



passioni & solitudini

Fecondazione eterologa, perché un'esperienza ha tanti volti

Alessandra Geraziottin

L'esperienza della fecondazione eterologa è molto diversa a seconda che la donna riceva un ovocita, che verrà fecondato con lo sperma del partner, o riceva invece da donatore lo sperma che feconderà il suo ovocita.

Nell'ovodonazione la donna concepisce con un gamete "estraneo a lei", dal punto di vista genetico, perché donato da un'altra donna, che viene fecondato in vitro dallo sperma del compagno. Ma poi questo embrione le cresce in grembo. Lo sente muovere, "leggero come il battito d'ali di una farfalla", quando ne avverte i primi timidi movimenti. Un bimbo con geni estranei, vero, la cui espressione è però molto modulata dall'ambiente biochimico, emotivo e affettivo della donna. Se noi trapiantassimo nell'utero di dieci donne diverse dieci embrioni clonati, e quindi uguali tra loro dal punto di vista genetico, nei bimbi avremmo sì lo stesso colore di occhi (perché si tratta di una caratteristica genetica dominante) ma il carattere, la vulnerabilità alle malattie, e anche peso e altezza, potrebbero essere diversi tra loro, perché l'espressione dei geni del piccolo è molto condizionata, nel bene e nel male, dall'ambiente materno: dallo stato di salute; dall'alimentazione e da eventuali carenze di vitamine od oligoelementi; dal fatto di bere, fumare o assumere droghe; dall'essere stressata o serena; dall'aver avuto malattie intercorrenti o complicanze della gravidanza stessa; dall'essere single o in coppia. In più, la donna partorisce il bambino ed è "programmata" ad amarlo dai suoi stessi neuro-ormoni, l'ossitocina e la vasopressina, che aumentano in gravidanza, nel parto e ad ogni poppata. Se lo allatta, il legame tra lei e il piccolo diventa ancora più profondo: «È proprio mio/a», pensano il suo corpo e il suo cuore, prima ancora che la sua mente.

Diversamente dalla donazione di sperma, l'ovodonazione coinvolge profondamente donna e bambino proprio su quel fronte biologico, carnale, che scrive la basi più forti del codice d'amore intrafamiliare. Se il bambino è sano, fisicamente ed emotivamente, e ancor più se è bello (ah, la bellezza, quanto conta nell'amore, anche dei genitori!), il legame può essere forte e soddisfacente per entrambi. Se il bimbo invece è varia-

mente imperfetto, la vocina maligna dell'estraneità genetica può insinuarsi velenosa, rendendo molto più difficili l'accudimento, la cura, la tenerezza, la pazienza, e meno disponibile la capacità di dedizione e sacrificio. Fino al rifiuto.

Nel concepimento con donazione di sperma, l'impatto emotivo dipende da quanto la donna abbia desiderato fisicamente di avere un figlio "suo" e di quanto abbia condiviso questa scelta con il marito azoospermico. Il concepimento con lo sperma da sconosciuto può essere del tutto minimizzato («non si vede mica», mi ha detto una signora), se il desiderio della donna è forte e la visione della scelta molto semplice: «È facile, funziona e io adesso sono contentissima di questo bambino che è stupendo. Problemi per me? Manco uno! Guardi che meraviglia: tutti mi fanno i complimenti!». Mi mostra la foto con un bimbo di due anni pieno di energia, biondo, con gli occhi blu e un sorriso irresistibile. «Guardi: è ancora più bello di come lo sognavo!». «Difficoltà? Una sola: che mio marito prima era contento e adesso è geloso perso! Se va avanti così lo lascio. Ma del bambino sono proprio felice!!! È la decisione più bella della mia vita». «Ne avete parlato con qualcuno?». «No. Avevamo deciso di no, e penso che continuerò così. Il bambino è mio. Che m'importa raccontare del donatore? Mi ha fatto un gran regalo. E buonanotte».

Altre volte, rare, la donazione di sperma, scelta con la ragione, viene rifiutata a livello emotivo. Fino al caso estremo di una signora che dopo l'inseminazione cominciò ad avere nausea e vomito furiosi: «È il mio corpo che non lo vuole», diceva. Alla fine, decise per l'interruzione volontaria di gravidanza. Nel mezzo di queste due risposte estreme, tutte le sfumature di una scelta, sensibile alle variabili illustrate anche per il padre anagrafico. Scelta che ha comunque potenti risvolti simbolici. Perché c'è sempre un terzo, il donatore, che ha lasciato solida traccia di sé (il 50 per cento del patrimonio genetico del figlio), scritta nel corpo, nel volto e, in parte, nel comportamento del bimbo di oggi e dell'adulto di domani. Una sorpresa genetica, e un segreto più o meno condiviso, modulati dai sentimenti e dai comportamenti della donna, del suo partner, delle famiglie e dell'ambiente.

www.alessandragraziottin.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

Malattie sessuali, c'è il “boom” della gonorrea

L'incidenza della malattia, nota anche come “scolo”, è cresciuta del 78% dal 2008. La Gran Bretagna la definisce “emergenza”. Diffusissime anche Clamidia, Sifilide e Linfogranuloma

L'emergenza in termini di salute pubblica è oggi rappresentata dalle malattie croniche, ma poco si dice invece sulle infezioni a trasmissione sessuale in realtà ancora molto aggressive e diffuse. Sebbene le malattie infettive risultino in calo per merito della profilassi, il trend che riguarda quelle che si trasmettono sotto le lenzuola è opposto. **Clamidia, gonorrea e sifilide** le più diffuse e contro cui non risultano disponibili vaccini.

ECCO LE MALATTIE SESSUALI MAGGIORMENTE DIFFUSE

L'istantanea è stata scattata dall'European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc), con gli ultimi dati disponibili (relativi al 2013). L'infezione da **Chlamydia trachomatis** rimane la più diffusa, tra quelle sessualmente trasmesse: 146 milioni i nuovi casi ogni anno, 385mila soltanto in Europa due anni fa. Ma a preoccupare è soprattutto il **“boom” della gonorrea** (la malattia è nota anche come “scolo”), la cui incidenza risulta cresciuta del 78%, dal 2008 a oggi. A contrarla sono soprattutto gli uomini. «Il trend, in questo caso, sembra legato all'aumento dei rapporti omosessuali», hanno messo nero su bianco gli esperti del centro di Stoccolma, che proprio in questi giorni festeggia il decimo anniversario di attività. Seguono la **sifilide** (trasmessa dal treponema pallidum), il **linfogranuloma venereo** (causata da alcuni immunotipi di Chlamydia trachomatis) e la **sifilide congenita** (contratta per via transplacentare).

Segno che ci sono donne che intraprendono una gravidanza ignorando - pur potendo arrivare alla diagnosi in modo abbastanza semplice: attraverso un tampone vaginale o un semplice esame delle urine - che l'infezione ha colpito anche il loro corpo.

SOLO IL PRESERVATIVO CI METTE AL SICURO

Patogeni a parte, la situazione denuncia la scarsa consapevolezza da parte dei più giovani dei rischi e la mancanza delle precauzioni che dovrebbero accompagnare i rapporti sessuali: soprattutto se occasionali. A complicare i piani di chi si muove per fare prevenzione, c'è l'aspetto “silente” della maggior parte di queste infezioni. Così, per esempio, oltre a un'ampia fetta della popolazione che ne risulta inconsapevolmente portatrice, sono in pochi a sapere che la Chlamydia espone a un rischio cinque volte più alto di contrarre l'infezione da **Hiv** (responsabile dell'Aids), oltre al rischio di **infertilità e gravidanza extrauterina**. Lo stesso discorso è valido per la gonorrea che, se trasmessa dalla mamma incinta al futuro neonato, può provocargli cecità, infiammazioni articolari o sanguigne. L'unica vera arma per evitare il contagio è sempre la stessa: l'utilizzo del preservativo.

IN GRAN BRETAGNA È UN VERA E PROPRIA EMERGENZA

Proprio la gonorrea è salita alla ribalta nelle ultime settimane nel nord della Gran Bretagna, dove un focolaio di quindici infezioni resistenti ai farmaci ha innescato un allarme senza precedenti, di cui si sono occupati tutti i principali organi di stampa. Anche l'Ecdc aveva evidenziato il problema nel luglio scorso. L'emergenza rimanda al cattivo utilizzo che per anni è stato fatto degli antibiotici, al punto da renderli ormai innocui contro un ampio spettro di microrganismi. Ma pure alla facilità con cui oggi si organizzano **appuntamenti al buio** attraverso uno smartphone. «Oltre a un incontro sessuale, con queste nuove app c'è anche il rischio di contrarre una nuova infezione», afferma Whitney Engeran-Cordova, direttrice dell'ultima campagna voluta dall'Aids Healthcare Foundation che mostra, sui muri e sui bus di Los Angeles, dei poster in un uomo chiamato "Mr Tinder" incontra una donna di nome "Chlamydia"

UNA SETTIMANA PER PROTEGGERE LA SESSUALITÀ

È anche di queste problematiche che si è parlato nel corso della Settimana del Benessere Sessuale iniziata il 28 settembre e che terminerà sabato 3 ottobre. Organizzata dalla Federazione Italiana Sessuologia Scientifica ha avuto appuntamenti in tutta Italia, per discutere del ruolo di un'alimentazione equilibrata nel rapporto di coppia e delle difficoltà psicologiche che oggi rischiano di minare l'intesa tra due partner.

