMA e AIFA, porta a un razionamento dei farmaci effettivamente disponibili per i cittadini. E si determinano così inaccettabili disparità tra Regione e Regione, negando, dove ciò avviene, il diritto di tutti i malati ad avere accesso in tempo utile ai nuovi farmaci autorizzati".

L'indagine è stata condotta a livello nazionale e in un campione di 10 Regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto), prendendo in considerazione un set di 16 farmaci oncologici (nuove autorizzazioni AIC o estensioni di indicazioni di farmaci già autorizzati) che hanno completato l'iter autorizzativo negli ultimi due anni e che sono ora disponibili in commercio.

<https://it.notizie.yahoo.com/>

Favo, riabilitazione oncologica rientri in LEA Servizio Sanitario

Roma, 14 mag. (askanews) - La riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Servizio Sanitario Nazionale.

La denuncia è contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico. Le Associazioni dei pazienti, coordinate dalla FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), chiedono che la riabilitazione oncologica venga inserita tra le prestazioni previste dal DCPM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) sui Livelli Essenziali di Assistenza in corso di approvazione. Nel 2010 erano 2.587.347 gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore, il 4,4% della popolazione. I pazienti guariti, con un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non colpite da tumore, erano 704.648, pari al 27% di tutti i pazienti (20% uomini e 33% donne) e all'1,2% degli italiani. Nel 2015 sono circa 3 milioni (3.036.741) le persone vive dopo una diagnosi oncologica (4,9% degli italiani) con un incremento, rispetto al 2010, del 17%.

"Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti - spiega Francesco De Lorenzo, presidente FAVO -. Questi dati rappresentano un'inversione di tendenza rispetto al diffuso stigma cancro uguale morte. Ma non sappiamo se queste persone effettivamente conducano una vita normale. Sorge quindi una serie di interrogativi sulla condizione in cui versano coloro che hanno sconfitto il cancro dal punto di vista sanitario, sociale ed economico. Oggi è possibile avviare una battaglia politica non solo nazionale, ma anche europea, per abbattere le barriere che impediscono alle persone guarite di avvalersi dei loro innegabili diritti socio sanitari ed economici, finora negati, a cominciare dall'accesso a mutui, assicurazioni sanitarie e servizi finanziari".



14-05-2015 16:46

Tre farmaci immuno-oncologici di Bristol-Myers Squibb protagonisti ad #ASCO2015

Nuovi importanti risultati relativi a tre farmaci immuno-oncologici di Bristol-Myers Squibb saranno presentati al prossimo Congresso Annuale ASCO che si aprirà a Chicago il 29 maggio, con i dati...

LEGGI



14-05-2015 15:46

LA REVISIONE DEI LEA METTE A RISCHIO LA SALUTE DEI CITTADINI CON DIABETE

“Un no unanime dai diabetologi italiani alla proposta di revisione dei Lea in discussione in queste settimane: perché non riconoscere tra le

LEGGI



14-05-2015 13:04

LA RIABILITAZIONE ONCOLOGICA ENTRI NEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA-LEA

La riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così. E...

LEGGI



14-05-2015 10:40

EXPORT VERSO GLI USA: RIMOSSE MISURE RESTRITTIVE PER PRODOTTI A BASE DI CARNE

Il Ministero della salute rende noto che, dopo una intensa trattativa sviluppatasi nell'ultimo anno - che ha visto impegnato personalmente il Ministro Lorenzin con il supporto delle strutture tecniche...

LEGGI



adnkronos
salute

○ 15 maggio 2015

○ NUMERO 88 | ○ ANNO 9

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Favo, per nuovi farmaci fino a 1.070 giorni d'attesa *I risultati di un'indagine in collaborazione con l'Aiom*

