

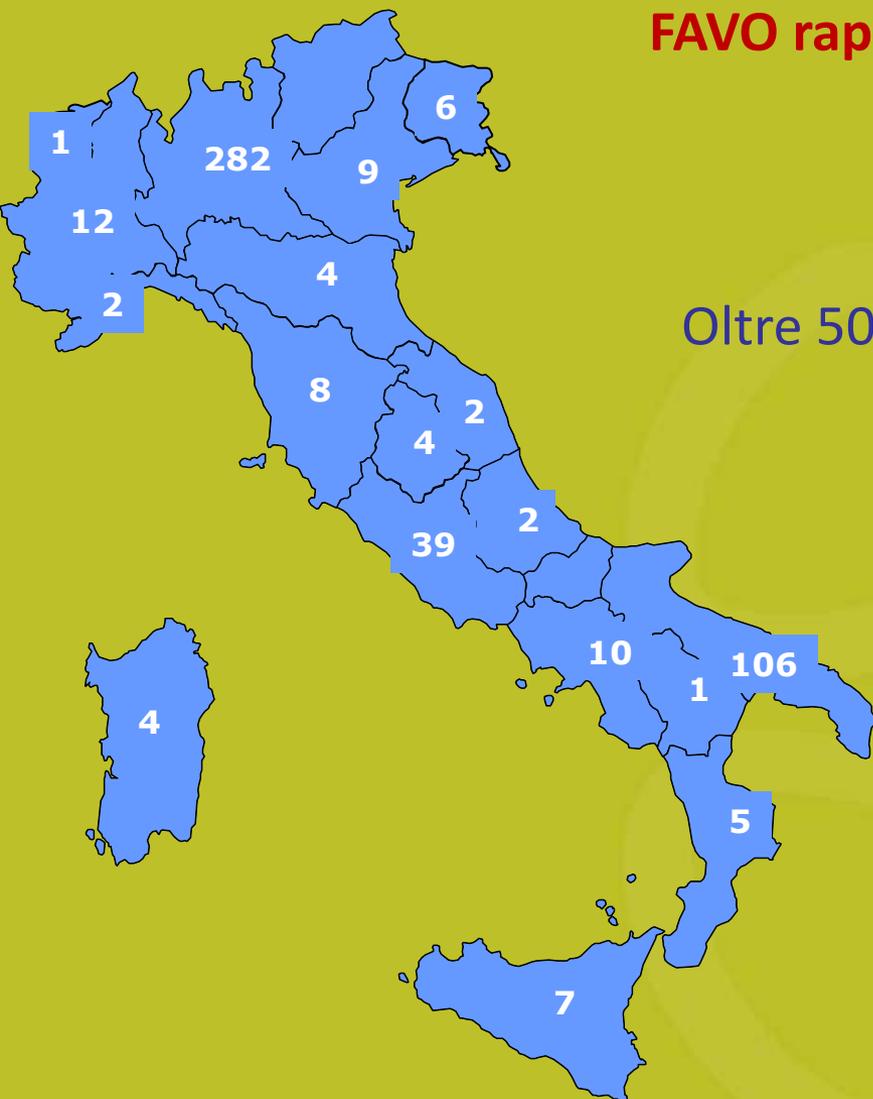
Sessione: I pazienti guariti da tumore in Italia

LE RICADUTE SUI PAZIENTI ONCOLOGICI

**Francesco De Lorenzo
F.A.V.O.**

www.favo.it; fdelorenzo@favo.it

FAVO rappresenta il 50% delle associazioni di volontariato in Italia



Oltre 500 associazioni aderenti

di cui:

- 124 federate
- 173 sezioni di livello regionale e provinciale
- 47 delegazioni regionali e provinciali
- 85 centri di livello provinciale
- 65 comitati provinciali
- 25 punti informativi
- 9 sezioni estere

pari a oltre

- 25.000 volontari
- 700.000 iscritti a vario titolo

I bisogni dei malati di cancro: le risposte del volontariato

- Superamento delle disparità di trattamento farmacologico e assistenziale
- L'informazione e comunicazione e sostegno psicologico
- La riabilitazione
- La nutrizione
- Genitorialità e cancro
- I diritti dei malati di cancro
- Survivors e qualità della vita



**Osservatorio
sulla condizione
assistenziale dei
malati oncologici**

FAVO
Via Barberini 11 - 00187 Roma
Tel/Fax: 06.42012079
Email: info@favo.it
WWW.FAVO.IT