Confronto con magistrati e legali

La Riforma Balduzzi oneri e responsabilità per la classe medica

I limiti della categoria
le esigenze del paziente
e i "paletti" della legge

Cristina Cortese

Da una parte la "Riforma Balduzzi" che non ha risolto il problema della medicina difensiva; dall'altra la recente legge sull'appropriatezza per la quale il medico rischia di pagare i costi di esami rivelatisi inutili. Si susseguono i provvedimenti, ma per i camici bianchi è ancora tutto da trovare l'equilibrio tra le loro necessità, quelle del paziente e la legge.

Il confine appare sottile e sono tante le sfaccettature che rendono complesso questo punto d'incontro. «Bisogna tenere presente che non esistono malattie, ma malati, con le loro peculiarità e specificità. La medicina non è scienza esatta, e nemmeno il riferimento alle linee guide può tranquillizzare del tutto», asserisce Iside Russo, presidente di sezione della Corte d'Appello. Il magistrato reggino ha moderato, con la sua competenza, l'interessante dialogo a più voci promosso dagli Ordini dei medici e degli avvocati, dal Laboratorio permanente esame e controesame e giusto processo reggino e dall'agenzia Giuffrè.

Al centro, la responsabilità civile e penale del medico dopo la Riforma Balduzzi. «Abbiamo bisogno di confrontarci con giudici ed avvocati per far presente la poca serenità in cui ci troviamo a lavorare con danno per i pazienti. La situazione attuale - esordisce il presidente Pasquale Veneziano - impone la medicina difensiva. Eppure, se si riuscisse a combattere concretamente queste prassi, i risparmi sarebbero enormi. Certamente, giudicare un atto medico quando l'evento si è verificato diventa troppo semplicistico».

Ma cosa si rimprovera alla legge Balduzzi? Spiega Iside Russo: «Avrebbe dovuto diri-

mere nodi problematici e tracciare punti fermi in tema di colpa medica ma non ha fatto altro che alimentare sfasature tanto da parte della dottrina quanto della giurisprudenza. Soprattutto, pensata in un'ottica di prevenzione di pratiche di medicina difensiva, non ha prodotto gli effetti sperati».

E ciò, nonostante l'alleggerimento della posizione del medico su cui si è soffermato il prof. Giovanni D'Amico, ordinario di diritto privato alla Mediterranea. «La novità è, per il medico ospedaliero, la previsione della responsabilità extracontrattuale, mentre a carico della struttura resta quella contrattuale. Una distinzione che alleggerisce il medico sia sul fronte dei tempi di prescrizione (cinque e non più dieci anni), sia spostando sul paziente/danneggiato l'onore della prova. Pertanto, la responsabilità risarcitoria del medico va affermata soltanto in presenza degli elementi co-

Iside Russo:
«Non esistono
malattie ma malati
con peculiarità
e specificità»

stitutivi dell'illecito ex art. 2043 c.c. che l'attore ha l'onere di provare».

Interventi in serie: il presidente dell'Ordine degli avvocati Alberto Panuccio; Natascia Sarra, segretario La.P.E.C. e Giusto processo, sezione di Reggio; Corrado Bonazinga, giudice presso il Tribunale di Messina; i professori Cristiano Cupelli, docente di diritto penale delle scienze mediche e delle biotecnologie all'Luiss di Roma e Pietrantonio Ricci, ordinario di Medicina legale alla Magna Grecia di Catanzaro; Giuseppe Zampogna, vicepresidente dei medici e Carlo Morace, consigliere dell'Ordine degli avvocati. ◀



La svolta tecnologica della sanità

La Regione investe quasi 20 milioni per dotare gli ospedali di "risonanze" più all'avanguardia e adeguamenti di impianti e automezzi: ecco come sono distribuiti gli interventi

■ BALLICO A PAGINA 9

La sanità investe su esami e cure "hi tech"

La Regione, con un riparto bis di quasi 19 milioni, finanzia 36 interventi dalle risonanze più all'avanguardia alle ambulanze

di Marco Ballico

► TRIESTE

A Trieste, per la radiologia di Cattinara, ci sono le risorse per una risonanza magnetica di ultima generazione. All'Ospedale di Udine quelle per un acceleratore lineare. Macchinari da oltre 2 milioni di euro ciascuno. Ma, nel riparto da 18,8 milioni approvato dalla giunta regionale per gli investimenti in sanità, c'è posto per 36 interventi tra adeguamenti impiantistici, rinnovo automezzi, apparecchiature e attrezzature informatiche. A beneficiarne tutti gli enti della rinnovata architettura sanitaria del Friuli Venezia Giulia.

L'esecutivo ha completato un'operazione avviata a fine agosto con una prima distribuzione di 2.950.000 euro alle aziende: 500mila euro alle Aou di Trieste e Udine e alle AaS 2 Bassa Friulana-Isontina e 5 Friuli Occidentale, 300mila euro alle AaS 3 Alto Friuli e 4 Friuli Centrale, 150mila euro al Burlo e 100mila euro alla AaS 1 Triestina e al Cro. Una distribuzione, si legge in delibera, definita in base al patrimonio di ogni ente e alle necessità rappresentate.

Arriva ora una seconda erogazione, ben più corposa, altri 18.850.000 euro finalizzati a coprire il piano di investimenti 2015 del Servizio sanitario regionale, così come da assestamento di bilancio estivo che prevede uno stanziamento di complessivi 21,8 milioni per interventi

prioritari relativi a grandi tecnologie, in primis a quelle impiegate in oncologia, ammodernamento delle dotazioni tecnologiche delle aree ad alta intensità di cura, emergenza-urgenza e sale operatorie e infine riorganizzazione dei centri di assistenza primaria e, al loro interno, delle attività dei medici di medicina generale.

Nel dettaglio la giunta ha diviso la parte più consistente del "tesoretto" tra Ospedale di Udine (5 milioni), Aou di Trieste (4,295 milioni), Aas 2 (2,697 milioni), AaS 5 (2,582 milioni), AaS 3 (1,779 milioni), AaS 4 (802mila euro), AaS 1 (779.500 euro), Burlo (550mila euro) e Egas (365mila euro). La quota, precisa l'assessore alla sanità Maria Sandra Telesca, «è stata ripartita tra le Aziende tenendo conto del fabbisogno precedentemente espresso e di quanto stabilito nelle linee di gestione 2015». Per quanto riguarda le attrezzature si è tenuto conto della necessità di sostituire l'acceleratore lineare all'Ospedale di Udine per le cure oncologiche (la Regione contribuisce per 2.450.000 euro), della richiesta di una risonanza magnetica 3Tesla a Cattinara (anche in questo caso, con un investimento da 2,2 milioni, si punta a esami più precisi, veloci e meno invasivi in oncologia) e dell'urgenza di dotare Latisana di una risonanza magnetica 1,5Tesla (550mila euro).

Ricordato che il Cro di Aviano ha la possibilità di utilizzare gli

utili dei precedenti esercizi finanziari, la giunta rende noto il documento allegato con tutti gli altri interventi. Nella territoriale triestina arrivano 477.500 euro per adeguamento di impianti e acquisizioni di beni mobili e tecnologici, 227mila euro per la riorganizzazione dei centri di assistenza e 75mila euro per il rinnovo automezzi 118. Più numerose le voci della Aas 2: oltre che per la Rm, la giunta stanziava 1.610.000 euro per impianti e nuove tecnologie, 227mila euro per l'assistenza, 225mila euro per le ambulanze, 85mila euro per apparecchiature per ventilazione polmonare e anestesia.

All'Aou di Trieste, Rm a parte, sono in agenda anche il milione di euro per il riassetto dell'Ospedale Maggiore, i 780mila euro per strumenti per la ventilazione polmonare, anestesia e monitoraggio, i 170mila euro per l'emodialisi e i 145mila euro per la gastroenterologia. Pure i 550mila euro a favore del Burlo riguardano impiantistica e beni tecnologici, mentre all'Egas sono destinati 350mila euro per l'attrezzaggio della centrale unica del 118 e 15mila euro per l'informatica. Il Santa Maria della Misericordia di Udine, infine, porta a casa, con i soldi per l'acceleratore, anche 1.950.000 euro per l'impiantistica, 450mila euro per l'ampliamento della "stroke unit" e 150mila euro per l'adeguamento alle normative di prevenzione incendi.

