healthdesk

23-11-2016

http://www.healthdesk.it/

PROSPETTIVE DIFFERENTI

Pma, ognuno ha le sue paure: le donne temono il "bombardamento ormonale", i medici le gravidanze gemellari

Gli ormoni per le donne, le gravidanze gemellari per i medici. Le paure delle donne che intraprendono la procreazione medicalmente assistita non coincidono con quelle dei medici. È emerso dai risultati di un sondaggio on line presentati nel corso di una due giorni di dibattiti tra esperti della medicina della riproduzione promossa dal Centro Demetra di Firenze.

Le donne sono preoccupate soprattutto per gli effetti della stimolazione ormonale sulla propria salute. Seguono poi i timori per il fallimento e l'ansia provocata da tale paura. Ma dal punto di vista dei medici i rischi reali sono altri. A preoccupare non sono gli ormoni, dosati in modo appropriato a ogni donna, ma le gravidanze gemellari.

«Dai dati di realtà – commenta Elisabetta Chelo del Centro Demetra - emerge lo scollamento tra le paure delle pazienti e i rischi che noi esperti della medicina della riproduzione incontriamo nella pratica clinica e che miriamo a prevenire A titolo esemplificativo, se per le donne una gravidanza gemellare rappresenta un coronamento assoluto del proprio desiderio di maternità, tutti gli esperti concordano invece sul fatto che si tratti ancora di un rischio importante da prevenire e di cui le pazienti devono essere consapevoli».

Le complicanze di una gravidanza gemellare (in Italia costituiscono il 20% di tutte le gravidanze ottenute) sono molto maggiori di una gravidanza singola, in termini di parto pretermine, mortalità perinatale, diabete gestazionale e

ipertensione, condizioni entrambe del tutto sottovalutate dalla donne intervistate se non addirittura ignorate.

«Rischi clinici da conoscere e da prevenire quindi - aggiunge Chelo - ma anche informazioni preziose da condividere con le pazienti. Molte donne, per esempio, ritengono che trasferire più embrioni aumenti le probabilità di una gravidanza, mentre i dati di realtà ci dicono che ad aumentare sono solo le probabilità di una gravidanza gemellare o trigemine e con loro le complicanze correlate. Di contro, l'elevata qualità della tecnica di crioconservazione degli embrioni non trasferiti, è in grado di tutelare la paziente rispetto ai rischi insiti in un trasferimento multiplo, rimandando, in caso di insuccesso, a un nuovo tentativo con i medesimi margini di successo del primo».

quotidianosanità.it

Mercoledì 23 NOVEMBRE 2016

Cancro ovarico. Medici e pazienti chiedono la disponibilità del test "Brca" in tutte le Regioni

Nonostante le raccomandazioni delle Società Scientifiche infatti il test non è ancora disponibile in tutta Italia. Il test è in grado di diagnosticare la mutazione del gene Brca, noto anche come "gene di Angelina Jolie" con la possibilità di accedere a cure innovative (Parp inibitori) e di intraprendere percorsi di prevenzione inimmaginabili solo pochi anni fa. ACTO Onlus, ALTEMS e Onda si schierano a fianco di AIOM, SIGU, SIBioC, SIAPeC-IAP per favorire la diffusione del test. Con l'obiettivo di inserirlo anche nei LEA.

Il tumore ovarico è un killer silenzioso. Così subdolo che nel 75-80% dei casi viene diagnosticato in fase avanzata. In Italia nell'ultimo anno sono stati diagnosticati 5 mila casi di questo tumore, che miete ogni anno circa 3 mila vittime solo nel nostro Paese.
Le donne più a rischio sono quelle portatrici del cosiddetto '**gene di Angelina Jolie**', la mutazione del gene Brca, alla base del 15-25% dei casi di carcinoma ovarico. Nelle donne con questa mutazione il rischio di sviluppare un tumore dell'ovaio è del 46%, rispetto all'1,8% della popolazione generale.

L'unico modo per aumentare le probabilità di successo della terapia è di diagnosticare questa neoplasia in fase precoce e questo passa anche attraverso la ricerca della presenza della mutazione del gene Brca. Il test genetico è consigliato dalle principali società scientifiche ma nella realtà è disponibile solo in alcune regioni.

Di recente l'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), la SIGU (Società Italiana di Genetica Umana), la SIBioC (Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica) e la SIAPeC-IAP (Società Italiana di Anatomia Patologica e Citologia diagnostica) hanno lavorato alle 'Raccomandazioni per l'implementazione del test Brca nei percorsi assistenziali e terapeutici delle pazienti con carcinoma ovarico', pubblicate sulla rivista *Future Oncology*.

"L'impegno di AIOM – ricorda **Stefania Gori**, presidente eletto di AIOM – si è concretizzato nel 2015 nella diffusione delle Raccomandazioni in tutta Italia, al fine di formare gli oncologi e di informare le pazienti. AIOM, insieme a Fondazione AIOM, continua nel suo impegno per l'implementazione delle Raccomandazioni attraverso progettualità che verranno svolte anche nel prossimo anno. Nella lotta al tumore ovarico positivo alla mutazione Brca, oltre allo sviluppo di nuove possibilità terapeutiche, è essenziale far comprendere alle pazienti che sapere di essere portatrici della mutazione genetica Brca può aprire, all'interno della propria famiglia, un percorso 'complesso' ma utile perché in grado di portare all'identificazione di familiari sane, che potrebbero quindi intraprendere percorsi di sorveglianza attiva o di chirurgia profilattica, evitando così di ammalarsi di tumore".