**Osservatorio
sulla condizione
assistenziale dei
malati oncologici**

COMITATO SCIENTIFICO DELL'OSSERVATORIO

- Presidente**
Francesco De Lorenzo, Presidente della FAVO
- Direttore**
Sergio Paderni, Direttore
- Condirettore**
Andrea Micheli, Condirettore
- Componenti**
Carla Collicelli, V. Direttore Generale Censis
Francesco Maietta, Responsabile Politiche Sociali Censis
Stefano Cascinu, Presidente AIOM
Stefania Gori, Direttivo AIOM
Carmine Pinto, Direttivo AIOM
Luciano Pompei, Direttivo AIRO
Maurizio Carcaterra, AIRO
Fabrizio Pane, Presidente SIE
Agostino Tafuri, Direttivo SIE
Rosaria Boldrini, D.G. Sistema informativo e statistico sanitario
Miriam Di Cesare, D.G. Sistema informativo e statistico sanitario
Massimo Piccioni, Coordinatore Generale Medico-Legale INPS
Onofrio De Lucia, Coordinamento Generale Medico-Legale INPS
Raffaele Miglionini, Coordinamento Generale Medico-Legale INPS
Valerio Sciannamea, Coordinamento Generale Medico-Legale INPS
Angelo Lino Del Favero, Federsanità ANCI
Anna Costantini, Presidente SIPO
Luciana Cacciotti, rappresentante FIMMG nazionale
Vero Allocati Maida, FAVO
Elisabetta Iannelli, Segretario FAVO
Paola Varese, Direttore Scientifico FAVO
Francesco Maria Fazio, Presidente ANDOS
Laura Del Campo, Direttore AIMaC

GRUPPI DI LAVORO

Gli elevati costi sociali dei tumori

- Carla Collicelli, Censis
Francesco Maietta, Censis
Monica Alberti, Censis
Vittoria Coletta, Censis
Mariagrazia Viola, Censis
Elisabetta Iannelli, FAVO
Paola Varese, FAVO

Analisi della domanda

- Andrea Micheli, Osservatorio
Paolo Balli, Studi descrittivi e programmazione sanitaria, Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori", Milano
Paola Varese, FAVO
Angelo Lino Del Favero, Federsanità-Anci
Rosanna Di Natale, Federsanità-Anci

Organizzazione della rete assistenziale

- Sergio Paderni, Osservatorio
Rosaria Boldrini, D.G. Sistema informativo e statistico sanitario
Miriam Di Cesare, D.G. Sistema informativo e statistico sanitario

Diritazioni tecnologiche

- Luciano Pompei, AIRO
Maurizio Carcaterra, AIRO
Rosaria Boldrini, NSIS Ministero della Salute
Miriam Di Cesare, NSIS Ministero della Salute

**Assistenza farmaceutica
e nuove terapie in oncologia**

- Stefano Cascinu, AIOM
Stefania Gori, AIOM
Carmine Pinto, AIOM
Fabrizio Pane, SIE
Agostino Tafuri, SIE

Prestazioni previdenziali

- Onofrio De Lucia, INPS
Raffaele Miglionini, INPS
Valerio Sciannamea, INPS
Elisabetta Iannelli, FAVO

Repertorio legislativo

- Emanuela Lista, Conferenza Stato-Regioni
Davide De Peris, FAVO

Rassegna bibliografica e filmografica

- Davide De Peris, FAVO
Elisabetta Iannelli, FAVO
Vito Lamorgese, Istituto Superiore di Sanità
Paola Moghelli, Istituto Superiore di Sanità

Semafori dell'Osservatorio

- Davide De Peris, FAVO
Elisabetta Iannelli, FAVO

Coordinamento generale del lavoro

- Francesco De Lorenzo, FAVO
Sergio Paderni, Osservatorio
Andrea Micheli, Osservatorio

4° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici

**4° Rapporto sulla
condizione assistenziale
dei malati oncologici**

Roma, 15-20 maggio 2012
VII Giornata nazionale del malato oncologico

Realizzato da:



NUMERO STIMATI DI CASI, TUTTI I TIPI DI CANCRO (M+ F) IN EUROPA



INCIDENZA

2,445,000

MORTALITA'