GRIPRODUZIONE RISERVATA



GLI INVESTIMENTI IN SANITÀ

□ AAS 1 TRIESTINA

riorganizzazione centri di assistenza sanitaria primaria	227.000
adeguamento edile impiantistico e acquisizione di beni mobili e tecnologici	477.500
rinnovo automezzi 118	75.000
TOTALE	779.500

□ AAS 2 BASSA FRIULANA ISONTINA

apparecchiature ventilazione polmonare e anestesia	85.000
riorganizzazione centri di assistenza sanitaria primaria	227.000
adeguamento edile impiantistico e acquisizione di beni mobili e tecnologici	1.610.000
rinnovo automezzi 118	225.000
risonanza magnetica 1,5 Tesla a Latisana	550.000
TOTALE	2.697.000

□ AAS 3 ALTO FRIULI

ausili assistenza protesica	145.000
apparecchiature e dispositivi terapia intensiva	727.500
riorganizzazione centri di assistenza sanitaria primaria	227.000
adeguamento edile impiantistico e acquisizione di beni mobili e tecnologici	100.000
rinnovo automezzi 118	300.000
fornitura e posa in opera RMN a Tolmezzo	280.000
TOTALE	1.779.500

□ AAS 4 FRIULI CENTRALE

riorganizzazione centri di assistenza sanitaria primaria	227.000
adeguamento edile impiantistico e acquisizione di beni mobili e tecnologici	350.000
rinnovo automezzi 118	225.000
TOTALE	802.000



□ AAS 5 PORDENONESE

investimenti temporaneamente sospesi	400.000
parco macchine strumentario flessibile - Gastroenterologia ed endoscopia digestiva	500.000
apparecchiature ventilazione polmonare e anestesia	300.000
riorganizzazione centri di assistenza sanitaria primaria	227.000
adeguamento edile impiantistico e acquisizione di beni mobili e tecnologici	330.000
rinnovo automezzi 118	225.000
Tac a Pordenone	600.000
TOTALE	2.582.000

□ AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI UDINE

interventi prevenzione incendi	150.000
interventi per ampliamento 6 posti letto di Stroke Unit	450.000
adeguamento edile impiantistico e acquisizione di beni mobili e tecnologici	1.950.000,00
acceleratore lineare	2.450.000
TOTALE	5.000.000

□ AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI TRIESTE

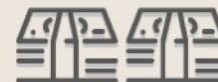
apparecchiature emodialisi	170.000
sistemi per endoscopia - gastroenterologia	145.000
riassetto Ospedale Maggiore	1.000.000
apparecchiature per ventilazione polmonare e anestesia	780.000
risonanza magnetica 3 T a Cattinara	2.200.000
TOTALE	4.295.000

□ BURLO

adeguamento edile impiantistico e acquisizione di beni mobili e tecnologici	550.000
TOTALE	550.000

□ EGAS

attrezzature informatiche	15.000
Attrezzaggio centrale unica 118	350.000
TOTALE	365.000



I MEDICI SONO PIÙ AVANTI DI QUESTI POLITICI

«Non si può giudicare un medico per quanto ha speso. Così si va a ledere la cura». Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale contesta il decreto Lorenzin

di **Simona Maggiorelli**

Chi ha pensato e scritto il «decreto inappropiatezza» immagina che in Italia ci siano «medici infedeli, traditori del sistema, iper-prescrittori, ignoranti e sperperatori del denaro pubblico. Ma questa non è affatto la realtà», afferma il medico Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale e delle cure primarie (Simg). Come primo gesto, appena riletto il 27 settembre scorso, il medico toscano ha scritto una lettera aperta alle istituzioni, in cui denuncia: «Il ministro annuncia 13 miliardi di risparmi, attraverso incomprensibili alchimie di calcolo». E ha lanciato un appello alla comunità scientifica italiana per presentare insieme soluzioni alternative, dimostrando che «questo Paese può essere cambiato con la forza non opponibile della scienza e della buona professione».

Dottor Cricelli, cosa potrebbe accadere se il decreto diventasse legge così com'è?

Potrebbe causare un atteggiamento sempre più rinunciatario da parte del medico, dal momento che i criteri a cui è chiamato ad attenersi sono burocratici, non medico-scientifici. Il medico ha un'unica strada obbligata, quella che gli indicano la ricerca, l'epidemiologia, lo studio, l'analisi e la verifica del risultato scientifico. Come fa un burocrate a entrare nella mia testa, nei problemi del paziente, in quelle circostanze così specifiche per decidere se ho utilizzato gli strumenti diagnostici in modo appropriato? Di fronte a tutto questo può accadere che una parte dei medici faccia un passo indietro, e per cautela, rimandi le prescrizioni temendo di dover rimborsare le spese, perché qualcuno senza una preparazione specifica ha stabilito che la sua prescrizione non era adeguata. Nel peggiore dei casi non prescriverà esami. Indirettamente spingendo le persone a rivolgersi al privato. Ma c'è anche di peggio.

Overo?

Il vero problema a mio avviso è il metodo, la mentalità di questo governo. Che invoca modernizzazione tecnologica e informatica ma poi

ignora che molti medici, autonomamente, già usano strumenti elettronici che li aiutano nella valutazione delle condizioni del paziente e li indirizzano a fare la scelta migliore, evitando prescrizioni inappropriate. Non c'è bisogno che siano le Regioni a imporre direttive in questo senso. Ma il premier Renzi evidentemente tutto questo non lo sa. I professionisti di questo Paese sono infinitamente più avanti dei loro amministratori. Se il governo vuole ottenere dei risultati migliori perché non invita i medici a sedersi intorno a un tavolo interrogandoli sulla efficienza degli strumenti a disposizione? Invece non lo fanno, perché vengono da una scuola ottocentesca, borbonica, arcaica, pensano che per ottenere dei buoni risultati il metodo migliore sia minacciare e punire le persone.

Il decreto attacca l'identità del medico e alimenta un clima di sospetto?

Ma questi non sanno nemmeno di che cosa si parla! Si ripete un cliché. Malgrado il premier si ammanti di giovanilismo ha una mentalità antica. Questo governo e questi ministri hanno una mentalità vecchia. Parlano di grandi manovre, ma la vera riforma sarebbe una diversa modalità di rapporto con i cittadini e con le classi produttive, non più basata sulla vessazione e sulla burocrazia ma sulla fiducia reciproca. L'eventuale «punizione» deve avvenire sulla base di un fatto accertato, non può essere preventiva. La conseguenza di questo atteggiamento mentale è che in Italia non si premiano le professionalità e le persone che lavorano meglio. Chi esprime risorse positive non viene premiato.

Il criterio di valutazione, insomma, è solo economicistico, anche se in gioco qui è la salute delle persone?

Non si può giudicare il lavoro di un medico per quanto ha speso. Così si va a ledere il giusto modo di curare. Ripeto, il pericolo non è solo che il medico non prescriva più, ma che prescriva meno.

Questo decreto è in contrasto con il diritto di accesso alle terapie, previsto per tutti i cittadini dall'articolo 32 della Costituzione?

Nella forma eviteranno questo rischio. Anche se nella sostanza è come se il decreto dicesse ai cittadini "chi vuole sottoporsi a un determinato esame se lo paghi". Tutto questo determinerà una distinzione tra chi si può permettere di pagare e chi no. Purtroppo sta già accadendo da anni in maniera strisciante.

Il premier Renzi ha parlato di 13 miliardi di spese per inappropriate prescrizioni e sostiene che la Sanità non abbia subito tagli negli ultimi anni, ma anzi che i fondi siano stati incrementati. Le risulta?

No, non è questo il quadro reale. La sanità è stata sottoposta alla spending review e noi sappiamo che ci sarà una riduzione del finanziamento. Oggi è attorno ai 109 miliardi. Il premier Renzi ha detto con chiarezza: non vi darò una lira di più. Ma non si può ragionare in termini di "quanti soldi mi dai", se io non so quanto mi serve. Tutto ciò presuppone che il fabbisogno resti uguale. Ma la popolazione italiana sta invecchiando. Ogni anno ci sono più diabetici, più ipertesi, più cardiopatici, cresce il numero delle persone che prendono farmaci, che hanno bisogno di assistenza medica e/o sociale. La questione sanitaria andrebbe impostata diversamente, ovvero: di quanto hai bisogno per curare determinate patologie? E poi vediamo come ottimizzare. Quando Umberto Veronesi nella sua sinteticità dice che non bisogna spendere soldi inutilmente, ovvio, chi non è d'accordo? Ma detto questo, il punto è: cosa facciamo? E qui si entra nel merito del discorso che abbiamo fatto poco fa.