Dalla constatazione di un'ancora insufficiente implementazione delle raccomandazioni a livello di molte Regioni italiane, sono nate tre iniziative volute da ACTO Onlus (Alleanza contro il tumore ovarico), ALTEMS (Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica) e Onda (Osservatorio nazionale sulla salute della donna) che mirano ad attirare l'attenzione sull'importanza dei test genetici Brca per la diagnosi precoce di questa condizione. L'idea alla base di questi progetti è quella di rivendicare il diritto al test genetico per il tumore ovarico e di renderlo disponibile alle pazienti in tutte le Regioni, per offrire loro delle terapie più mirate, e per fare prevenzione tra i loro familiari.

"I test genetici Brca – ricorda **Nicoletta Colombo** Professore Associato Ostetricia-Ginecologia Università Milano-Bicocca, Direttore Programma Ginecologia Oncologica Istituto Europeo Oncologia – rappresentano uno strumento fondamentale perché consentono di identificare il trattamento più efficace per le pazienti, come i Parp inibitori. Questi farmaci sfruttano il difetto nel meccanismo di riparazione del Dna, derivante proprio dalla mutazione Brca, e bloccano così un ulteriore meccanismo di riparazione, portando alla morte delle cellule

tumorali. Accedere al test Brca per le pazienti con carcinoma ovarico è quindi fondamentale già alla diagnosi, ma oggi in alcune Regioni, come ad esempio la Lombardia, il percorso diagnostico è estremamente confuso: fa riferimento infatti ad una delibera regionale che non considera i criteri di eleggibilità proposti dalle Raccomandazioni AIOM – SIGU – SIBioC – SIAPeC-IAP".

Io scelgo di sapere. E' la campagna di informazione (guarda la campagna) organizzata da ACTO Onlus e aBRCAdaBRAonlus, insieme alla Fondazione AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica) e alla SIGU (Società Italiana di Genetica Umana). Almeno il 60% delle italiane non conosce il tumore ovarico. Per questo ACTO Onlus ha deciso di iniziare proprio da lì. La campagna è indirizzata alle pazienti con tumore ovarico e ai loro familiari; informa dell'esistenza della mutazione Brca e del relativo test genetico, spiegandone le potenzialità prognostiche, predittive e di prevenzione.

"Circa un quarto dei 5.600 tumori ovarici diagnosticati ogni anno in Italia – spiega **Nicoletta Cerana**, presidente di ACTO Onlus – ha origine dalla mutazione dei geni Brca. Alle pazienti portatrici di questa mutazione, così come ai loro familiari, il nuovo test genetico Brca offre la possibilità di usufruire di cure innovative e di intraprendere percorsi di prevenzione solo 5 anni fa inimmaginabili. Di queste importanti novità si parla da tempo negli ambienti scientifici, ma noi donne che cosa ne sappiamo? Purtroppo ben poco – prosegue la Cerana – e non sapendo, non possiamo fare le scelte giuste né per noi, né per i nostri familiari. Per questo, insieme ad aBRCAdaBRAonlus, abbiamo deciso di lanciare la campagna 'Io scelgo di sapere' come risposta alle domande e ai dubbi legati alla mutazione e al test Brca, per aiutare ogni donna a compiere la scelta giusta, verso se stessa e i suoi familiari". Una campagna che ha colpito nel segno, visti i 20.000 contatti ottenuti nelle prime due settimane.

Studio Venus (Valorization of gEnetic testing future uSes). Si tratta di uno studio di farmaco-economia realizzato da ALTEMS, che ha confrontato una strategia di 'test' con una strategia 'no test' sui familiari delle pazienti colpite da cancro dell'ovaio e positive alla mutazione dei geni Brca. Lo studio Venus dimostra che l'estensione di questi test rappresenta un investimento sostenibile e conveniente per l'SSN.

"L'obiettivo di questo studio – ha spiegato **Americo Cicchetti**, Ordinario di Organizzazione Aziendale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e Direttore di ALTEMS – è quello di valutare l'estendibilità del test Brca alle familiari delle pazienti con patologia tumorale dell'ovaio che sono risultate positive alla ricerca dei geni Brca1 e Brca2 rispetto ad una strategia di attesa. Il nostro studio dimostra che l'estensione di tali test diagnostici è un investimento costo-efficace per il sistema sanitario nazionale, in quanto produce maggiore salute con un incremento dei costi accettabile. In conclusione, risulta importante implementare delle strategie predittive, come il test genetico Brca alle pazienti diagnosticate, per poi estendere il test ai loro familiari, a scopo preventivo".

Mutazioni genetiche nel carcinoma dell'ovaio. E' il progetto promosso dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda) che mira a far includere il test Brca nei LEA, per renderlo disponibile a tutte le donne con tumore ovarico. Si parte con la fotografia del livello di informazione esistente in Italia intorno a questo test, del suo utilizzo, delle modalità di accesso e delle tecniche utilizzate, attraverso un'indagine che coinvolgerà medici, pazienti e familiari. In una seconda fase verranno analizzati gli aspetti epidemiologici, clinici, psicologici e gestionali del tumore ovarico Brca mutato, evidenziando i *gap* tra le raccomandazioni delle società scientifiche e l'impiego del test in alcune Regioni italiane.