Servono circa tre anni, 1.070 giorni, perché un farmaco anti-cancro sia disponibile per i pazienti italiani. In particolare, sono richiesti 400 giorni per l'approvazione da parte dell'agenzia regolatoria europea e circa 570 per l'ok di quella nazionale, l'Aifa. C'è poi una terza fase, regionale, che prevede l'inserimento del farmaco nel Prontuario terapeutico ospedaliero regionale (Ptor). Con molte differenze sul territorio: in media passano 100 giorni, ma si va dai 170 in Calabria ai 40 in Umbria. È la fotografia scattata dall'indagine promossa da Aiom (Associazione italiana di oncologica medica), Favo (Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia), e Fon-

dazione Censis, contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. L'indagine è stata condotta a livello nazionale e in un campione di 10 Regioni, prendendo in considerazione un set di 16 farmaci oncologici (nuove Aic o estensioni di indicazioni) che hanno completato l'iter autorizzativo negli ultimi 2 anni e sono ora in commercio. In molti casi i ritardi sono causati dalla cadenza temporale delle riunioni delle Commissioni tecnico-scientifiche regionali. Inoltre, spesso durante l'iter, il passaggio dall'Aifa ai singoli Ptor porta addirittura a un taglio delle indicazioni terapeutiche, con l'effetto di negare il diritto alla cura ad alcuni pazienti.

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

Un malato su 4 guarisce dal cancro, ma dopo cure riabilitazione sono a suo carico

Roma, 14 mg. (AdnKronos Salute) - La riabilitazione dopo un tumore deve essere riconosciuta e rientrare nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così, denuncia il VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Ssn.

Le Associazioni dei pazienti, coordinate dalla Favo (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), chiedono dunque che la riabilitazione oncologica venga inserita tra le prestazioni previste dal Dpcm (Decreto del presidente del Consiglio dei ministri) sui Livelli essenziali di assistenza in corso di approvazione. Nel 2010 erano 2.587.347 gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore, il 4,4% della popolazione. I pazienti guariti, con un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non colpite da tumore, erano 704.648, il 27% di tutti i malati oncologici (20% uomini e 33% donne) e l'1,2% degli italiani.

Oggi sono più di 3 milioni (3.036.741) le persone vive dopo una diagnosi di cancro, il 4,9% dei connazionali, con un incremento del 17% rispetto al 2010. "Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti: questi dati rappresentano un'inversione di tendenza rispetto al diffuso stigma cancro uguale morte - sottolinea Francesco De Lorenzo, presidente Favo - Ma non sappiamo se queste persone effettivamente conducano una vita normale". Da qui l'intenzione di una campagna informativa in grado di raggiungere i malati alla fine del trattamento della fase acuta e le persone guarite, per un'azione di prevenzione terziaria e di riabilitazione. Punto di partenza il libretto 'La vita dopo il cancro', realizzato da Favo e Aiom e che sarà presto disponibile nelle oncologie mediche e Associazioni di volontariato.

Nel 2014 i tumori hanno rappresentato la principale causa di riconoscimento sia dell'assegno ordinario di invalidità che della pensione di inabilità, con un trend in costante crescita negli ultimi anni.

"Il Servizio sanitario nazionale - afferma Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom (Associazione Italiana di oncologia medica) - trascura sia la fase di riabilitazione post-trattamento acuto sia quella che segue alla remissione totale, argomentando, in maniera inaccettabile, che la riabilitazione oncologica è ricompresa nelle tipologie desunte dall'"International Classification of Functioning, Disability and Health' (Icf) dell'Organizzazione mondiale della sanità".

Attualmente la riabilitazione oncologica viene inclusa all'interno di altre tipologie riabilitative, riferite alle patologie articolari, cardio-circolatorie, del linguaggio, dell'apparato digerente, urinarie, mentali e dell'autonomia comportamentale. "Ma il tumore - evidenzia Elisabetta Iannelli, segretario della Favo - è una malattia diversa da tutte quelle elencate e determina bisogni riabilitativi specifici, non assimilabili agli altri. Si tratta di una omissione particolarmente penalizzante per i pazienti, perché gli esiti dei trattamenti anti-cancro possono causare difficoltà non solo fisiche ma anche cognitive, psicologiche, nutrizionali, sessuali, sociali e lavorative".

CONVEGNO NAZIONALE

Al Senato, la Giornata del Malato Oncologico

La riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. L'hanno chiesto le Associazioni dei pazienti coordinate dalla FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) nel corso della X Giornata Nazionale del Malato Oncologico. La mancanza di aiuto obbliga le famiglie a provvedere a proprie spese a forme di assistenza non previste dal Servizio Sanitario Nazionale. La denuncia è contenuta nel *VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici* presentato ieri al Senato. "Oggi un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti – ha spiegato il prof. Francesco De Lorenzo, presidente FAVO -. Ma non sappiamo se queste persone conducano una vita normale o meno. È importante avviare una battaglia politica non solo nazionale, ma anche europea, per abbattere le barriere che impediscono alle persone guarite di avvalersi dei loro innegabili diritti socio sanitari ed economici, a cominciare dall'accesso a mutui, assicurazioni sanitarie e servizi finanziari".