1,234,000



5 anni PREVALENZA

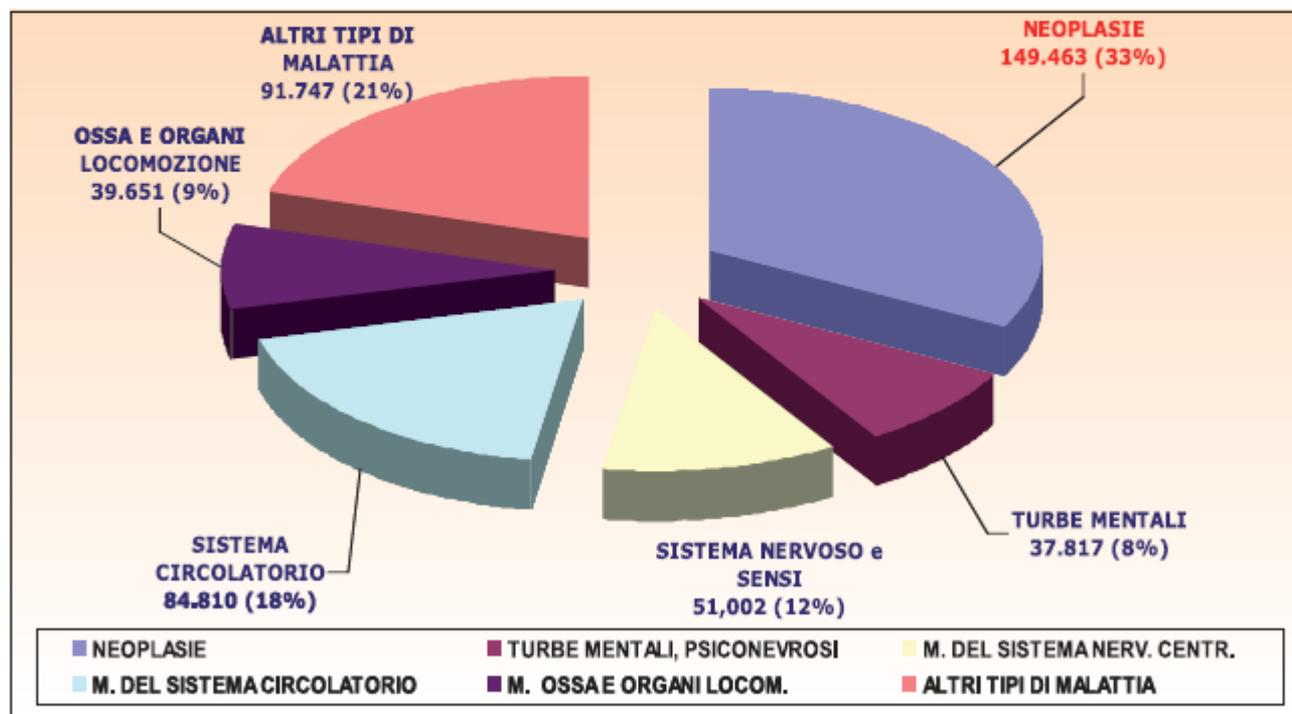
6,617,411

Fig. 2 – Percentuali delle prestazioni previdenziali riconosciute per tipo di patologia (decennio 2002 - 2011)



PREVIDENZA SOCIALE
COORDINAMENTO GENERALE MEDICO LEGALE

PRESTAZIONI ACCOLTE 2002-2011 PRINCIPALI PATOLOGIE



Fonte: Coordinamento generale medico legale INPS

Total disability claims in the 1998- 2009 time period.