"Nel tumore ovarico – afferma **Francesca Merzagora**, fondatrice e presidente di Onda – l'accesso al test genetico è fondamentale non solo ai fini della diagnosi, ma anche per la scelta del trattamento e per la prevenzione nei confronti dei familiari. Purtroppo in Italia, nonostante le raccomandazioni delle società scientifiche, l'accesso ai test genetici è ancora disomogeneo con importanti differenze regionali. Per questo vogliamo offrire per la prima volta una fotografia puntuale dello stato dei test genetici in Italia, andando ad ascoltare la voce di tutti i soggetti coinvolti, con l'obiettivo ambizioso di chiedere l'inserimento del test Brca all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza, garantendone il diritto di accesso a tutte le donne con tumore ovarico".

Maria Rita Montebelli

healthdesk

23-11-2016

http://www.healthdesk.it/

L'APPELLO

Tumore ovarico: il test genetico del Brca è un diritto delle donne

La lotta al tumore ovarico passa dal diritto al test genetico Brca. Lo sostengono i rappresentanti di Acto Onlus (Alleanza contro il tumore ovarico), Altems (Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica) e Onda (Osservatorio nazionale sulla salute della donna) che hanno dato vita a tre progetti che fanno luce sui test genetici e sulla loro importanza strategica.

Il 15-25 per cento dei carcinomi delle ovaie deriva dalla mutazione del gene Brca che, ribattezzata "mutazione Jolie", aumenta la probabilità di sviluppare un tumore ovarico fino al 46 per cento, rispetto all'1,8 per cento della popolazione generale.

L'accesso al test per le pazienti diagnosticate con tumore ovarico dovrebbe essere un diritto garantito in modo omogeneo in tutte le Regioni italiane, secondo le Raccomandazioni delle principali Società Scientifiche.

Ad oggi, però, ci sono alcune Regioni - come la Lombardia - in cui le Raccomandazioni non sono ancora applicate e ciò porta a disomogeneità di trattamento.

«I test genetici Brca rappresentano uno strumento fondamentale – commenta Nicoletta Colombo Professore Associato Ostetricia-Ginecologia Università Milano-Bicocca, Direttore Programma Ginecologia Oncologica Istituto Europeo Oncologia – perché consentono di identificare il trattamento più efficace per le pazienti, come ad esempio i farmaci Parp inibitori. Questi sfruttano il difetto nel meccanismo di riparazione del DNA, derivante proprio dalla mutazione BRCA, e bloccano così un ulteriore meccanismo di riparo, portando alla morte delle cellule tumorali».

"Io scelgo di sapere" è la campagna di informazione realizzata da Acto Onlus e

aBRCAdaBRA onlus, insieme alla Fondazione Aiom (Associazione Italiana Oncologia Medica) e alla Sigu (Società Italiana di Genetica Umana). Video educazionali, materiali informativi e un esperto a disposizione per rispondere ai dubbi delle donne: “Io scelgo di sapere” punta a informare così le italiane colpite da tumore ovarico e i loro famigliari dell’esistenza della mutazione Brca, del test genetico e delle sue potenzialità prognostiche, predittive e di prevenzione.

quotidianosanità.it

Mercoledì 23 NOVEMBRE 2016

Sindrome post partum. Maturani (Pd): “Ottima notizia stanziamento di 3 mln da parte del Governo”

"Sono molto soddisfatta di questa decisione perchè si tratta del mantenimento di un impegno che il governo aveva preso, in sede di approvazione della legge di stabilità 2015, per tutelare ed assistere coppie, donne e nascituri che spesso vivono difficoltà e disagio dopo l'esperienza del parto", ha precisato la vice presidente dei senatori del Pd.

"E' notizia di questi giorni che il governo, attraverso un DPCM, ha stanziato 3.000.000 di euro per le misure afferenti alla cura e all'assistenza degli effetti della sindrome post partum. Sono molto soddisfatta di questa decisione perchè si tratta del mantenimento di un impegno che il governo aveva preso, in sede di approvazione della legge di stabilità 2015, per tutelare ed assistere coppie, donne e nascituri che spesso vivono difficoltà e disagio dopo l'esperienza del parto". Lo dichiara **Giuseppina Maturan**i, vice presidente dei senatori del Pd.

"Durante la discussione della legge di stabilità 2015 avevo presentato un emendamento che proponeva di reperire risorse per la costituzione di un servizio idoneo a questo fine, a partire dall'organizzazione dei consultori e attraverso modelli di integrazione multiprofessionali e multidisciplinari degli operatori coinvolti, proprio con riferimento alla valutazione del rischio e della successiva presa in carico della donna con depressione postpartum. Quel mio emendamento venne poi trasformato, e approvato, come ordine del giorno. Il DPCM emanato in questi giorni conferma che il governo ha mantenuto l'impegno che aveva preso, in Parlamento, con l'approvazione del mio ordine del giorno ma soprattutto testimonia della volontà di affrontare in maniera concerta una questione che riguarda la vita e la salute di molte donne", conclude la senatrice dem.

ANSA.it

23-11-2016

http://www.ansa.it

Latte materno raccolto a domicilio a casa mamme donatrici

Con un furgoncino Ape Car parte progetto a Torino e a Milano

(ANSA) - TORINO, 23 NOV - Per la prima volta a Torino e Milano parte il Progetto Human Milk Link. Da metà dicembre un furgoncino Ape Car, attrezzato in modo specifico e con personale infermieristico specializzato, effettuerà nel capoluogo piemontese la raccolta porta a porta a casa delle mamme donatrici della Banca del Latte, che si trova presso l'ospedale Infantile Regina Margherita della Città della Salute. Non sarà un semplice servizio di raccolta e trasporto, effettuato con tutte le procedure e le tecnologie per garantire la sicurezza del prezioso alimento, ma anche un'attività di sostegno e supporto alle donatrici. Attualmente in Italia solo un terzo dei neonati molto prematuri può disporre di latte materno della Banca, che per questi neonati costituisce quasi un vero e proprio farmaco salvavita. La Banca del Latte della Città della Salute di Torino tratta attualmente circa 700 litri di latte l'anno: l'obiettivo è, anche grazie al progetto Milk Link, di raggiungere i 1000 litri annui.(ANSA).