Dall'ultimo rapporto Aifa, uscito a fine luglio scorso, risulta che in Italia l'uso appropriato di alcuni farmaci sta crescendo, seppur lentamente.

Questa è la dimostrazione del fatto che i medici da tanti anni si sono già organizzati per migliorare l'aderenza alla terapia. Questo non è merito dei politici o della burocrazia, ma dei medici. La medicina da tanti anni sta dicendo che occorre aumentare l'aderenza soprattutto rispetto ad alcune malattie croniche. È migliorato l'intervento sui tumori, sulle malattie cardiache, mica grazie agli interventi attivi del Ssn. È la medicina che si è evoluta. Poi il Ssn ne prende atto.

La prevenzione, dunque, è assolutamente fondamentale.

Il compito del politico non è quello di influenzare la medicina ma di assecondare le buone pratiche ed evitare quelle cattive. Questo decreto fa esattamente il contrario.

Dopo la lettera cosa si aspetta dalle istituzioni?

Non mi aspetto molto, purtroppo. Anche perché i fenomeni che le sto raccontando non sono nati ieri. Raggiungere un buon risultato è faticoso. Presuppone il coinvolgimento delle persone, lo stimolo di comportamenti ap-

propriati e corretti che avviene lentamente. Presuppone dialogo sociale. Ma i politici non hanno tempo per queste cose. Con la finanziaria si taglia velocemente. La scure è un metodo molto più semplice che educare. (w)

Il rischio è che, per effetto del decreto sulle prescrizioni inappropriate, la medicina da preventiva diventi astensiva

© Paolo Carroli/InagEconomica

Chi è

Claudio Cricelli è medico ed è stato riconfermato presidente della Società italiana di medicina generale e delle cure primarie (Simg) per il prossimo triennio. L'assemblea nazionale della Simg, riunita a Sansepolcro, ha acclamato all'unanimità il nuovo esecutivo nazionale e lo ha rieletto. Ne è alla guida dal 1998.

SE CERTE MALATTIE SONO INVISIBILI
È PERCHÈ I VACCINI LE COMBATTONO.



Abbonati
alla rivista

CHI SIAMO CONTATTI SHOP LOGIN REGISTRATI

VIDEO FOTO

[HOME](#) | [ABOUTPHARMA](#) | [PUBLISHING](#) | [EDUCATION](#) | [HTA](#) | [JOB IN PHARMA](#) | [BOOK PHARMA](#) | [BIOSIMILARI](#) | [FIGHTINGPAIN](#)

Ricerca

ABOUTPHARMA_{ONLINE}



SANITÀ E POLITICA LEGAL & REGULATORY REGIONI PERSONE E PROFESSIONI **AZIENDE** MEDICINA SCIENZA E RICERCA

In&Out - Diabete - Epatite C - Tagli Sanità - Ddl Concorrenza

Aziende

Tumore gastrico: via libera dell'Aifa a farmaco intelligente della Lilly

Il prodotto, che ha ricevuto ieri il via libera dell'Aifa, agisce in modo selettivo sul recettore di tipo 2 del fattore di crescita dell'endotelio vascolare (VEGFR2), una delle porte di accesso dello stimolo angiogenico.

di [Redazione Aboutpharma Online](#)

2 ottobre 2015



Un farmaco intelligente che agisce in modo selettivo sul recettore di tipo 2 del fattore di crescita dell'endotelio vascolare (VEGFR2), una delle porte di accesso dello stimolo angiogenico che sembra rappresentare l'opzione migliore per bloccare la formazione e la crescita del sistema vascolare che alimenta il tumore. Queste le caratteristiche di ramucirumab, nuovo

farmaco biologico per la terapia del tumore gastrico – la quinta forma di cancro più comune al mondo e la terza principale causa di morte per cancro – approvato nel dicembre 2014 dall'EmA, che proprio ieri ha ricevuto anche il via libera dall'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA). Ramucirumab potrà essere somministrato da solo o in combinazione con paclitaxel dopo una precedente chemioterapia di I linea.

Della nuova terapia si è parlato nel corso di "Lifestyle&Food for care", evento scientifico collegato a Expo, svoltosi stamattina a Milano, nel corso del quale è stata sottolineata la centralità del ruolo della nutrizione in oncologia al fine di prevenire lo sviluppo di tumori e di garantire la miglior risposta dei malati al trattamento antitumorale. Una corretta nutrizione durante e dopo la fase di trattamento acuta è infatti cruciale per i malati di cancro; condiziona la risposta ai trattamenti, la prevenzione terziaria e migliora la prognosi: troppo spesso, invece, i bisogni dei malati acuti, cronici e delle persone guarite sono trascurati e/o negati.

"Ramucirumab rappresenta una significativa novità in un campo, come quello del carcinoma gastrico, in cui da molto tempo non si sono registrate evoluzioni rilevanti dal punto di vista terapeutico – ha commentato Carmine Pinto, direttore dell'Oncologia Medica dell'AoU di Reggio Emilia e Presidente Nazionale AIOM. Il vantaggio che ramucirumab comporta in termini di sopravvivenza, permette di pensare ad un nuovo percorso terapeutico oltre l'orizzonte al quale eravamo abituati"

"Il ruolo della nutrizione è fondamentale per i pazienti, in particolare per quelli affetti da carcinoma gastrico, in quanto uno stato di malnutrizione rende difficile l'effettuazione di trattamenti oncologici, in particolare chemioterapici" ha aggiunto Cesare Gridelli, direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia dell'Azienda Ospedaliera "S.G. Moscati" di Avellino, Presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Toracica (AIOT) ed autore del libro "In cucina contro il cancro". "Ma l'alimentazione è soprattutto un grande strumento di prevenzione: una scorretta alimentazione (in particolare ricca di grassi animali e povera di fibre e quindi di frutta e verdura) è responsabile di circa il 30% di tutti i tumori".

TAGS: [Aifa](#) - [Aiom](#) - [AIOT](#) - [Lilly](#)

SHARE: [Tweet](#) [G+](#) [Condivit](#) [Print](#) [Share](#) [Like](#) [Share](#) Sign Up to see what friends like

IN PRIMO PIANO





RASSEGNA STAMPA [ABOUTPHARMA.PRESS](#)

AZIENDE

Tumore gastrico: via libera dell'Aifa a farmaco intelligente della Lilly
 Farmaceutica, Baxalta annuncia il lancio di venti nuovi prodotti entro il 2020
 Farmaceutica: il roadshow Farmindustria fa tappa nelle Marche dalla Angelini

IDEE E OPINIONI

Tagli alla sanità: perché il Veneto dice no (Roberto Ciambetti, presidente del Consiglio regionale del Veneto)
"Farmaci inaccessibili? Crimini contro l'umanità" (Redazione Aboutpharma Online)
 Con i tagli ai finanziamenti la Sanità non migliora (Francesco Corcione - presidente Società Italiana di Chirurgia, Direttore Dipartimento delle Chirurgie A.O.R.N. dei Colli, Dir. U.O.C. Chirurgia Generale Ospedale Monaldi A.O.R.N. dei Colli)

Cerca un **Farmaco** su **Pharmawizard**

Inserisci nome farmaco... [Cerca](#)

WORLD NEWS

Powered by 

Cavendish Leads on the Sale of Off-Patent Branded Pharmaceuticals...
 OBN Annual Awards 2015 Celebrates UK's Life Science's...
 Endo Completes Acquisition of Broad Portfolio of Branded and...