Source: INPS

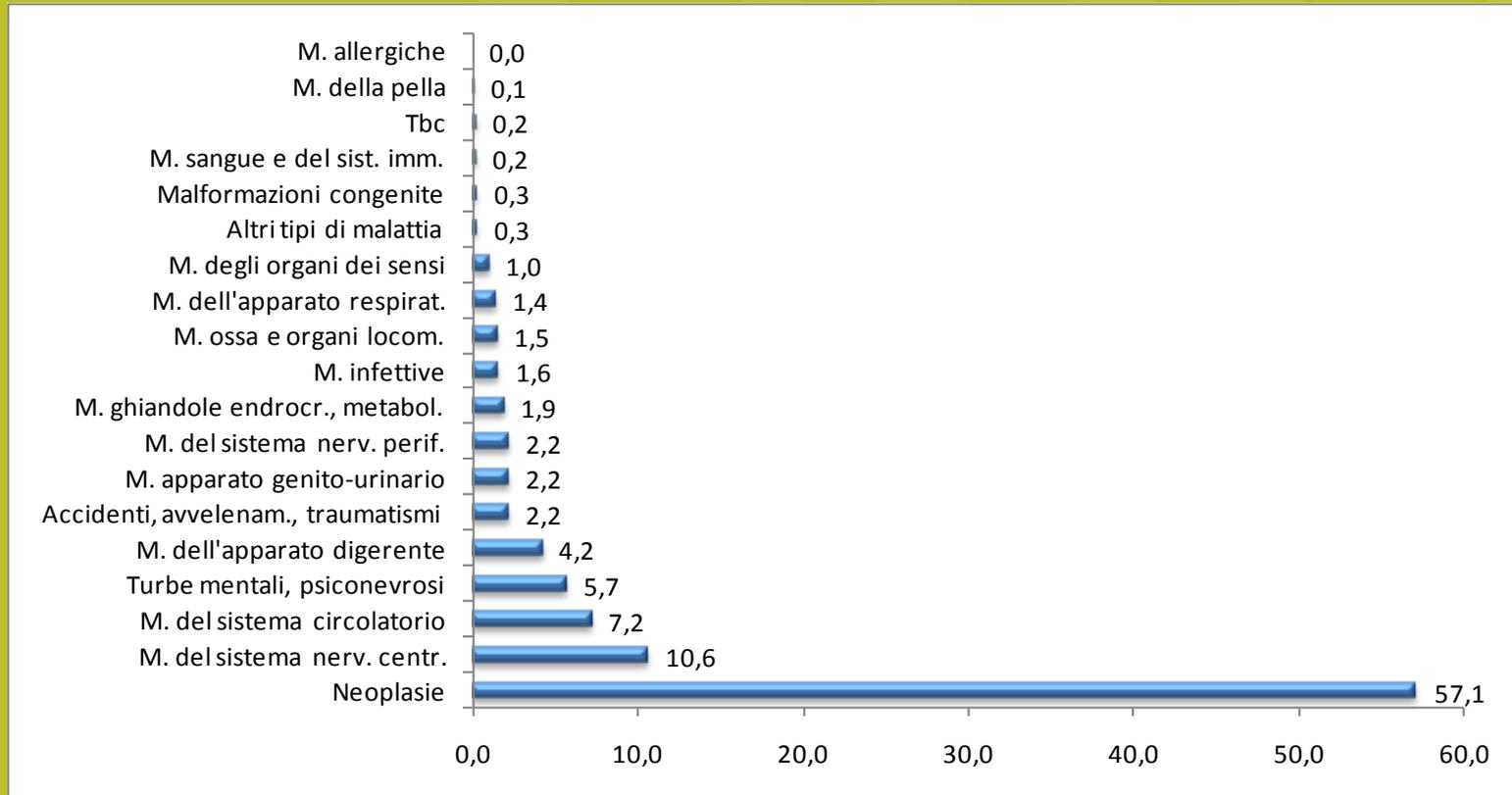
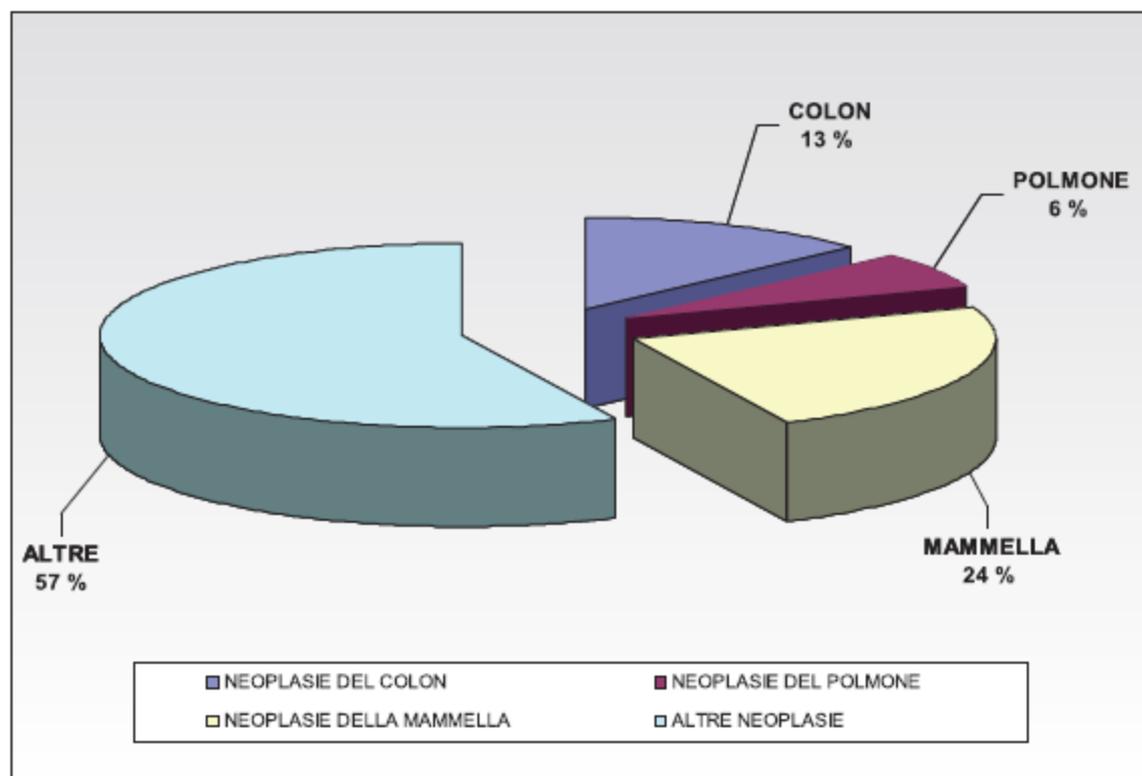


Fig. 4 – Percentuale di invalidità accolte per tipo di neoplasia (decennio 2002 - 2011)



PREVIDENZA SOCIALE
COORDINAMENTO GENERALE MEDICO LEGALE

INVALIDITA' ACCOLTE 2002-2011 NEOPLASIE PRINCIPALI



Fonte: Coordinamento generale medico legale INPS

Tab. 2 - Ammontare delle prestazioni previdenziali corrisposte per neoplasie (in euro) – importo stimato

Neoplasie tutte - TUTTE Accolte - Importo stimato											
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Totale
Tot	102.142.569	107.830.221	113.942.389	118.551.295	129.982.774	133.434.578	134.600.944	138.594.797	143.382.929	146.030.992	1.268.493.490
%	8%	9%	9%	10%	11%	11%	11%	11%	12%	12%	100%

Fonte: Coordinamento generale medico legale INPS

36 Punti di accoglienza e informazione di AIMaC in 23 città

Il SION è costituito dalla helpline di AIMaC (info@aimac.it, numero verde 840 503579), che risponde dalla sede centrale di Roma – Via Barberini 11, e da una rete di punti informativi a disposizione, presso i principali istituti per lo studio e la cura dei tumori e grandi ospedali, per consultare e ritirare il materiale informativo o per parlare con personale qualificato e ricevere chiarimenti.