23-11-2016

Lettori
17.555

www.agi.it

Sesso a rischio, tornano sifilide e gonorrea

di Paolo Giorgi

Roma, 23 nov. - I 31 casi di **sifilide** registrati a Cagliari in un anno sono il sintomo di un trend pericolosamente in aumento: **il ritorno delle vecchie malattie sessualmente trasmissibili** nel mondo. Secondo le ultime statistiche dell'Organizzazione mondiale della sanità, malattie a trasmissione sessuale come **clamidia, gonorrea** e sifilide colpiscono 215 milioni di persone ogni anno.

Ogni anno:

- 131 milioni di persone contraggono la clamidia,
- 78 milioni la gonorrea
- 5,6 milioni la sifilide

In Europa le malattie sessualmente trasmissibili sono la manifestazione delle **infezioni**più diffuse dopo quelle respiratorie. L'ultimo report pubblicato a marzo di quest'anno dal **Centro europeo di controllo delle malattie (Ecdc)**, tra il 2005 e il 2014 sono stati segnalati oltre 3,2 milioni di casi di clamidia, l'infezione sessualmente trasmessa più diagnosticata nei Paesi dell'Unione Europea, interessando soprattutto le donne e i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni. Anche malattie come la gonorrea e la sifilide, che sembravano del tutto scomparse, fanno registrare un aumento improvviso della loro incidenza, soprattutto nelle grandi citta' metropolitane e a carico di popolazioni con un rischio di infezioni trasmesse sessualmente più elevato.

Gonorrea: aumento dei casi di gonorrea, causata dal batterio Neisseria gonorrhoeae,

nel 2014 pari al 25 per cento rispetto al 2013.

- Oltre 66.400 casi, ovvero 20 episodi ogni 100mila abitanti, segnalati nei 27 Paesi dell'Unione europea
- Più vittime tra i giovanissimi, 15-24 anni d'età (34 per cento) seguiti dai 25-35enni
- In Italia ogni anno all'incirca un centinaio di casi, di cui più della meta' asintomatici.
- Fa paura il vecchio "male francese", l'infezione genitale dovuta al batterio Treponema pallidum, che causa ulcere ed escoriazioni e facilita la trasmissione dell'Hiv.

Sifilide

- I casi continuano ad aumentare tra i maschi europei adulti: nel 2014 sono stati 24.541 i casi in 29 Paesi europei, per un tasso di 5,1 casi ogni 100mila abitanti
- L'Italia è in controtendenza: dal 2010 ha registrato un calo importante dei casi, soprattutto dopo il picco (1236) del 2013, arrivando a 388 nel 2014, con 0,6 casi ogni 100mila abitanti.
- Nelle donne, l'andamento dei casi è rimasto stabile fino al 1995, in seguito ha mostrato una riduzione fino al 1998 e un successivo aumento di quindici volte tra il 1998 e il 2008. Successivamente i casi di sifilide hanno mostrato una stabilizzazione e una lieve riduzione fino al 2013.
- I casi di sifilide latente sono diminuiti fino al 1996 e successivamente, tra il 1996 e il 2005, sono aumentati di circa due volte, per poi diminuire fino al 2013.

Aids

- I nuovi casi di hiv e aids fino al 31 dicembre 2015, sono in leggero calo le nuove diagnosi di hiv, dopo tre anni. Nel 2015 sono state 3.444 i nuovi casi di sieropositività diagnosticati, con un'incidenza di 5,7 nuovi casi ogni 100mila residenti.
- L'Italia al 13esimo posto in Europa.
- La diminuzione delle nuove diagnosi c'è stata per tutte le modalità di trasmissione tranne che per gli uomini che hanno rapporti omosessuali.

"La sifilide non è mai scomparsa e, a causa dei quel falso senso di sicurezza, oggi i casi sono in aumento" ha detto all'Agi Spinello Antinori, docente di Malattie infettive all'Università di Milano e dirigente della Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit). "C'è stato un periodo in cui i casi di sifilide, così come di altre malattie sessualmente trasmissibili, sono diminuiti grazie alla maggiore attenzione verso la prevenzione dell'Hiv che, in passato, faceva molta piu' paura di oggi. Ora che sappiamo che ci sono farmaci che permettono di cronicizzare l'infezione da Hiv, di fare profilassi pre e post esposizione, l'attenzione verso tutte le malattie sessualmente trasmissibili è diminuita e di conseguenza sono iniziati ad aumentare i casi di infezione".

agi.it

23-11-2016

Lettori
17.555

www.agi.it

Napoli - **Alcol e un accendino per chiudere la relazione** con la donna che portava in grembo la figlia che insieme avevano deciso di concepire con una inseminazione artificiale. è la triste fine della storia di **Carla Caiazzo, 38 anni**, giovane e bella donna di Pozzuoli, ancora viva grazie a una coperta e alla prontezza di riflessi di un passante, e madre grazie a una equipe dell'ospedale di Napoli Cardarelli che ha deciso per un cesareo d'urgenza prima di ricoverarla nel reparto Grandi ustionati. A far condannare Pietro Pietropaolo, il suo ex, il pm Raffaello Falcone che con Clelia Mancuso ha seguito il caso sin dalle prime battute.