Favo: “servono 1.070 giorni per accedere ai nuovi farmaci anti-cancro”



17 maggio 2015

Servono circa tre anni, 1.070 giorni, perché un farmaco anti-cancro sia disponibile per i pazienti italiani. In particolare sono richiesti 400 giorni per l'approvazione da parte dell'agenzia regolatoria europea (EMA, comprensivi di “clock-stop”) e circa 570 per quella nazionale dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco).

L'ostacolo ulteriore è costituito dalla terza fase, regionale, che prevede l'inserimento del farmaco nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR). Con molte differenze sul territorio: in media servono 100 giorni, ma si passa da un massimo di 170 in Calabria a un minimo di 40 in Umbria. I dati emergono dall'indagine promossa da AIOM (Associazione Italiana di Oncologica Medica), FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), e Fondazione Censis, contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato.

“Nelle Regioni che non hanno il Prontuario Terapeutico Ospedaliero i farmaci innovativi sono disponibili in maniera più tempestiva – spiega il prof. Francesco De Lorenzo, presidente FAVO -. È chiaro che avere le terapie giuste al momento giusto è l'unica soluzione per rispondere in modo adeguato alla domanda di cure efficaci. Il lavoro svolto dalle Commissioni regionali, locali e aziendali, che ovviamente non aggiungono valutazioni scientifiche aggiuntive rispetto a EMA e AIFA, porta a un razionamento dei farmaci effettivamente disponibili per i cittadini. E si determinano così inaccettabili disparità tra Regione e Regione, negando, dove ciò avviene, il diritto di tutti i malati ad avere accesso in tempo utile ai nuovi farmaci autorizzati”.

L'indagine è stata condotta a livello nazionale e in un campione di 10 Regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto), prendendo in considerazione un set di 16 farmaci oncologici (nuove autorizzazioni AIC o estensioni di indicazioni di farmaci già autorizzati) che hanno completato l'iter autorizzativo negli ultimi due anni e che sono ora disponibili in commercio. “In molti casi - continua il prof. De Lorenzo - i ritardi sono causati dalla cadenza temporale delle riunioni delle Commissioni Tecnico Scientifiche regionali, che spesso avvengono con scarsa frequenza, anche dopo due anni. Inoltre, spesso, durante l'iter autorizzativo, il passaggio dall'AIFA ai singoli PTOR porta addirittura a un taglio delle indicazioni terapeutiche, con l'effetto di negare il diritto alla cura ad alcuni pazienti.

“Il farmaco - spiega la Dott.ssa Carla Collicelli del Censis - prima di essere disponibile nelle farmacie ospedaliere (e quindi per i pazienti), deve completare un’ulteriore trafila, che non solo varia da Regione a Regione, ma anche tra un’Azienda ospedaliera e l’altra all’interno della stessa Regione. In pratica, una Commissione territoriale, pur non potendo inserire nel proprio Prontuario un farmaco non autorizzato dall’AIFA, può però escluderlo. Analogamente, un Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO) non può contenere un farmaco non inserito nel rispettivo Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR), ma può escluderlo dalla lista delle terapie disponibili. Pertanto il lavoro svolto dalle Commissioni regionali, locali e aziendali può portare, e spesso porta, ad un razionamento dei trattamenti effettivamente disponibili per i cittadini, determinando disparità sul territorio e negando il diritto di tutti i malati di avere accesso ai nuovi farmaci autorizzati in tempo utile. Si tratta potenzialmente di una forma occulta di razionamento, poco conosciuta e monitorata, che crea disuguaglianze territoriali e penalizza alcune fasce di cittadini. Ciò comporta tanti diversi servizi sanitari regionali con l’ovvia conseguenza che il trattamento terapeutico ottimale dipende purtroppo dal luogo di residenza”.