FOTO

Fidest – Agenzia giornalistica/press agency

Quotidiano di informazione – Anno 27 n° 290

HOME | CHI SIAMO | PUBBLICAZIONI FIDEST | TESTI FIDEST | "COVERING RELIGION, IN ROME" | ARCHIVIO | RICHIEDI UNA RECENSIONE | SCRIVI AL DIRETTORE | CONTATTI

Press agency

Direttore responsabile:
Riccardo Alfonso

Reg. tribunale Roma
n°128/88 del 17/03/1988
Reg. nazionale stampa
Pres. cons. min.
L. 5/8/61 n°461
n°02382 vol.24
del 27/05/1988

Categories

Confronti
Cronaca
Estero
Roma
Diritti
Economia
Editoriali
Lettere al direttore
Medicina
Mostre – Spettacoli
Politica
Recensioni
Fidest – interviste
scuola
Spazio aperto
Uncategorized
Università
Viaggia
Welfare

Archivio

Select Month

Statistiche

1,691,403 contatti

Tag

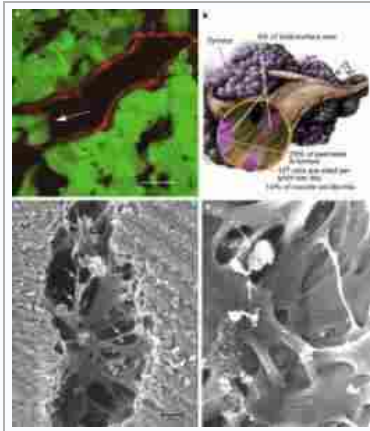
accordo
agenda
ambiente arte
assessori assistenza
attività collaborazione
comune concerto
concorso conferenza
confronto consumatori
convegno crescita
crisi cultura
emergenza evento
famiglie farmaci
festival
formazione futuro
gestione giovani
giustizia governo
impegno imprese
incontro
informazione iniziativa

« Festival europeo di Storia del Novecento »

Show Cooking con le stelle »

Tumore gastrico

Posted by fidest on Sunday, 4 October 2015



Una corretta nutrizione durante e dopo la fase di trattamento acuta è cruciale per i malati di cancro; condiziona la risposta ai trattamenti, la prevenzione terziaria e migliora la prognosi. Spesso i bisogni dei malati acuti, cronici e delle persone guarite sono trascurati e/o negati. Questi i principali messaggi chiave emersi nel corso dell'evento in corso oggi a EXPO dal titolo "LIFESTYLE & FOOD for care" che ha visto riuniti alcuni tra i principali esponenti dell'oncologia italiana per fare il punto sui percorsi terapeutici più appropriati in oncologia con particolare riferimento al tumore gastrico, la quinta forma di cancro più comune al mondo e la terza principale causa di morte

per cancro. La novità di rilievo riguarda l'arrivo anche in Italia di ramucirumab, che ha ottenuto l'approvazione a Dicembre 2014 dell'ente regolatorio europeo (EMA) e ieri da parte dell'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA). Si tratta del nuovo trattamento per l'adenocarcinoma dello stomaco e della giunzione gastroesofagea (GEJ) o in stadio avanzato. Ramucirumab potrà essere somministrato da solo o in combinazione con paclitaxel dopo una precedente chemioterapia di I linea.

"Ramucirumab è un farmaco intelligente che agisce in modo selettivo sul recettore di tipo 2 del fattore di crescita dell'endotelio vascolare (VEGFR2). Il recettore VEGFR2 tra tutti i target possibili, è una delle porte di accesso' dello stimolo angiogenico e sembra rappresentare l'opzione migliore per bloccare la formazione e la crescita del sistema vascolare che alimenta il tumore" ha dichiarato Carmine Pinto, Direttore dell'Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Reggio Emilia e Presidente Nazionale AIOM. "Si tratta di una significativa novità in un campo, come quello del carcinoma gastrico, in cui da molto tempo non si sono registrate evoluzioni rilevanti dal punto di vista terapeutico. Il vantaggio che ramucirumab comporta in termini di sopravvivenza, permette di pensare ad un nuovo percorso terapeutico oltre l'orizzonte al quale eravamo abituati" Nella prevenzione delle malattie tumorali e nel percorso terapeutico del malato oncologico anche la nutrizione può avere un ruolo chiave, da qui nasce l'idea di un evento incentrato sugli stili di vita e la loro relazione con il cancro. "Il ruolo della nutrizione è fondamentale per i pazienti, in particolare per quelli affetti da carcinoma gastrico, in quanto uno stato di malnutrizione rende difficile l'effettuazione di trattamenti oncologici, in particolare chemioterapici" ha aggiunto Cesare Gridelli, Direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia dell'Azienda Ospedaliera "S.G. Moscati" di Avellino, Presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Toracica (AIOT) ed autore del libro "In cucina contro il cancro". "Ma l'alimentazione è soprattutto un grande strumento di prevenzione; infatti, come si sottolineerà nel corso del convegno all'EXPO, una scorretta alimentazione (in particolare ricca di grassi animali e povera di fibre e quindi di frutta e verdura) è responsabile di circa il 30% di tutti i tumori". "Nel 2008 ho subito l'asportazione totale dello stomaco" racconta Claudia Santangelo, Presidente dell'Associazione "Vivere senza stomaco". "Mi sono ritrovata poi senza indicazioni chiare sulla dieta da seguire. Dopo 7 anni sono iniziati problemi relativi a importanti sbalzi glicemici a causa di un eccesso di uso di zuccheri raffinati; sono tante le domande che noi pazienti ci facciamo e a cui è

Search

October 2015
M T W T F S S
1 2 3 4
5 6 7 8 9 10 11
12 13 14 15 16 17 18
19 20 21 22 23 24 25
26 27 28 29 30 31

« Sep

Più letti

"I volti dell'imprenditoria sociale in Italia"
Sarà Anna Tatangelo il volto della campagna LILT FOR WOMEN
Approvato il decreto legislativo di riforma del processo tributario
Quali sono le moto più ricercate?
A Udine i maggiori esperti mondiali di chirurgia del fegato

Recent Posts

La Cciaa di Udine alla missione regionale di New York coordinerà i B2b delle imprese Marco Gualtieri a Expo2015
Visita di Papa Francesco alla Comunità Luterana di Roma in novembre
Show Cooking con le stelle
Tumore gastrico Festival europeo di Storia del Novecento
Undicesima giornata del contemporaneo – 2015
Oracle Academy, si rinnova la proposta per formare i talenti di domani
Agroalimentare, delegazione di imprese friulane ad Anuga
I benefici della meditazione sulla salute: a Pavia esperti a confronto
Autunno Danza incanta Napoli
Grecia: 400 mila ultimi arrivi quest'anno via mare
Tutelare il patrimonio agro-alimentare Made in Italy
Tourism Australia Costruzioni: l'Ance presenta la guida all'internazionalizzazione e delle PMI

Subscribe

Entries (RSS)
Comments (RSS)
www.peeplo.com

- innovazione interventi
- lavoro** libertà
- manifestazione**
- manovra mercato**
- mostra** musica
- partecipazione percorso
- Politica premio
- prevenzione
- progetto**
- programma**
- rapporto rassegna
- ricerca** rifiuti
- riforma rischio
- risorse **Roma**
- salute sanità scuola
- servizi servizio
- settore
- sicurezza**
- sindaco sistema
- situazione**
- solidarietà sostegno
- spettacolo
- sviluppo**
- territorio** tutela
- Università

difficile trovare risposta – sottolinea la Santangelo – e per questo crediamo sia necessario all'interno dei GIC (Gruppi Interdisciplinari di Cura), previsti dalle Reti oncologiche nazionali, anche la presenza di nutrizionisti esperti. Pensate solo che l'OMS per la prevenzione del cancro e delle recidive raccomanda di assumere molta frutta, verdura, legumi riducendo notevolmente la carne soprattutto quella rossa, mentre per un gastreseccato i nutrizionisti raccomandano il contrario”.

Tutte le autorizzazioni degli enti regolatori ottenute, si basano sui risultati di due studi di fase III internazionali , randomizzati, in doppio cieco e controllati con placebo : RAINBOW e REGARD.

RAINBOW ha valutato ramucirumab in combinazione con paclitaxel (una delle chemioterapia comunemente usate nel carcinoma gastrico) per l'adenocarcinoma gastrico o della Giunzione Gatsroesofagea in stadio avanzato dopo progressione da precedente chemioterapia, mentre REGARD ha valutato ramucirumab come monoterapia nella stessa indicazione.,

RAINBOW è uno studio internazionale, randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, di fase III su ramucirumab più paclitaxel rispetto a placebo più paclitaxel come trattamento in pazienti con carcinoma gastrico avanzato (localmente avanzato, non resecabile o metastatico) compreso l'adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea in progressione dopo una iniziale chemioterapia di prima linea a base di fluoropirimidina e platino.

In totale 665 pazienti sono stati randomizzati in 27 paesi.i L'obiettivo primario dello studio RAINBOW era dimostrare un allungamento significativo della sopravvivenza globale e uno degli obiettivi secondari era dimostrare un miglioramento della sopravvivenza libera da progressione. Lo studio ha raggiunto entrambi gli obiettivi.

Share this: google



Loading...

This entry was posted on Sunday, 4 October 2015 at 01:40 and is filed under [Medicina](#). Tagged: [gastrico](#), [pazienti](#), [terapia](#), [tumore](#). You can follow any responses to this entry through the [RSS 2.0](#) feed. You can [leave a response](#), or [trackback](#) from your own site.

Leave a Reply

Email (required) (Address never made public)

Name (required)

Website

- Notify me of new comments via email.
- Notify me of new posts via email.