A febbraio, la trappola di Pietro

Era il primo febbraio di quest'anno quando Pietropaolo, 40 anni, con precedenti per droga ma proveniente da una famiglia benestante di ristoratori dell'area Flegrea, dà appuntamento a Carla nei pressi della sua **casa di Pozzuoli**, in via Vecchia delle Vigne, al civico 68, davanti ad alcune villette di un parco residenziale. Una trappola. L'uomo ha una bottiglia di alcool e dopo un violento litigio e delle percosse, gliela versa in testa e le dà fuoco. "Rideva mentre mi vedeva bruciare viva", racconta ai pm Carla nel suo primo interrogatorio. "Voleva uccidermi, dirò a mia figlia che è stato suo padre a ridurmi cosi'", promette.

La corsa in ospedale e il parto d'urgenza

Carla era incinta e proprio per le condizioni di salute disperate al momento del ricovero, **i medici la fecero partorire alla 34esima settimana di gestazione**. La piccola si è salvata mentre della bellezza mediterranea di Carla è rimasto poco. "Le

fiamme le hanno consumato il volto. Non ha piu' le orecchie, una parte del naso, le labbra e il mento", spiegò il suo legale Maurizio Zuccaro, nel giorno delle arringhe difensive. "è un omicidio della sua identità", aggiunse. L'avvocato di Pietropaolo, Gennaro Razzino, ha tentato invece di dimostrare la limitata capacità di intendere e di volere al momento del gesto del 40enne, per escludere la premeditazione del tentato omicidio ma cosi' non è stato. **Carla si è salvata grazie all'intervento di un vicino di casa**, che attirato dalle urla della ragazza, con un tubo dell'acqua e una coperta ha fermato le fiamme. La 38enne in fin di vita, fu portata da un'autoambulanza del 118 all'ospedale Cardarelli. Nel corso della lunghissima degenza è stata operata oltre venti volte, per la ricostruzione di una parte del viso. Dopo il raid Pietropoalo scappò in auto e fu ritrovato in serata sul ponte del Garigliano in direzione di Forma perchè la sua auto si era schiantata nel guardrail.

"Non volevo farle male"

Nella udienza di due settimane fa ha chiesto perdono in aula per il suo gesto: "Non volevo farle del male e non volevo fare del male alle persone che mi amano", disse. Ma amici e conoscenti che furono sentiti dai magistrati nelle prime fasi delle indagini raccontarono di loro come di una coppia con rapporti burrascosi e con frequenti litigi, anche molto violenti. Un rapporto minato dalla gelosia ossessiva di Pietropaolo che non ha accettato la fine della loro storia d'amore. I due convivevano ma per l'indole violenta dell'uomo Carla fu costretta a tornare a casa della famiglia anche se incinta alla 34 esima settimana e questo forse scatenò la reazione violenta del 40enne.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 03/2016: 75.000
Lettori: n.d.
Bimestrale - Ed. Latina

il Caffè di LATINA

Dir. Resp.: Stefano Carugno

24-NOV-2016
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

SANITÀ
GINECOLOGO ACCUSATO DELLA MORTE DI UN FETO
a pag. 8

Il dramma si consumò al Goretti nell'agosto del 2014. Il dottore è stato inizialmente scagionato, ma ora rischia il processo

Ginecologo pontino accusato della morte di un feto

Tra mancati accertamenti, terapie sbagliate e mancati ricoveri, un ginecologo di Priverno, in servizio presso l'ospedale "Santa Maria Goretti" di Latina, è stato ritenuto dagli inquirenti responsabile della morte di un feto e per il medico, il dott. Angelo F., il sostituto procuratore Maria Eleonora Tortora ha ora chiesto il rinvio a giudizio, ipotizzando l'omicidio colposo. Il dramma si consumò il 25 agosto 2014, quando al Goretti giunse una donna di Borgo Vodice, al nono mese di gravidanza, con il feto ormai morto nel grembo. La donna presentò una denuncia e il ginecologo di fiducia, il dottore venne indagato ma, essendo poi stato "scagionato" dai medici legali nominati come consulenti dal sostituto Tortora, il magistrato chiese per lui l'archiviazione. L'autrice della denuncia si è opposta, tramite l'avvocato Pisani, consegnando al gip una consulenza di parte in cui venivano invece indicate una serie di responsabilità a carico del medico, e il giudice Pierpaolo Bortone ha ordinato al pm di formulare l'imputazione per il ginecologo, di cui ora il sostituto Tortora ha chiesto appunto il giudizio. Secondo il gip Bortone, "l'evoluzione processuale" della vicenda potrebbe "consentire di accertare che se il 19 agosto 2014" la donna "fosse stata attentamente valutata e visitata dal medico e poi, con sufficiente sollecitudine, fosse stata trasferita in presidio ospedaliero più idoneo, l'evento morte avrebbe potuto non verificarsi". E ancora: "Il F. avrebbe omesso di monitorare adeguatamente l'ultimo periodo di gravidanza" della paziente, "prescrivendole medicine inadeguate ed omettendo di prescriverle un ricovero in ambito ospedaliero per un opportuno e necessario controllo nutrizionale e insulinico". Dovrà ora essere fissata un'udienza preliminare dove decidere se disporre per il medico un processo.