Il percorso che porta i farmaci dalla loro scoperta sino al momento della concreta disponibilità d’utilizzo ha, quindi, un notevole rilievo sociale, toccando aspetti cruciali del vivere quotidiano dei malati e dei loro famigliari, generando differenze di accesso sinceramente inaccettabili.

[[chiudi questa finestra](#)]



(Sito ufficiale della Società scientifica)

14-05-2015

<http://www.aiom.it/>,

Tumori, aumentano le persone che vivono con la malattia: +17% dal 2010

Roma, 14 maggio 2015 – La riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Servizio Sanitario Nazionale. La denuncia è contenuta nel *VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*, presentato oggi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico. Le Associazioni dei pazienti, coordinate dalla FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), chiedono che la riabilitazione oncologica venga inserita tra le prestazioni previste dal DCPM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) sui Livelli Essenziali di Assistenza in corso di approvazione. Nel 2010 erano 2.587.347 gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore, il 4,4% della popolazione. I pazienti guariti, con un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non colpite da tumore, erano 704.648, pari al 27% di tutti i pazienti (20% uomini e 33% donne) e all'1,2% degli italiani. Nel 2015 sono circa 3 milioni (3.036.741) le persone vive dopo una diagnosi oncologica (4,9% degli italiani) con un incremento, rispetto al 2010, del 17%. "Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti – spiega il prof. Francesco De Lorenzo, presidente FAVO -. Questi dati rappresentano un'inversione di tendenza rispetto al diffuso stigma cancro uguale morte. Ma non sappiamo se queste persone effettivamente conducano una vita normale. Sorge quindi una serie di interrogativi sulla condizione in cui versano coloro che hanno sconfitto il cancro dal punto di vista sanitario, sociale ed economico. Oggi è possibile avviare una battaglia politica non solo nazionale, ma anche europea, per abbattere le barriere che impediscono alle persone guarite di avvalersi dei loro innegabili diritti socio sanitari ed economici, finora negati, a cominciare dall'accesso a mutui, assicurazioni sanitarie e servizi finanziari". Nel 2014 i tumori hanno rappresentato la principale causa di riconoscimento sia dell'assegno ordinario di invalidità che della pensione di inabilità, con un trend in costante crescita negli ultimi anni. "Il Servizio Sanitario Nazionale – sottolinea il prof. Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) - trascura sia la fase di riabilitazione post-trattamento acuto sia quella che segue alla remissione totale, argomentando, in maniera inaccettabile, che la riabilitazione oncologica è ricompresa nelle tipologie desunte dall'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità". In base a quanto stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni, la riabilitazione oncologica viene inclusa all'interno di altre tipologie riabilitative, riferite alle patologie articolari, cardio-circolatorie, del linguaggio, dell'apparato digerente, urinarie, mentali e dell'autonomia comportamentale. "Ma il tumore – continua

Elisabetta Iannelli, segretario FAVO - è una malattia diversa da tutte quelle elencate e determina bisogni riabilitativi specifici, non assimilabili agli altri. Si tratta di una omissione particolarmente penalizzante per i pazienti, perché gli esiti dei trattamenti anti-cancro possono causare difficoltà non solo fisiche ma anche cognitive, psicologiche, nutrizionali, sessuali, sociali e lavorative. La sottovalutazione di questi aspetti ha portato anche a escludere, quanto meno in forma di consultazione, la voce delle Associazioni dei pazienti dal 'Patto della Salute' approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 10 luglio 2014".

Le persone con esperienza di cancro sono tre milioni VII Rapporto sull'assistenza oncologica

La riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprio spese alle forme di assistenza non previste dal Servizio Sanitario Nazionale. La denuncia è contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico. Le Associazioni dei pazienti, coordinate dalla IFO (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato Oncologico), chiedono che la riabilitazione oncologica venga inserita tra le prestazioni previste dal D.L. PM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) sui Livelli Essenziali di Assistenza in corso di approvazione. Nel 2010 erano 2.589.341 gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore, il 4,4% della popolazione. I pazienti guariti, con un'età di vita paragonabile a quella delle persone non colpite da tumore, erano 704.549, pari al 27% di tutti i pazienti (29,5% uomini e 23,6% donne) e all'1,2% degli italiani. Nel 2015 sono circa 5 milioni (3.055.741) le persone che dopo una diagnosi oncologica (4,9% degli italiani) con un incremento, rispetto al 2010, del 17%. "Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti", spiega il prof. Francesco De Lorenzo, presidente IFO. (R.MON.)