AIMaC

INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana Malati di Cancro,
parenti e amici

Via Barberini 11 | 00187 Roma
tel +39 064825107 | fax +39 0642011216
840 503 579 numero verde
www.aimac.it | info@aimac.it

Servizio nazionale di accoglienza e Informazione in ONcologia - SION



INDAGINE FAVO – Censis:

Gli elevati costi sociali del tumore

OBIETTIVI:

- quantificare i costi sociali del tumore a carico dei malati e dei *caregiver*
- rappresentare le caratteristiche, problematiche e aspettative dei malati di tumore e dei loro *caregiver*

1.055 pazienti
(su 960.000)

713 caregiver
(su 776.000)

Ruolo cruciale di FAVO, di AIMaC e di altre associazioni del volontariato oncologico nell'attività di rilevazione

La stima dei costi

Pazienti e caregiver

Costi diretti

- **Spese mediche** (es. visite specialistiche, farmaci) e **spese non mediche** (es. trasporti)

Costi indiretti

- **Mancati redditi da lavoro** (per assenze forzate o cessazione dell'attività lavorativa)

Entrate da strumenti di tutela economica (es. indennità di accompagnamento)

TAB. 2 – INCIDENZA PERCENTUALE DELLE VOCI DI COSTO SUL COSTO SOCIALE TOTALE DI PAZIENTI CON E SENZA CAREGIVER E DEI CAREGIVER (VAL. %)

Costi relativi a:	Paziente con diagnosi di tumore a		
	Meno di 2 anni	2-5 anni	Totale a 5 anni
COSTI DIRETTI	17,7	14,3	16,1
Spese mediche	7,8	7	7,4
- Visite specialistiche (comprese le visite diagnostiche) ⁽¹⁾	1,3	1,9	1,5
- Esami radiologici, medicina nucleare, prelievi, altri esami ⁽¹⁾	0,6	0,4	0,5
- Prestazioni fisioterapiche/di riabilitazione	0,1	0,1	0,1
- Interventi di chirurgia ricostruttiva	0,1	0	0,1
- Presidi sanitari (parrucca, protesi, ecc.)	0,3	0,5	0,4
- Farmaci	4,7	3,3	4
- Infermiere privato	0,8	0,8	0,8
Spese non mediche	9,9	7,4	8,7
- Colf/assistente domiciliare/badante	1,8	1,6	1,7
- Trasporti	4,1	2,6	3,4
- Spese alberghiere, per vitto/alloggio in caso di spostamento	0,5	0	0,3
- Diete speciali	0,5	0,3	0,4
- Altre spese non sanitarie sostenute direttamente dal caregiver	2,9	2,8	2,9
COSTI INDIRETTI	82,3	85,7	83,9
Mancati redditi da lavoro dei malati	0,5	0,4	17,7
- Monetizzazione delle ore di lavoro perse nel corso dell'anno	19,3	15,9	11,4
- Mancati redditi da lavoro per ritiro dal lavoro	11,3	11,6	
Mancati redditi da lavoro dei caregiver	17,1	18,4	17,7
- Monetizzazione delle ore di lavoro perse nel corso dell'anno	0,4	0,5	15,4
- Mancati redditi da lavoro per ritiro dal lavoro	14,3	16,7	2,3
Ulteriore riduzione del reddito annuale dei malati in seguito alla malattia	0,6	0,5	0,6
Ulteriore riduzione del reddito annuale dei caregiver in seguito alla malattia	1,1	1,4	1,2
Monetizzazione assistenza/sorveglianza prestata dal caregiver	31,8	36,1	33,8
Aiuti monetari del caregiver	1,3	1,8	1,5
TOTALE COSTI	100	100	100
ENTRATE	1,8	4,7	3,2

⁽¹⁾ Completamente a carico del paziente o con ticket

II COSTO COMPLESSIVO ANNO/ITALIA

(pazienti con e senza caregiver):

**per i pazienti
con diagnosi
a 5 anni**

**36,4 miliardi
di euro annui**

**per i pazienti
con diagnosi
a 2 anni**

**19,1 miliardi
di euro annui**

**per i pazienti
con diagnosi
tra 2 a 5 anni**

**17,2 miliardi
di euro annui**

II COSTO COMPLESSIVO anno/ Italia (v.a. in milioni di €)

Costi relativi a:	Pazienti con diagnosi di tumore a		
	Meno di 2 anni	2-5 anni	Totale a 5 anni
Pazienti con e senza caregiver + caregiver	19.181	17.246	36.427
Pazienti con caregiver + caregiver	17.971	16.218	34.189
di cui:			
- caregiver conviventi	13.672	12.463	26.135
- caregiver non conviventi	4.300	3.755	8.054
Pazienti senza caregiver	1.209	2.028	2.237

Fonte: indagine Censis, 2011

II COSTO SOCIALE PROCAPITE (v.a. in €)

Costi relativi a:	Paziente con diagnosi di tumore a		
	Meno di 2 anni	2-5 anni	Totale a 5 anni
Pazienti con e senza caregiver + caregiver	36.167	30.705	34.210
Pazienti con caregiver + caregiver	42.572	38.341	41.197
<i>di cui:</i>			
- caregiver conviventi	51.043	45.035	44.992
- caregiver non conviventi	35.541	30.037	29.625
Pazienti senza caregiver	14.664	12.062	13.517

COSTI DIRETTI ED INDIRETTI

**Dei 36,4 miliardi di euro, di costo totale anno/ITALIA,
sono**

**5,8 miliardi i *costi
diretti***

**30,5 miliardi i *costi
indiretti***

Occupazione e ritorno al lavoro

Cancer Survivors

Prevalence of continued working, (re-)employment and return to work.