Clemente Pistilli

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 73.392
Lettori Ed. I 2015: 679.000
Quotidiano - Ed. Roma

Il Messaggero CRONACA di ROMA

Dir. Resp.: Virman Cusenza

24-NOV-2016
da pag. 45
foglio 1
www.datastampa.it

Neonata morta, cartella manomessa

▶Rinviati a giudizio cinque sanitari della clinica Fabia Mater La bambina morì soffocata perché non si riuscì a intubarla

▶I dottori scrissero che la piccola aveva una malformazione ma il medico legale del pm non ha riscontrato la patologia

LA STORIA

La piccola Matilde è morta soffocata poche ore dopo la nascita, nella clinica Fabia Mater, in via Olevano Romano, al Prenestino. I dottori che l'avevano in cura non sono riusciti a intubarla e la bimba è deceduta perché non riusciva a respirare. A detta dei medici, la neonata era affetta da una malformazione alla gola che aveva reso impossibile liberare le vie aeree, come è annotato anche nella cartella clinica. Ma il sospetto degli inquirenti è che si tratti di una menzogna. Il pm Attilio Pisani ha firmato una richiesta di rinvio a giudizio a carico di cinque camici bianchi per omicidio colposo. Due di loro sono accusati anche di falso.

Il medico legale Luigi Cipolloni, che ha eseguito l'autopsia sul corpo della bimba, non ha infatti rilevato la malformazione di cui parlavano i sanitari nella cartella clinica. Sotto accusa, un'ostetrica, una pediatra e due anestesisti. I dottori, che sono stati interrogati dal pm e si sono dichiarati innocenti, hanno detto che la neonata era affetta dalla Sindrome di Pierre Robin, caratterizzata dalla deformazione della mandibola dalla retroazione della lingua. Circostanze che, a loro dire, avrebbero reso impossibile procedere all'intubazione. Il decesso, in questo caso, non sarebbe in alcun modo imputabile ai medici.

Il decesso della bimba risale al 15 maggio del 2014. A sporgere denuncia, i genitori della neonata, una coppia di trentacinquenni romani. Per il pm, i sanitari, «in qualità specialisti in pediatria, neanotologia e anestesia», avrebbero cagionato il decesso della piccola per «imprudenza e imperizia». Non sarebbero riusciti a procedere con le operazioni di intubazione «nonostante l'assenza di malformazioni delle vie aeree», si legge nel capo d'imputazione, che ora finirà al vaglio del gup Vilma Passamonti. Due di loro, «al fine di nascondere le proprie responsabilità, mediante dettatura all'ostetrica, attestavano fatti non rispondenti al vero descrivendo sussistenza di malformazioni nel massiccio cranio facciale».

Michela Allegri

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un neonato in una incubatrice

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 23 NOVEMBRE 2016

Tumori. In Campania si volta pagina: al via la rete oncologica regionale

In pista i Gom (Gruppi oncologici multidisciplinari), specifici per singola patologia neoplastica, che saranno responsabili della definizione del corretto Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (Pdta) nonché della presa in carico della persona malata assistita. Il documento

Ai nastri di partenza in Campania la rete oncologica regionale. Un Piano tradotto nero su bianco nel decreto commissariale, il n. 98 del 2016 che volta pagina nell'assistenza sanitaria ai malati di tumore. Il modello operativo scelto è quello del Comprensive cancer center network che tende ad includere tutte le strutture presenti sul territorio ed a vario titolo competenti per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del cancro.

"In tal modo – avverte **Tiziana Spinosa,** dirigente medico responsabile del progetto Terra dei Fuochi e tra i principali estensori del Piano - lo sviluppo di un sistema di Rete per la gestione delle patologie neoplastiche garantirà, a tutti i Centri che vi faranno parte per i loro ambiti di competenza, di contribuire alla piena attuazione di un percorso assistenziale organizzato ed efficiente, non dispersivo per il cittadino, ed in grado di rispondere al bisogno di Salute, assicurando una gestione multidisciplinare integrata, aderente alle linee guida e best practice, secondo i principi di appropriatezza ed equità di accesso alle cure".

Al debutto nuovi organi costitutivi della Rete i Centri oncologici di riferimento regionali con attività specifica in campo oncologico (Corpus), i Copr, Centri oncologici di riferimento polispecialistici, con funzioni diagnostico-stadiative, terapeutiche, riabilitative e di follow-up oncologico, i Centri per le cure di I livello e poi gli Hospice e i reparti e ambulatori di Terapia del dolore cui si aggiungono i Centri provinciali di Oncofertilità per la crioconservazione dei gameti dei pazienti con patologia neoplastica per la preservazione della fertilità.

I quattro Corpus hanno sede negli Irccs Pascale, polo oncologico di riferimento regionale, presso l'azienda ospedaliero universitaria Federico II di Napoli, all'Aou della Seconda Università di Napoli al San Giovanni di Dio e al Ruggi D'Aragona di Salerno. I 5 Copr individuati dal Piano hanno invece sede nelle Aziende ospedaliere di rilievo nazionale e di alta specializzazione (Moscati di Avellino, Rummo di Benevento, Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, al Cardarelli di Napoli, all'azienda dei Colli (Monaldi) sempre a Napoli. I Corp-Corpus sono un aggregato funzionale di Unità operative complesse – aggiunge Spinosa - di Unità semplici e dipartimentali finalizzate verso obiettivi comuni di assistenza".

I gruppi oncologici multidciplinari
Entro fine novembre le Direzioni generali delle aziende sanitarie sede dei Corp e Corpus, con specifico atto deliberativo, istituiranno i Gruppi oncologici multidisciplinari (Gom), specifici per singola patologia neoplastica, che saranno responsabili della definizione del corretto Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (Pdta) nonché della presa in carico della persona malata assistita. La valutazione multidisciplinare prevede la presenza obbligatoria contemporanea di tutti gli specialisti indispensabili alla definizione del corretto percorso assistenziale. E dunque le figure professionali che compongono il Gom sono l'oncologo medico, il chirurgo, il radioterapista, l'Infermiere Case manager, fondamentale per l'attuazione delle procedure di integrazione con gli altri punti della rete e con il territorio. Potranno far parte dei Gom anche specialisti provenienti da altre strutture del territorio regionale campano, con specifiche e qualificate competenze in ambito oncologico ed individuati dalle proprie direzioni generali.