➤ BREVI

Tumori, sempre più coloro che vivono con la malattia

VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei cittadini colpiti dal cancro

La riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Servizio Sanitario Nazionale. La denuncia è contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato nei giorni scorsi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico. Le Associazioni dei pazienti, coordinate dalla FAVO (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), chiedono che la riabilitazione oncologica venga inserita tra le prestazioni previste dal DCPM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) sui Livelli Essenziali di Assistenza in corso di approvazione. "Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti – spiega il prof. Francesco De Lorenzo, presidente FAVO – Ma non sappiamo se queste persone effettivamente conducano una vita normale. Sorge quindi una serie di interrogativi sulla condizione in cui versano coloro che hanno sconfitto il cancro dal punto di vista sanitario, sociale ed economico". (S. SER.)





Chirurghi esperti per i tumori

Migliore la sopravvivenza dei pazienti operati in centri con ampie casistiche. Lo conferma il nuovo Rapporto sulla condizione assistenziale

Molti studi scientifici lo hanno dimostrato negli ultimi anni: la sopravvivenza dei malati di cancro è di gran lunga migliore quando vengono seguiti in centri specializzati, dove possono essere curati da un team di medici multidisciplinare e da personale che abbia esperienza, soprattutto per i casi più complessi. Alla stessa conclusione è arrivata l'indagine condotta per conto del Ministero della Salute dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), contenuta nel Programma Nazionale Esiti 2014.

Gli esperti hanno analizzato i dati sull'attività chirurgica degli ospedali italiani in merito a vari tipi di tumori (colon, polmone, stomaco e seno) collegandola poi alla mortalità, e i risultati non lasciano dubbi: dove si opera di più e l'esperienza è maggiore si muore di meno.

Purtroppo, però, l'80 per cento degli ospedali italiani ha

volumi di attività chirurgica oncologica troppo bassi. «La chirurgia rappresenta il caposaldo dell'approccio multidisciplinare ai tumori solidi ed è spesso determinante per il successo globale delle cure», sottolinea Alfredo Garofalo, past president della Società italiana di Chirurgia Oncologica, che affronta questo tema nel Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici 2015, presentato nei giorni scorsi in occasione della Giornata nazionale del malato oncologico (le cui iniziative si concludono oggi 17 maggio), organizzata dalla Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (Favo). «Il concetto alla base del servizio è molto semplice: — prosegue Garofalo — più si ha esperienza nel fare una cosa, maggiori sono le probabilità che quella cosa riesca meglio. Ciò non significa che per i pazienti oncologici sia sempre necessario spostarsi alla ricerca dei Centri più esperti, ma è

sicuramente consigliabile farlo quando si tratta di patologie complesse o rare».

«Vanno creati percorsi di cura uniformi nelle varie regioni per garantire l'accesso alle cure più efficaci per tutti i pazienti indipendentemente dal luogo di residenza — aggiunge Francesco De Lorenzo, presidente Favo —. Il taglio dei posti letto previsto per legge, andrebbe attuato sulla base di questi dati del Rapporto, che mettono in evidenza gravi problemi circa la sicurezza e la qualità degli interventi chirurgici. Inoltre, abbiamo più volte rilevato che esistono enormi disparità anche nell'accesso rapido ai farmaci più innovativi: in alcuni casi ci vogliono oltre 600 giorni perché ai malati arrivi un medicinale già approvato dall'Agenzia italiana del Farmaco, con notevoli differenze tra regione e regione».

Resta il fatto che i piccoli ospedali sono spesso il punto d'arrivo per molti malati. «Ancora oggi circa il 20% dei malati

con cancro del colon o dello stomaco arriva al Pronto soccorso con sintomi acuti (occlusione o dolori) e lì riceve la diagnosi di tumore — concorda Garofalo —. Sul modello delle reti per l'emergenza, anche i malati oncologici, una volta stabilizzati e identificata l'indicazione chirurgica, dovrebbero essere inviati al centro di riferimento più vicino, in grado di affrontare la situazione in maniera multidisciplinare integrata. Il chirurgo degli ospedali periferici, se inserito in un gruppo di squadra allargato, potrà svolgere un ruolo determinante nella presa in carico del paziente».