Post Comment

« [Festival europeo di Storia del Novecento](#)

[Show Cooking con le stelle »](#)



Il sito web di Pharmastar non utilizza cookie di profilazione. Sono invece utilizzati cookie strettamente necessari per la navigazione delle pagine e di terze parti legati alla presenza dei "social plugin". [Per saperne di più](#)

HIGHLIGHTS DEL CONGRESSO ESC 2015

Altri articoli della sezione Italia



18 nuovi farmaci in commercio



4 variazioni di prezzo



10 cessate commercializzazioni



8 farmaci revocati



Sclerosi multipla: disponibile in Italia il primo interferone long acting

Ultime 5 notizie pubblicate sul sito



IMA da tromboembolia coronarica, sottopopolazione ad alto rischio soltanto ora caratterizzata



Diabete di tipo 1, canagliflozin riduce glicemia e peso corporeo



Diabete di tipo 2, non c'è legame tra saxagliptin e rischio aumentato di fratture



Iperensione polmonare, farmaci mirati possono ridurre la mortalità nei pazienti gravi



Cannabis, nella gestione del dolore nessun effetto collaterale grave dopo un anno di trattamento

Tumore gastrico: arriva ramucirumab, un farmaco che 'affama' il tumore e allunga la vita



02 ottobre 2015

[Mi piace](#) 0 [G+](#) 0 [Share](#) 0

Novità di rilievo per la cura del tumore gastrico. In Italia sta per arrivare ramucirumab, che ha ottenuto l'approvazione a Dicembre 2014 dell'ente regolatorio europeo (EMA) e ieri quella da parte dell'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA). Si tratta del nuovo trattamento per l'adenocarcinoma dello stomaco e della giunzione gastroesofagea (GEJ) o in stadio avanzato. Ramucirumab potrà essere somministrato da solo o in combinazione con paclitaxel dopo una precedente chemioterapia di prima linea.

"Ramucirumab è un farmaco intelligente che agisce in modo selettivo sul recettore di tipo 2 del fattore di crescita dell'endotelio vascolare (VEGFR2). Il recettore VEGFR2 tra tutti i target possibili, è una delle porte di accesso dello stimolo angiogenico e sembra rappresentare l'opzione migliore per bloccare la formazione e la crescita del sistema vascolare che alimenta il tumore" ha dichiarato Carmine Pinto, Direttore dell'Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Reggio Emilia e Presidente Nazionale AIOM. "Si tratta di una significativa novità in un campo, come quello del carcinoma gastrico, in cui da molto tempo non si sono registrate evoluzioni rilevanti dal punto di vista terapeutico. Il vantaggio che ramucirumab comporta in termini di sopravvivenza, permette di pensare ad un nuovo percorso terapeutico oltre l'orizzonte al quale eravamo abituati"



NEWSLETTER



Lo standard di riferimento adottato da oltre 70 aziende farmaceutiche in Italia

imshealth

✓ Ultima Newsletter



Iperensione, nuovo algoritmo AIFA-SIIA per una gestione ottimale

- 🔴 Italia
- 🔴 EMA
- 🔴 Fda
- 🔴 Cardio
- 🔴 Diabete
- 🔴 Dolore
- 🔴 Gastro
- 🔴 Neuro
- 🔴 OncoEmato
- 🔴 Orto-Reuma
- 🔴 Pneumo
- 🔴 Business
- 🔴 Altre News

Nella prevenzione delle malattie tumorali e nel percorso terapeutico del malato oncologico anche la nutrizione può avere un ruolo chiave, da qui nasce l'idea di un evento incentrato sugli stili di vita e la loro relazione con il cancro.

"Il ruolo della nutrizione è fondamentale per i pazienti, in particolare per quelli affetti da carcinoma gastrico, in quanto uno stato di malnutrizione rende difficile l'effettuazione di trattamenti oncologici, in particolare chemioterapici" ha aggiunto Cesare Gridelli, Direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia dell'Azienda Ospedaliera "S.G. Moscati" di Avellino, Presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Toracica (AIOT) ed autore del libro "In cucina contro il cancro". "Ma l'alimentazione è soprattutto un grande strumento di prevenzione; infatti, come si sottolineerà nel corso del convegno all'EXPO, una scorretta alimentazione (in particolare ricca di grassi animali e povera di fibre e quindi di frutta e verdura) è responsabile di circa il 30% di tutti i tumori".

"Nel 2008 ho subito l'asportazione totale dello stomaco" racconta Claudia Santangelo, Presidente dell'Associazione 'Vivere senza stomaco'. "Mi sono ritrovata poi senza indicazioni chiare sulla dieta da seguire. Dopo 7 anni sono iniziati problemi relativi a importanti sbalzi glicemici a causa di un eccesso di uso di zuccheri raffinati; sono tante le domande che noi pazienti ci facciamo e a cui è difficile trovare risposta – sottolinea la Santangelo – e per questo crediamo sia necessario all'interno dei GIC (Gruppi Interdisciplinari di Cura), previsti dalle Reti oncologiche nazionali, anche la presenza di nutrizionisti esperti. Pensate solo che l'OMS per la prevenzione del cancro e delle recidive raccomanda di assumere molta frutta, verdura, legumi riducendo notevolmente la carne soprattutto quella rossa, mentre per un gastroresecatto i nutrizionisti raccomandano il contrario".

Ramucirumab

Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, ramucirumab ha ottenuto l'autorizzazione al commercio per l'uso negli adulti in combinazione con paclitaxel, per il trattamento dell'adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea (GEJ) o gastrico in stadio avanzato dopo la chemioterapia e come monoterapia in questa indicazione per i pazienti per cui il trattamento in combinazione con paclitaxel non è adeguato. Ramucirumab è stato approvato precedentemente nell'Unione Europea e negli Stati Uniti per il trattamento di pazienti con adenocarcinoma gastrico o della giunzione gastroesofagea (GEJ) avanzato o metastatico successivamente alla chemioterapia.

A ramucirumab è stata concessa la designazione di farmaco orfano dal Comitato per i medicinali orfani (COMP) dell'Agenzia Europea dei Medicinali per il trattamento del carcinoma gastrico nell'Ue. Lo status di farmaco orfano viene concesso ai farmaci per il trattamento di malattie rare che forniscono benefici significativi rispetto ai trattamenti esistenti.

Ramucirumab è una terapia antiangiogenica che ha dimostrato di inibire l'angiogenesi in modelli animali in vivo. E' un antagonista del recettore 2 per il VEGF (VEGFR2) a cui si lega specificamente bloccandone l'attivazione. L'angiogenesi VEGF-mediata è coinvolta nella patogenesi di diverse malattie, compreso il carcinoma gastrico. Diversi studi sono in corso o pianificati per studiare il ruolo di ramucirumab come monoterapia e in combinazione con altre terapie oncologiche per il trattamento di molteplici tipi di tumore.

Gli studi scientifici

Tutte le autorizzazioni degli enti regolatori ottenute, si basano sui risultati di due studi di fase III internazionali, randomizzati, in doppio cieco e controllati con placebo: RAINBOW e REGARD.

RAINBOW ha valutato ramucirumab in combinazione con paclitaxel (una delle chemioterapia comunemente usate nel carcinoma gastrico) per l'adenocarcinoma gastrico o della Giunzione Gastroesofagea in stadio avanzato dopo progressione da precedente chemioterapia, mentre REGARD ha valutato ramucirumab come monoterapia nella stessa indicazione.

Lo studio RAINBOW

RAINBOW è uno studio internazionale, randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, di fase III su ramucirumab più paclitaxel rispetto a placebo più paclitaxel come trattamento in pazienti con carcinoma gastrico avanzato (localmente avanzato, non resecabile o metastatico) compreso l'adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea in progressione dopo una iniziale chemioterapia di prima linea a base di fluoropirimidina e platino.

In totale 665 pazienti sono stati randomizzati in 27 paesi. L'obiettivo primario dello studio RAINBOW era dimostrare un allungamento significativo della sopravvivenza globale e uno degli obiettivi secondari era dimostrare un miglioramento della sopravvivenza libera da progressione. Lo studio ha raggiunto entrambi gli obiettivi.

Lo studio REGARD

REGARD è uno studio di fase III internazionale, randomizzato, condotto in doppio cieco e controllato con placebo, che ha confrontato ramucirumab associato alle migliori terapie di supporto (BSC) con placebo associato a BSC in pazienti con carcinoma gastrico localmente avanzato o metastatico compreso l'adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea dopo progressione ad una iniziale chemioterapia di prima linea a base di fluoropirimidina e/o platino. In totale, 355 pazienti sono stati randomizzati in 29 paesi. L'obiettivo primario dello studio REGARD era dimostrare un allungamento significativo della sopravvivenza globale e uno degli obiettivi secondari era dimostrare un miglioramento della sopravvivenza libera da progressione. Lo studio ha raggiunto entrambe gli obiettivi.