Overall, averagely 63.5% of cancer survivors (range 24%–94%) managed to return to work or continued working

- – at 6 months after diagnosis: 40% (range 24%–72%),
- – at 12 months after diagnosis: 62% (range 50%–81%),
- – at 18 months after diagnosis: 73% (range 64%–82%),
- – at 24 months after diagnosis: 89% (range 84%–94%),
- – at 5 years after diagnosis: 67% of patients were able to work.

IL PERCORSO RIABILITATIVO



NEL PON: LA RIABILITAZIONE IN ONCOLOGIA ASSUME UNA IMPORTANTE CONNOTAZIONE SOCIALE, IN CONSIDERAZIONE DI:

- numero crescente di malati lungo sopravvivenuti
- della cronicizzazione della malattia

“La riabilitazione va intesa quindi come investimento per la società, piuttosto che come costo sociale, in quanto salvaguarda un patrimonio di esperienze umane, professionali, culturali e di potenzialità lavorativa che altrimenti andrebbe definitivamente perduto”.

Per la persona con tumore e disabilità: dalla lista di prestazioni al programma di cura

F. DE LORENZO, M. PIEROTTI, I. SPRINGHETTI

Estratto da: MR - Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa

Vol. 24 - N. 1 - Pag. 55-56 (Febbraio 2010)

EDIZIONI MINERVA MEDICA - TORINO

La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali



Misure di esito e di processo specifiche per la riabilitazione in ambito metabolico

Sulla base del modello bio-psico-sociale, sono stati messi a punto un Core-set e una nuova Checklist per pazienti obesi dalla cui applicazione è stato possibile evidenziare un profilo specifico di disabilità (deficit nella mobilità e nella cura di sé, difficoltà delle relazioni con estranei o relazioni intime, problemi lavorativi o attività ricreative). Queste informazioni possono essere di aiuto nello sviluppare misure di prevenzione primaria e secondaria e nell'identificare fattori ambientali necessari a migliorare gli obiettivi riabilitativi.

Qualità della vita

Le informazioni fornite dal paziente stesso, attraverso questionari di *QoL* percepita, possono guidare le scelte terapeutiche e fornire indicazioni sui cambiamenti percepiti a livello individuale.

La riabilitazione in ambito oncologico

Il modello di assistenza alla Persona con malattia oncologica è cambiato negli anni e sempre maggiore è l'attenzione al valore della qualità di vita. In virtù delle sue competenze specifiche e delle sue metodologie di lavoro basate sull'approccio globale e sul *problem solving*, la riabilitazione, se coinvolta in tutto il percorso assistenziale, può contribuire in modo determinante al perseguimento di questo obiettivo. Un'efficace terapia anti-tumorale, infatti, non può prescindere da una precoce presa in carico riabilitativa globale che preveda una completa integrazione con chi si occupa del piano terapeutico strettamente oncologico e chi si occupa della terapia di supporto e delle cure di sostegno. La medicina riabilitativa quindi, utilizzando come strumento operativo il PRI basato sul modello bio-psico-sociale, si fa carico del ripristino

dell'integrità o del miglioramento di tutte le funzioni lese dal tumore o dai suoi trattamenti e prendendosi carico della Persona in tutte le fasi della malattia, ne garantisce in ultima analisi la migliore qualità possibile della vita. Il PRI è un parametro multidimensionale, che, come implicito nel termine stesso, va di volta in volta personalizzato, perché unico è l'individuo che viene curato.

Il Team Riabilitativo coordinato dallo Specialista in Riabilitazione è composto da una serie di professionisti con diverse aree di competenza che vengono coinvolti a seconda delle disabilità presenti, dei setting riabilitativi e del contesto psicosociale. La malattia neoplastica, con la variabilità del suo comportamento clinico, mostra una peculiarità che la rende unica rispetto alle altre patologie in cui la riabilitazione è coinvolta. Il percorso diagnostico terapeutico è estremamente variabile, in considerazione del tipo di tumore, della localizzazione, dell'aggressività, della stadiazione, dell'età del paziente, delle comorbidità, del livello culturale, sociale, familiare e ambientale, e richiede una pianificazione altamente personalizzata e continuamente riadattata in funzione dell'andamento della malattia e dei suoi trattamenti. Il paziente potrà andare incontro a guarigione, a fasi prolungate di malattia dopo il trattamento, a cronicizzazione, a fasi di ripresa di malattia, fino alla fase terminale e durante tutte queste fasi può presentare disabilità diverse divisibili schematicamente in due gruppi:

- disabilità comuni a tutti i tipi di neoplasie, che si possono manifestare dall'esordio fino all'exitus, spesso legate a cause iatrogene;
- disabilità caratteristiche dell'organo/tessuto o della funzione interessata dal processo neoplastico, presenti più spesso nelle prime fasi di malattia.