«Le Reti oncologiche regionali potrebbero risolvere molti dei problemi ancora aperti: dall'accesso rapido ai farmaci più innovativi ai tagli sugli sprechi, nell'ottica di offrire il meglio ai malati e con costi sostenibili dal Servizio sanitario» conclude De Lorenzo.

Vera Martinella
* F. PIZZICHELLI / A. SCARPA

L'appuntamento
I dati sono stati resi noti in occasione della Giornata nazionale del malato oncologico

Programmazione
I tagli previsti per legge ai posti letto vanno fatti sulla base di queste valutazioni di qualità



Il supporto di uno psicologo per affrontare senza «mezze verità» la diagnosi e le scelte terapeutiche

Avere accesso alle migliori terapie disponibili è un passo fondamentale per curare con successo un tumore. Altrettanto indispensabile è però prendersi cura del benessere psicologico dei malati, che devono essere pienamente informati della loro condizione anche per poter prendere parte alle decisioni sulle terapie, come peraltro è previsto dalla legge sul consenso informato alle cure.

«Gli studi più recenti suggeriscono che la maggior parte dei pazienti preferisce conoscere la verità sulla propria salute e ricevere informazioni dettagliate sulla patologia, la prognosi e le possibilità di cura — spiega, nel Rapporto 2015 della Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia, Anna Costantini, presidente della Società Italiana di Psico-oncologia —. Inoltre, i malati desiderano avere notizie sulla prognosi, in un ambiente riservato, durante un colloquio (senza interruzioni) in cui potranno riuscire a esprimere paure e preoccupazioni e il medico abbia modo di verificare che il paziente abbia compreso tutti gli aspetti».

In Italia c'è sempre stata una tendenza alla "mezza verità" che vede spesso uniti medici e familiari nell'intento di proteggere il malato, non sempre consapevole della diagnosi e delle condizioni reali in cui si trova. L'atteggiamento paternalistico che minimizza il numero di nozioni date al diretto interessato si è però sempre più ridotto negli ultimi dieci anni, anche per via dell'obbligatorio consenso informato introdotto nel 2006. Da un'indagine italiana pubblicata lo scorso mese sulla rivista scientifica *Psycho-Oncology* è emerso che, in effetti, la grande maggioranza dei malati interpellati (87%) era consapevole della diagnosi, ma la metà delle persone con tumore metastatico valutava erroneamente le proprie possibilità di guarigione. Inoltre, circa un terzo degli intervistati pensava che i familiari nascondessero spesso o sempre le cattive notizie per proteggerli. «I malati — osserva Costantini, autrice principale dello studio e direttore della Psico-oncologia all'ospedale Sant'Andrea di Roma — hanno dichiarato d'aver bisogno di parlare con i propri cari della malattia, mentre queste mezze verità ostacolano un dialogo sincero, che è ciò di cui i pazienti hanno più bisogno». Emerge

anche chiaramente che conoscere la realtà delle cose non porta a disperazione, non accresce lo stress dei malati, non influisce sui loro processi di adattamento mentale al cancro. «È quindi fondamentale che dalla diagnosi in poi, per la scelta delle terapie e anche nella fase più difficile della malattia avanzata, i pazienti siano al centro anche della comunicazione — aggiunge Luigi Grassi, direttore della Clinica Psichiatrica all'Università di Ferrara, tra gli autori dell'indagine —. Sempre più di frequente, davanti alle molte nuove terapie disponibili, i pazienti sono chiamati a prendere decisioni importanti insieme ai loro curanti: dev'essere chiaro, in questo percorso, quale sia il desiderio dei malati e se vogliono o meno condividere le scelte con i parenti».