Tali Specialisti che, parteciperanno alla presa in carico presso la sede del Gom, potranno erogare la specifica prestazione (Atti chirurgici, radioterapia e chemioterapia) presso la loro Azienda di provenienza nei casi in cui la complessità della prestazione sia adeguata alle caratteristiche della struttura di provenienza, così da decentrare le cure a minore intensità assistenziale e favorire la territorialità an che a vantaggio del paziente. L'interaziendalità (anche tra pubblico e privato accreditato) sarà disciplinata tramite apposite convenzioni o

protocolli di intesa, così da integrare l'offerta di servizi ed evitare l'eccessiva concentrazione delle prestazioni nei Corp (potenzialmente responsabile di un eccessivo allungamento dei tempi di attesa); l'erogazione di percorsi difformi dalle Linee guida, la dispersione e la migrazione sanitaria (che potrebbero inficiare il raggiungimento degli esiti previsti ed aumentare i costi inappropriati). Spetta ai Gom indirizzare i cittadini e i pazienti presso i centri della Rete abilitati all'erogazione delle cure del caso.

Le procedure operative delle attività del Gom dovranno essere comprensive di tracciabilità e di criteri valutativi che, possano giungere fino all'attivazione delle procedure di Controllo di qualità e di certificazione del lavoro, attraverso la produzione di report annuali. Per garantire l'adeguata realizzazione dei Pdta, il Coordinatore del Corp individua tra gli specialisti di ogni Gom, un coordinatore responsabile della governance del percorso assistenziale, identificato nella figura di un Oncologo medico. Sarà data priorità alla composizione dei Gom specifici per le quattro patologie tumorali per cui esistono percorsi di screening validati carcinoma della mammella, della cervice uterina, del colon e del retto) che attueranno i Pdta formulati ed approvati a livello regionale. Per le altre patologie tumorali ad alta incidenza, bassa incidenza o rare e, ad elevata complessità, saranno approvati specifici percorsi dal Gruppo tecnico regionale, costituitosi per l'organizzazione della rete oncologica regionale e su proposta dei Corp.

La tempistica

Un aspetto determinante del Pdta – aggiunge ancora Spinosa - è la definizione della tempistica con cui saranno effettuate le procedure previste dal protocollo diagnostico assistenziale. I singoli centri partecipanti alla rete rendono disponibile un contatto telefonico o telematico diretto cui il cittadino può fare riferimento. L'accesso ad un Corp, per la presa in carico da parte del Gom specialistico di patologia, potrà avvenire su iniziativa del proprio Mmg o di altro medico specialista, attraverso un apposito centro di prenotazione unico.

La prima visita verrà erogata presso la struttura entro 7 giorni lavorativi. Entro ulteriori 15 giorni dalla prima visita, deve essere completata la stadiazione strumentale del tumore. Qualora una diagnosi di certezza cito-istologica non fosse stata eseguita prima della presa in carico da parte del Gom, la procedura diagnostica (Fnab, Fnac, Mammotome, biopsia eco-guidata ecc.) dovrà essere attuata entro 21 giorni successivi all'atto della presa in carico. Il referto cito-istologico dovrà essere reso disponibile entro 14 giorni dall'intervento. Se la procedura diagnostica è condotta internamente al Corp, sarà cura dell'infermiere Case manager, designato dal Gom specialistico di patologia, prenotare, entro 7 giorni dalla disponibilità dell'esame citologico-istologico, una nuova visita per la definizione del successivo percorso di cura o follow-up. Nel caso in cui la procedura sia condotta in un centro esterno, sarà cura del paziente o del Mmg o di altro specialista di riferimento, prenotare una nuova visita, che sarà erogata entro 7 giorni lavorativi.

Al completamento della fase diagnostica-stadiativa, il Gom definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico, se ritenuto opportuno la struttura farà riferimento alle altre strutture della Rete per una second opinion. L'eventuale intervento chirurgico sarà effettuato, presso la struttura o presso altro centro abilitato per la specifica patologia tumorale, entro i 20-30 giorni successivi al completamento della fase diagnostica-stadiativa, e la diagnosi citologica-istologica definitiva del tumore dovrà essere resa disponibile entro 14 giorni dall'intervento. Sarà sempre cura dell'infermiere Case manager, designato dal Gom specialistico di patologia, prenotare al momento della disponibilità dell'esame citologico/istologico una nuova visita, che sarà erogata entro 7 giorni, per consentire al Gom la definizione del successivo percorso di cura o follow-up. Se l'intervento dovesse essere stato praticato in altro centro, sarà cura del Chirurgo che ha effettuato l'intervento, prenotare una nuova visita presso il Corp di provenienza, al fine di consentire al Gom la definizione del successivo percorso di cura o follow-up.

L'inizio di un'eventuale chemioterapia o altra terapia sistemica prevista dovrà avvenire entro 30-60 giorni dall'intervento chirurgico. Il ricorso a procedure radioterapiche post chemioterapia o chirurgia, quando necessarie, dovrà avvenire in tempi compatibili con quanto previsto dalle più aggiornate linee guida di settore, a seconda del setting di patologia. La rete prenderà in carico anche pazienti già sottoposti ad intervento chirurgico presso altre strutture sanitarie non ad essa aderenti; in tal caso il paziente viene, comunque, preso in carico ed entro 7 giorni dal contatto e viene programmata la prima visita presso un Gom della rete.