In relazione all'andamento delle fasi di malattia e alle disabilità a esse correlate emerge la necessità che la presa in carico riabilitativa debba seguire questi pazienti durante tutto l'iter della malattia,

“PIANO DI INDIRIZZO PER LA RIABILITAZIONE”

Il Piano, indirizzato alla riabilitazione non solo oncologica, è stato elaborato da un gruppo di lavoro presieduto dall'On. Francesca Martini, con la partecipazione di rappresentanti del Ministero, delle Regioni, delle Società scientifiche, degli IRCCS e da esperti della materia.

Obiettivo: superamento della logica della frammentarietà e della discontinuità degli interventi.

Il modello da adottare, secondo le indicazioni AIOM, SIMFER, SIPO, in condivisione con FAVO, è basato sul lavoro di equipe interdisciplinare e su piani di trattamento individualizzati a medio-lungo termine, nell'ambito della continuità delle cure.

ASPETTI STRATEGICI DEL PERCORSO RIABILITATIVO

Per superare la logica della frammentarietà e della discontinuità dei vari interventi con finalità riabilitativa nel contesto di una malattia oncologica è necessario che il modello di cura sia centrato su:

- Formazione degli operatori ad una logica di “presa in carico”
- Metodologia di lavoro in équipe interdisciplinare
- Piano di trattamento individualizzato, inclusivo, ove possibile, di progettualità a medio e lungo termine
- Misure di efficacia, efficienza, qualità ed appropriatezza, degli interventi, centrate su variabili bio-mediche, funzionali, psicologiche e di interazione sociale che caratterizzano la persona
- Continuità delle cure, estesa all’offerta guidata di percorsi riabilitativi territoriali.

PRESTAZIONI

Si raccomanda l'inserimento nei LEA delle prestazioni seguenti, vista la loro rilevanza:

- Pressoterapia
- Linfodrenaggio e massoterapia, senza limitazioni temporali rispetto all'insorgenza di segni correlati alla patologia neoplastica o alle corrispondenti terapie
- Bendaggio elasto-compressivo
- Psicodiagnostica, psicoterapia e counselling individuale, di coppia e familiare, con finalità riabilitative
- Psico-sessuologia riabilitativa

MECCANISMI DI ACCREDITAMENTO, TARIFFAZIONE E CONTROLLO DEI RICOVERI OSPEDALIERI

Il paziente con neoplasia rappresenta l'esempio forse più significativo di paziente in cui malattia e disabilità sono presenti simultaneamente e interagiscono.

L'attuale compartimentazione organizzativa fra assistenza "per acuti" (tariffata "a forfait/prestazione") e "riabilitativa" (tariffata a giornata con retta onnicomprensiva) ostacola un percorso di cura unitario e coerente nel mentre, per altri versi, induce un possibile aumento di spesa sanitaria.

PERCHÉ RIABILITAZIONE GENERICA E NON ONCOLOGICA

Sono prioritarie nuove regole di sistema da inserire in atti normativi nazionali, che:

- a) diano evidenza a misure funzionali nei sistemi di accreditamento, tariffazione e controllo delle cure al paziente neoplastico, sia in unità ospedaliere che in altri contesti
- a) siano premianti –anziché penalizzanti come spesso avviene - nei confronti di progetti di cura che siano comprensivi organicamente di interventi oncologici, fisiatrici e psicologici.

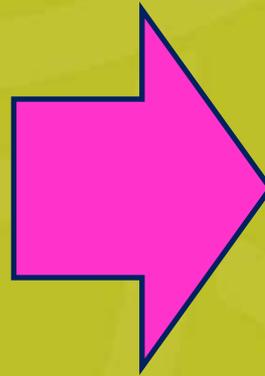
Sarà poi competenza e obbligo delle singole Regioni declinare analiticamente questi principi.

PON: Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro 2011-2013

Il percorso del malato oncologico nel SSN

La continuità assistenziale sul territorio:

- Reti onco regionali
- Cure palliative
- Sviluppo psico-oncologia
- Integrazione con il no-profit e il volontariato



Modello di Simultaneous care:

Terapie antitumorali+
cure di supporto e
palliative +
riabilitazione

- da ritenersi un bene sociale e non un costo, anche alla luce del numero crescente di survivors

Problemi aperti sul follow up oncologico:

Scarsa continuità
assistenziale ospedale -
territorio

Bassa diffusione culturale
sulle necessità specifiche
della cancersurvivorship

Carenza di strumenti informatici
comuni a tutti gli attori del follow-up
per condividere le informazioni (i.e.
fascicolo sanitario elettronico)

Mancanza di un'organizzazione
sanitaria specifica sul follow-up
a livello nazionale

Sessualità, fertilità, genitorialità con e dopo il cancro

Progetto con il Centro di PMA – HSR, in collaborazione
con ISS e Ist. Regina Elena, Roma:

**STRATEGIE SINERGICHE PER LA DIFFUSIONE
DELLA CULTURA
DELLA PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ
NEI PAZIENTI ONCOLOGICI**

RICERCA OSSERVAZIONALE (AIMaC – AIOM – ISS)

Studio pilota sul livello di informazione e soddisfazione delle pazienti riguardo le notizie ricevute sulle possibilità di preservare la fertilità prima dei trattamenti