È facile capire che, se la situazione volge al peggio, ci si voglia preparare; ma anche nei casi

L'auspicio

Servono ambulatori dedicati, con un'attenzione specifica alla riabilitazione non solo fisica, ma anche psichica

in cui si arriva alla guarigione accade che le persone, negli anni successivi alle terapie, soffrono di disagi fisici o psicologici non trattati. O, peggio, non riconosciuti affatto. «Gli italiani che convivono con una diagnosi di tumore, recente o lontana nel tempo, secondo le stime nel 2015 arriveranno a 3 milioni — conclude Stefania Gori, segretario nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica e direttore dell'Oncologia all'ospedale Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar (Verona) —. Cresce anche il numero di guariti e lungosopravvissuti, che hanno nuove necessità a cui dobbiamo far fronte, sul piano medico e sociale. Servono ambulatori dedicati, con un'attenzione specifica alla riabilitazione psico-fisica: la riorganizzazione degli ospedali, con la creazione delle Reti Oncologiche Regionali, deve tener conto anche di questo».

V.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Strategia

Reti regionali e parità nei trattamenti

Il nostro sistema sanitario è fra i migliori in Europa: sei pazienti su 10 guariscono. Ma abbiamo 20 realtà regionali diverse e troppe differenze (e sprechi) sul territorio. È questa l'estrema sintesi del Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici 2015. Per garantire a tutti le migliori cure disponibili, esperti e associazioni di pazienti chiedono da tempo l'effettiva creazione di Reti Oncologiche Regionali, ancora poco diffuse. Le Reti prevedono centri di

riferimento per la cura del cancro in ogni regione e strutture satelliti sul territorio. Ogni qual volta possibile, i malati sono curati nelle strutture più vicine a casa, ma se è necessario vanno affidati ai centri principali, dove si concentrano esami sofisticati, diagnosi e cure complesse, interventi chirurgici complicati e medici specializzati che lavorano in équipe, con esperienza su grandi numeri per prendere decisioni delicate.

V. M.

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

Occorrono 3 anni per accedere ai farmaci anti-cancro

Indagine Censis: la terapia migliore non può dipendere dalla regione di residenza



“E' la prima volta che il Censis effettua un'indagine sui farmaci oncologici innovativi che mostra da un lato la lunghezza dell'iter autorizzativo a livello medio nazionale in Italia e dall'altro lato la presenza di disparità tra diversi territori”, spiega Carla Collicelli, vice Direttore del Censis, Carla Collicelli. Quanto emerge lascia senza parole: occorrono circa tre anni, ossia 1.070 giorni, perché un farmaco anti-cancro sia disponibile per i pazienti italiani. In particolare sono richiesti 400 giorni per l'approvazione da parte dell'agenzia regolatoria europea (EMA, comprensivi di “clock-stop”) e circa 570 per quella nazionale dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). L'ostacolo ulteriore è costituito dalla terza fase, regionale, che prevede l'inserimento del farmaco nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR). Con molte differenze sul territorio: in media servono 100 giorni, ma si passa da un massimo di 170 in Calabria a un minimo di 40 in Umbria.

TERAPIE DIVERSE - I dati emergono dall'indagine promossa da AIOM (Associazione Italiana di Oncologica Medica), FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), e Fondazione Censis, contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato. “Nelle Regioni che non hanno il Prontuario Terapeutico Ospedaliero i farmaci innovativi sono disponibili in maniera più tempestiva – spiega il prof. Francesco De Lorenzo, presidente FAVO -. È chiaro che avere le terapie giuste al momento giusto è l'unica soluzione per rispondere in modo adeguato alla domanda di cure efficaci. Il lavoro svolto dalle Commissioni regionali, locali e aziendali, che ovviamente non aggiungono valutazioni scientifiche aggiuntive rispetto a EMA e AIFA, porta a un razionamento dei farmaci effettivamente disponibili per i cittadini. E si determinano così inaccettabili disparità tra Regione e Regione, negando, dove ciò avviene, il diritto di tutti i malati ad avere accesso in tempo utile ai nuovi farmaci autorizzati”.

REGIONI - L'indagine è stata condotta a livello nazionale e in un campione di 10 Regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto), prendendo in considerazione un set di 16 farmaci oncologici (nuove autorizzazioni AIC o estensioni di indicazioni di farmaci già autorizzati) che hanno completato l'iter autorizzativo negli ultimi due anni e che sono ora disponibili in commercio. "In molti casi - continua il prof. De Lorenzo - i ritardi sono causati dalla cadenza temporale delle riunioni delle Commissioni Tecnico Scientifiche regionali, che spesso avvengono con scarsa frequenza, anche dopo due anni. Inoltre, spesso, durante l'iter autorizzativo, il passaggio dall'AIFA ai singoli PTOR porta addirittura a un taglio delle indicazioni terapeutiche, con l'effetto di negare il diritto alla cura ad alcuni pazienti.