Il carcinoma gastrico

Il carcinoma gastrico (o dello stomaco) è la quinta forma di cancro più comune al mondo e la terza principale causa di morte per cancro. Secondo i più recenti dati AIOM, circa 14.500 nuovi casi di carcinoma gastrico sono attesi in Italia nel 2014, attualmente al quinto posto in ordine di incidenza tra gli uomini e al sesto tra le donne (5% di tutti i tumori nei maschi, 3% nelle femmine). Il carcinoma gastrico è una patologia per cui si formano cellule cancerose nello stomaco. Si sviluppa lentamente, di solito nel corso di molti anni, e spesso passa inosservato. Con l'avanzare del cancro allo stomaco, il tumore può entrare nella circolazione sanguigna e attraverso di essa diffondersi in organi come il fegato, i polmoni e le ossa. Il tipo più comune di cancro dello stomaco è chiamato adenocarcinoma, che inizia da un tipo comune di cellule che si trovano nel rivestimento dello stomaco.

© Riproduzione riservata



Scarica l'APP di PharmaStar
per iPhone e iPad



ITALIA	EMA	FDA	DIABETE	CARDIO	DOLORE
8 farmaci revocati	Hiv, parere positivo per nuovo regime quattro in uno a base di tenofov...	Diabete, via libera Fda all'insulina degludec	Diabete, possibile aumento del rischio oncologico con gliburide	Ipertrigliceridemia, niacina extended-release riduce del 20% i livelli ...	Dolore pediatrico: al via prima indagine italiana su bambini e genitori...
10 cessate commercializzazioni	Fibrosi cistica, ok del Chmp per lumacaftor e ivacaftor in nuove indic...	Priority review Fda per carfilzomib nel mieloma multiplo recidivato	Liraglutide efficace sulla steatosi epatica, conferme da EASD	Morte cardiaca improvvisa o aritmie da sindrome del QT breve, la causa...	Che destino ha il dolore? Nuova edizione di "Cento città contro il dol..."
4 variazioni di prezzo	Melanoma, ok del Chmp per combinazione cobimetinib vemurafenib	Priority review Fda per daratumumab nel mieloma multiplo altamente pre...	EASD, da Verona uno studio sul diabete di nuova diagnosi offre i dati ...	Ipercolesterolemia, diagnosi precoce e accesso ai centri specializzati...	Neonati prematuri, in tutta Europa scarsa valutazione e trattamento de...
18 nuovi farmaci in commercio	Antidoti ai nuovi anticoagulanti, ok del Chmp per idarucizumab, l'anti...	Cancro del cavo orale, Fda approva gli occhiali inventati in Italia pe...	Diabete, donne con quasi il 40% di rischio cardiovascolare in più risp...	Scompenso cardiaco, parere UE positivo per sacubitril/valsartan, primo...	Dolore acuto, efficacia e sicurezza di ossicodone/paracetamolo a rilas...
Sclerosi multipla: disponibile in Italia il primo interferone long act...		Cancro del polmone, priority review FDA			Dolore post-operatorio, via libera UE per il sistema Zalviso
AIFA: nivolumab inserito in lista 648/96 per carcinoma polmonare squam...					

segui quotidianosanita.it [Tweet](#) [Stampa](#)



Liberalizzazione farmaci fascia C. Dagli sconti di Storage, alle liberalizzazioni di Monti e Bersani. Bilancio e prospettive



04 OTT - Il tema dei farmaci di Fascia C con ricetta è tornato al centro dell'attenzione a pochi giorni dal voto in Aula alla Camera sugli emendamenti all'articolo 32 del disegno di legge sulla concorrenza che ne chiedono la libera vendita, anche al di fuori della farmacia. Prima di esaminare le tesi a favore e quelle contrarie alla liberalizzazione di questo settore, passiamo in rassegna gli interventi normativi più significativi succedutisi in questi ultimi dieci anni, dagli sconti di Storage, passando per le lenzuolate di Bersani fino agli ultimi provvedimenti di Monti e Balduzzi.

Il **Decreto Storage** interveniva su un aspetto relativo alla determinazione del prezzo. Il prezzo fissato dai produttori sui medicinali senza obbligo di prescrizione medica (Sop) e sui farmaci di automedicazione diventava il prezzo massimo di vendita al pubblico e su quello le farmacie pubbliche e private potevano operare uno sconto fino al 20%. Lo sconto poteva variare da medicinale a medicinale e doveva essere applicato a tutti i clienti della farmacia.

Il **Decreto Bersani** (le famose 'lenzuolate') ha invece apportato una profonda modifica alla normativa riguardante la distribuzione dei farmaci dispensabili senza obbligo di prescrizione medica, consentendo l'attività di vendita al pubblico dei farmaci da banco o di automedicazione e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica anche al di fuori delle farmacie, previa comunicazione al Ministero della Salute e alla Regione in cui ha sede l'esercizio. La vendita doveva essere in ogni caso effettuata alla presenza e con l'assistenza di un farmacista iscritto all'ordine. Infine, la determinazione dello sconto praticabile rispetto al prezzo diventava libera e, quindi, non più vincolata a un massimo del 20%.

A queste misure, più di recente, si è aggiunto anche il **Decreto Salva Italia** attuato dal Governo Monti, che ha allargato la possibilità di praticare liberamente sconti sui prezzi al pubblico su tutti i medicinali di fascia C, quindi anche per quelli soggetti a ricetta medica (C-op), purché tali sconti siano esposti in modo leggibile e chiaro al consumatore e siano praticati a tutti gli acquirenti.

Infine, con il **Decreto Cresci Italia**, tale possibilità è stata poi estesa a tutti i prodotti e medicinali venduti in farmacia e pagati direttamente dai clienti (quindi anche medicinali di fascia A purché venduti in regime privato), dandone adeguata preventiva informazione alla clientela e praticando le medesime condizioni a tutti gli acquirenti.

Non è invece a tutt'oggi consentito:

- realizzare sistemi di fidelizzazione dei clienti che comportino discriminazioni fra gli stessi nell'applicazione degli sconti sull'acquisto dei farmaci (es. carte di fedeltà);
- applicare alla vendita di farmaci modalità promozionali quali la vendita "3x2" (cfr nota Ministero della Salute 23.2.2012- circolare federale 7930).

Questo dunque il quadro normativo. Quanto alle prese di posizione sull'esistenza o meno di possibili vantaggi per il cittadino di un allargamento delle liberalizzazioni anche ai farmaci soggetti a ricetta medica, sono queste le tesi più accreditate.

L'analisi dell'Aifa: "Con le liberalizzazioni i cittadini non hanno risparmiato, anzi la spesa è aumentata"

L'Agenzia del farmaco [ha di recente pubblicato un'analisi](#) nella quale, partendo dal 2006, anno di emanazione del cosiddetto "Decreto Bersani", viene passato sotto la lente d'ingrandimento l'andamento dei consumi e dei prezzi dei farmaci di fascia C fino ad oggi. Per l'Ente regolatorio dal 2006 al 2010 si sono registrati consumi totali stabili. Successivamente, "probabilmente per effetto della crisi economica, il consumo (ma non i costi) di questi medicinali ha visto una progressiva flessione fino al 2013, attestandosi ad una riduzione dell'11,5%, rispetto al 2006", scrive l'Aifa.

"Tale contrazione dei consumi rispetto al 2006 ha riguardato in particolare i medicinali di fascia C con ricetta medica, dispensati esclusivamente attraverso le farmacie aperte al pubblico (-15,7% vs. 2006). Al contrario, la riduzione dei consumi dei Sop/Otc (medicinali da banco e di fascia senza ricetta medica), dispensabili anche attraverso le parafarmacie e la Gdo, è stata più contenuta (-7,4%), probabilmente, sia per effetto dell'ampliamento del numero dei punti di dispensazione di questi medicinali legati al Decreto Bersani, sia per gli effetti del Decreto del Ministero della Salute 18 aprile 2012 (Attuazione delle disposizioni dell'articolo 32, comma 1, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, sulla vendita dei medicinali previsti dall'articolo 8, comma 10, lettera c), della legge 24 dicembre 1993, n. 537) che ha riclassificato da C-RR in C-Sop (senza obbligo di ricetta) diverse specialità medicinali", si legge nel documento.

Per l'Agenzia del farmaco dunque "gli effetti di tali provvedimenti di liberalizzazione in realtà non

semberebbero aver portato alcun vantaggio ai pazienti, a parte la comodità di avere una più facile disponibilità di punti vendita che però potenzialmente li espone alle conseguenze di consumare più farmaci che non sono una merce simile a qualunque altra. Non vi sono stati risparmi per i cittadini visto che la spesa a loro carico ha avuto una crescita del +2,2% dal 2006 al 2013. In altri termini, a fronte di un paziente che per effetto della crisi tendeva a contrarre il volume dei propri acquisti di medicinali di fascia C, il sistema produttivo e distributivo ha 'compensato' sfruttando la nota attitudine al consumo del mondo occidentale con un costante incremento dei prezzi di questi medicinali".