157 pazienti arruolate

- il 77,6% ha ricevuto indicazioni sui danni che le cure tumorali possono procurare alla fertilità
 - nel 59,2% dei casi le pazienti avevano già avuto almeno un figlio al momento della diagnosi.
- Il 75,4% delle pazienti si è detta informata sulle tecniche per preservare la fertilità dal medico oncologo
 - il 22% ha consultato internet

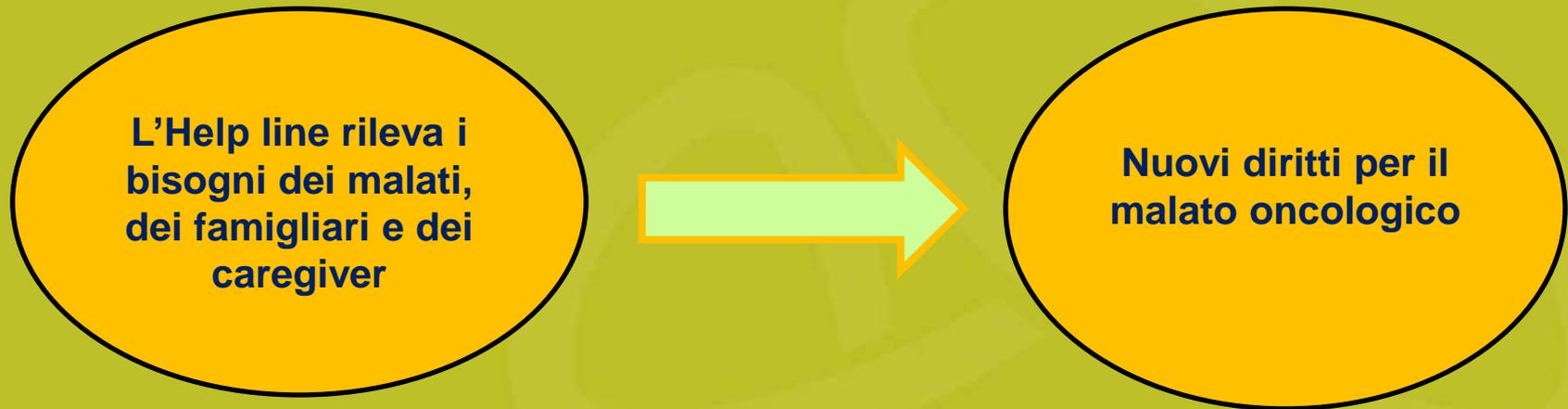
Le pazienti affette da melanoma o da cancro alla cervice, che si sono dette le meno soddisfatte rispetto alle informazioni ricevute, sono ricorse al web nel 66,7% dei casi

Padre dopo il cancro

Indirizzario centri
crioconservazione
del seme sul sito
www.aimac.it



RIABILITAZIONE SOCIALE



Riduzione dei tempi di accertamento dell'invalidità

Legge Biagi del 2003: riconosce al malato che lavora il diritto di passare dal tempo pieno al tempo parziale per potersi curare con maggiore agio, per poi riprendere il normale orario di lavoro

NUOVI DIRITTI PER IL MALATO ONCOLOGICO RIDUZIONE DEI TEMPI DI ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ

L'accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap dei malati di cancro deve essere effettuato dalle commissioni mediche ASL entro 15 giorni dalla presentazione della domanda dell'interessato
Gli esiti dell'accertamento hanno efficacia immediata per il godimento dei benefici da essi derivanti

*Emendamento **FAVO** - legge 80/ 2006 di conversione del DL n. 4 del 16 gennaio 2006*

I diritti del malato di cancro

Un diritto ignorato è un diritto negato

E' importante informare i malati ed i loro familiari:

-per far conoscere loro i diritti in ambito sanitario per rendere effettivo l'accesso ai benefici socio-economici di natura assistenziale e previdenziale

-per favorire l'utilizzo degli strumenti di tutela del posto di lavoro



Con il patrocinio del Ministero del Welfare

e la collaborazione dell'INPS

ACCORDO CON I SINDACATI

Il 15 marzo 2011 è stato firmato con i rappresentanti delle organizzazioni sindacali un accordo finalizzato all'avvio di iniziative sui luoghi di lavoro per la prevenzione di patologie oncologiche e di tutela dei diritti delle lavoratrici e dei lavoratori affetti da patologie gravi

AIMaC ALLE NAZIONI UNITE

AIMaC ha sollecitato e ottenuto un tavolo di lavoro e coordinamento presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri in preparazione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sulle malattie non trasmissibili: cancro, diabete, malattie cardiovascolari (NY, 19-20 settembre 2011). In questo ambito, grazie ad AIMaC, è stato proposto e successivamente recepito il ruolo centrale delle associazioni dei pazienti nello sviluppo di servizi per la prevenzione e la cura delle malattie non trasmissibili.

Segretariato Sociale di FAVO

segretariatosociale@favo.it



F.A.V.O.

Via Barberini 11 – 00187 Roma

Tel 06 4825107 – Fax 06 42011216

Numero Verde 840 503579

www.favo.it

info@favo.it