TRAFILA - "Il farmaco - spiega la Dott.ssa Carla Collicelli del Censis - prima di essere disponibile nelle farmacie ospedaliere (e quindi per i pazienti), deve completare un'ulteriore trafila, che non solo varia da Regione a Regione, ma anche tra un'Azienda ospedaliera e l'altra all'interno della stessa Regione. In pratica, una Commissione territoriale, pur non potendo inserire nel proprio Prontuario un farmaco non autorizzato dall'AIFA, può però escluderlo. Analogamente, un Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO) non può contenere un farmaco non inserito nel rispettivo Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR), ma può escluderlo dalla lista delle terapie disponibili. Pertanto il lavoro svolto dalle Commissioni regionali, locali e aziendali può portare, e spesso porta, ad un razionamento dei trattamenti effettivamente disponibili per i cittadini, determinando disparità sul territorio e negando il diritto di tutti i malati di avere accesso ai nuovi farmaci autorizzati in tempo utile. Si tratta potenzialmente di una forma occulta di razionamento, poco conosciuta e monitorata, che crea disuguaglianze territoriali e penalizza alcune fasce di cittadini. Ciò comporta tanti diversi servizi sanitari regionali con l'ovvia conseguenza che il trattamento terapeutico ottimale dipende purtroppo dal luogo di residenza".

Roberta Maresci

6 umbria



Cancro, in Umbria tempi più celeri per i farmaci

ZIA Rapporto malati oncologici: nella regione cure in 40 giorni, in Calabria se ne possono aspettare fino a 170 le rause



Una settimana fa una donna era da tempo attesa di altri giorni, un 40 dalla pubblicazione di alcuni dati su 42.711, il 34 tempo della media italiana. Qui, infatti, si registra un ritardo rispetto alle altre regioni diseguali: a 40 solo in Umbria, perché in attesa una 7. Umbria, in quanto a tempo di cura, è la prima regione italiana per velocità di cura, con un ritardo medio di 10 giorni rispetto alla media italiana.

Cancro, in Umbria tempi più celeri per i farmaci

SALUTE E BUROCRAZIA Rapporto malati oncologici: nella regione cure in 40 giorni, in Calabria se ne possono aspettare fino a 170 le rause



Una settimana fa una donna era da tempo attesa di altri giorni, un 40 dalla pubblicazione di alcuni dati su 42.711, il 34 tempo della media italiana. Qui, infatti, si registra un ritardo rispetto alle altre regioni diseguali: a 40 solo in Umbria, perché in attesa una 7. Umbria, in quanto a tempo di cura, è la prima regione italiana per velocità di cura, con un ritardo medio di 10 giorni rispetto alla media italiana.

Il rapporto, elaborato dall'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori (Istituto Nazionale Tumori) e pubblicato sul sito dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), indica che in Umbria il tempo medio di attesa per la cura è di 40 giorni, contro i 170 giorni della Calabria e i 100 della Campania. In Umbria, il tempo medio di attesa per la cura è di 40 giorni, contro i 170 della Calabria e i 100 della Campania. In Umbria, il tempo medio di attesa per la cura è di 40 giorni, contro i 170 della Calabria e i 100 della Campania.

Il tempo medio di attesa per la cura è di 40 giorni, contro i 170 della Calabria e i 100 della Campania. In Umbria, il tempo medio di attesa per la cura è di 40 giorni, contro i 170 della Calabria e i 100 della Campania. In Umbria, il tempo medio di attesa per la cura è di 40 giorni, contro i 170 della Calabria e i 100 della Campania.

Il tempo medio di attesa per la cura è di 40 giorni, contro i 170 della Calabria e i 100 della Campania. In Umbria, il tempo medio di attesa per la cura è di 40 giorni, contro i 170 della Calabria e i 100 della Campania. In Umbria, il tempo medio di attesa per la cura è di 40 giorni, contro i 170 della Calabria e i 100 della Campania.

Foto: C.lli