"In realtà, se l'obiettivo della liberalizzazione della vendita dei medicinali di fascia C-Sop/Otc era quello di rappresentare un vantaggio per i pazienti, con una riduzione dei prezzi tramite una vera concorrenza e un complessivo risparmio a loro vantaggio, i dati obiettivi e certificati evidenziano il completo fallimento di tale presupposto, perlomeno nel settore dell'assistenza farmaceutica. Infatti l'effetto economico di provvedimenti, nell'intento pro-concorrenziali, ha paradossalmente determinato un complessivo aggravio per i cittadini di circa 200 milioni di euro (2.298 vs. 2.094, pari a +9,7% nel 2013 vs. 2006), nonostante la contrazione dei consumi", spiega nell'analisi l'Aifa che così conclude: "Tale scenario non ha caratterizzato i medicinali di fascia C con ricetta che, oltre ad aver subito una rilevante riduzione del consumo (soprattutto dopo il 2012, ovvero dopo la riclassificazione da DM 18 aprile 2012), hanno avuto anche una contrazione della spesa a carico del cittadino del -3%".

L'analisi di Reforming.it: "Con la fascia C con ricetta fuori dalle farmacie risparmi possibili da 450 a 890 milioni di euro"

Di tutt'altro tenore, invece, [l'analisi sui potenziali vantaggi a favore dei cittadini](#) che deriverebbero dalla libera vendita dei farmaci con ricetta medica elaborata da **Nicola Salerno** (Reforming.it). In questo studio Salerno fotografa in prima battuta la situazione riguardante i canali distributivi. A quasi dieci anni dalla riforma "Bersani" che ha permesso la vendita dei prodotti Sop (senza obbligo di ricetta) nelle parafarmacie e nella Gdo (Grande distribuzione), oltre il 90% del mercato, sia in volumi che in valori, continua a passare per il canale delle farmacie tradizionali. Sui Sop non da automedicazione (i Sop non appartenenti alla sottocategoria degli Otc ossia i cosiddetti prodotti da banco o di automedicazione), nel 2013 le farmacie hanno coperto il 93% delle vendite in volumi e il 94,5 in valore. Sugli Otc le percentuali si riducono un po' ma restano sempre preponderanti: poco meno di 91% in volumi e poco meno di 92% in valore.

Il secondo canale per importanza, anche se ben staccato dalla distribuzione tradizionale, è quello delle parafarmacie: sui Sop-non-Otc le parafarmacie hanno realizzato una quota di mercato pari a 4,5% in volumi e 4% in valore, che sugli Otc diventano, rispettivamente, poco meno di 5,6% e quasi 5,4%.

È rimasto circoscritto e sotto le attese l'impegno della Gdo: sui Sop-non-Otc circa 2,1% del mercato in volumi e circa 1,6% in valore, che sugli Otc diventano, rispettivamente, 3,7% e poco più di 2,9%.

"Se si analizza l'andamento delle quote di mercato tra il 2007 e il 2013 (dati di fonte Anifa) – si legge nel documento - emerge che, dopo un primo impatto di rilievo (tra il 2006 e il 2007 3,5 p.p. di mercato passati al di fuori del canale delle farmacie, altri 3,3 p.p. tra il 2007 e il 2008), i successivi progressi sono stati molto più lenti (tra il 2011 e il 2012 c'è anche un lieve recupero della canale tradizionale a scapito della Gdo)".

Questo, invece, lo scenario prospettato da Salerno in caso di possibile liberalizzazione dei farmaci di fascia C con ricetta medica: "Se i farmaci di fascia C-Op divenissero dispensabili - come tra l'altro auspicato ormai da anni dall'Agcm - anche al di fuori del canale tradizionale (nelle parafarmacie e nei corner della Gdo purché sempre con la salvaguardia della presenza in loco di un farmacista abilitato), e se su di loro fosse praticabile il libero sconto, la spesa a carico dei cittadini potrebbe ridursi di un ammontare annuo compreso tra 450 e 890 milioni di Euro".

Come spiegato dall'esperto, questi ordini di grandezza risulterebbero dall'applicazione della forchetta di sconto 15%-30% alla spesa di fascia C-Op (2.966 Euro/mln., dato ultimo del 2013). "Su canali di vendita che fanno dell'efficienza e della concorrenza à la Bertrand (concorrenza di prezzo) i loro punti di forza, l'aumento dei volumi è condizione necessaria per poter funzionare bene, con effetti positivi che si estenderebbero anche alla vendita dei farmaci Sop che già può avvenire al di fuori delle farmacie. Se avessero intermediato volumi più ampi, probabilmente le parafarmacie avrebbero potuto praticare sconti medi superiori al 15%, collocandosi su valori intermedi della forchetta 15%-30% (un po' più vicino allo sconto medio praticato nei corner della Gdo)".

Giovanni Rodriguez

04 ottobre 2015

© Riproduzione riservata

Articoli collegati:

■ [Federfarma: "Troppe bugie sulle liberalizzazioni della fascia C"](#)

OSnewsletter

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di
Quotidiano Sanità.



Farmaci, picco di consumo tra 65 e 80 anni

Con il passare degli anni varia anche la tipologia dei medicinali prescritti

In Italia il consumo di farmaci si evolve con l'et : aumenta fino al raggiungimento degli 85 anni, poi inizia a diminuire. Ad affermarlo, in uno studio pubblicato sul *Journal of the American Medical Directors Association*, sono i ricercatori del gruppo di lavoro geriatrico dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), che hanno fotografato l'utilizzo dei medicinali da parte della popolazione italiana di et  superiore a 65 anni.

Articoli Correlati

Oms: Italia seconda al mondo per longevit 

Farmaci innovativi, il sistema sanitario a rischio tenuta

Demenza, pi  di 75 mila casi nel 2030

Medicina di precisione, la rivoluzione della salute

Iperensione, algoritmo indica la terapia pi  appropriata

Agricoltura sociale, italiani sognano agrosilvizi e fattorie didattiche

Gli studiosi hanno analizzato le informazioni presenti nel database dell'Osservatorio sull'impiego dei medicinali (OsMed) dell'Aifa. Nello specifico, hanno esaminato il numero di prescrizioni effettuate nel 2013 a favore di **3,378,725 pazienti** di et  pari o superiore a 65 anni. Particolare attenzione, spiegano,   stata prestata agli ultranovantenni, una fascia di popolazione consistente e in netta crescita: in Italia sono oltre 600 mila.

Al termine dell'analisi,   emerso che l'assunzione dei medicinali inizialmente **tende a salire, per poi scendere in et  avanzata**. Intorno a 65 anni vengono assunti, in media, almeno 2 medicinali, mentre tra gli 80 e gli 84 anni se ne consumano fino a 7. Dopo gli 85 anni, invece, il consumo si riduce a 3. Gli studiosi hanno osservato, inoltre, che con l'et  varia anche la tipologia dei farmaci prescritti. Dopo i 90 anni vengono prescritti meno

farmaci per il controllo delle malattie croniche, come **ipercolesterolemia e ipertensione**, mentre aumentano le prescrizioni dei medicinali destinati ad alleviare i sintomi o a trattare le malattie acute, come gli antibiotici.

I ricercatori, infine, hanno scoperto che dopo i 95 anni, si manifestano significative **differenze di genere**: le donne assumono pi  dosi quotidiane di farmaci rispetto agli uomini. Secondo gli esperti, questo potrebbe indicare che i maschi raggiungono il traguardo dei 90 anni con uno stato di salute migliore.

"Si tratta di una delle prime ricerche che valuta l'andamento delle prescrizioni farmacologiche nella popolazione anziana e molto anziana ed   una fotografia molto interessante che **smentisce l'assunto per cui l'uso dei medicinali aumenti** con l'avanzare dell'et  – osserva **Sergio Pecorelli**, Presidente **Aifa** -. Conclusioni che in uno dei Paesi pi  longevi e vecchi del mondo come il nostro offrono spunti di analisi e approfondimenti per comprendere e migliorare sempre pi  l'appropriatezza prescrittiva in questa particolare popolazione, fragile e vulnerabile e purtroppo **ancora poco indagata**".

Foto:   Gina Sanders - Fotolia

di Nadia Comerci s.p. (02/10/2015)

Tags : anziani farmaci prescrizione medicinali **AIFA** ipertensione ipercolesterolemia

  RIPRODUZIONE RISERVATA

riferimenti utili



Asl e Ospedali



Farmacie



Aziende

TROVA IL MEDICO

powered by
abcsalute.it