I paradossi e le incongruenze

Insomma una griglia completa che definisce tempi certi e tempi giusti per un accesso alle cure più adeguate sia per migliorare gli esiti sia per intercettare una fetta consistente dei pazienti che attualmente in Campania emigrano fuori regione per ricevere cure in caso di malattia oncologica ma anche per limitare il fenomeno della pallina di flipper che il paziente oncologico spesso diventa girovagando tra un servizio e l'altro della propria Asl o della propria regione per ricevere cure.

Ma non mancano le incongruenze, in particolare rispetto alle previsioni del Piano ospedaliero regionale di cui dovranno tenere conto soprattutto i direttori generali delle Asl e delle aziende ospedaliere. L'offerta e la distribuzione di posti letto oncologici del Piano ospedaliero non sembra dare un miglioramento in termini di qualità, ed è molto frammentata. Un faro dovrà essere l'indirizzo delle rete oncologica verso i presidi qualificati nella rete per aver esiti e casistiche sul numero di interventi annui adeguati. Forse sarebbe stato meglio calibrare il Piano ospedaliero in funzione della rete oncologica e non il contrario. Caserta sembra quella messa peggio, specie alla luce della problematica Terra dei Fuochi. Qui si crea una struttura nuova di Oncologia da 10 posti letto a San Felice a Cancello e si potenzia Piedimonte Matese, distanti e poco accessibili, ma soprattutto privi di discipline di alta complessit, con tecnologie e personale limitati e interventi chirurgici effettuati nel corso dell'anno che si contano sulla punta delle dita di una sola mano. Restano invece vuoti Marcianise ed il vicino sant'Agata dei Goti, che riguardano la macroarea Av-Bn che viene anche decurtata nell'offerta assistenziale. Nelle altre due Asl, comprese in terra dei fuochi (Na2 nord e Na3 sud) le cose non sembrano andare meglio.

I nodi dell'assistenza

Il punto di partenza dovrà essere quello del paziente – aggiunge ancora Spinosa - qual è la tipologia del paziente che afferisce al ricovero oncologico? Il paziente che fa chemioterapia va in Dh, quindi massima accessibilità ed eventuale supporto se si manifesta un evento acuto durante la chemio, il paziente che invece necessita di ricovero è un paziente da terapia subintensiva, quindi necessita di assistenza di alta complessità, per praticare toracentesi, paracentesi, diagnostica di alta tecnologie e chirurgia, che non mi sembrano presenti nei piccoli ospedali dove sono stati polverizzati i posti letto. Inoltre sappiamo bene che la qualità si fa con grandi casistiche e non penso che a fronte dei 4 o 6 posti letto assegnati a questi piccoli ospedali, in passato anche dismessi, si possano assicurare questi numeri. In più c'è il nodo della ottimizzazione della chemioterapia, tramite la preparazione con Umaca, che ottimizza le costose preparazioni dei chemioterapici riducendo gli sprechi.

La Federico II, tanto per fare un esempio, esegue circa 40 mila chemioterapie per anno: qui è attiva una struttura che prepara i trattamenti per tutto il policlinico. Piccoli centri con poca casistica non possono dare buoni risultati in termini di esiti e di questo si occupa anche la rete oncologica che finalmente guarda a Poli oncologici anche specialistici, integrati in rete, specialmente in una Regione che si prepara ad affrontare una emergenza come quella oncologica, dove Terra dei Fuochi o no, comunque la mortalità oncologica è alta e mentre la correlazione con l'inquinamento è comunque allo studio e la disorganizzazione dell'assistenza è già sul piatto.

Se la Campania conta un record nazionale di mortalità evitabile servono la prevenzione e la diagnosi precoce. Insomma, se è vero, come dicono le statistiche, che in Campania la sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi di tumori alla mammella, cervice e colon retto è inferiore di quattro punti percentuali rispetto al Nord e al Centro e sebbene ci si ammali di meno (tranne in Terra dei fuochi) e si muore di più è evidente che servano più screening per venire a capo delle diagnosi tardive. E poi servono Pdta mirati, che accompagnino i pazienti verso percorsi di cura di qualità, laddove oggi si perdono, migrano senza contare lo scotto dell'equità, perché chi ha cultura e soldi se la cava, il resto si arrangia.

Ettore Mautone

quotidianosanità.it

Mercoledì 23 NOVEMBRE 2016

Marcatori tumorali. Da Agenas un focus su come ridurre l'inapproprietezza

On line l'ultimo numero della Rivista Monitor dedicato al progetto svolto dall'Agenzia con la Regione Veneto per ridurre al massimo l'inappropriatezza. In Italia vengono prescritti oltre 13.000.000 di dosaggi di marcatori tumorali ogni anno, a fronte di circa 2.300.000 casi di tumori prevalenti. LA RIVISTA

Dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali un nuovo numero dei Quaderni di Monitor dal titolo "Marcatori circolanti in oncologia, guida all'uso clinico appropriato", interamente dedicato al progetto svolto dall'AGENAS in collaborazione con la Regione del Veneto e il Centro Regionale biomarcatori Azienda ULSS 12 Veneziana.

Nel Quaderno si trova una sintesi comparativa delle raccomandazioni contenute nelle linee guida di pratica clinica sui biomarcatori in oncologia che può rivelarsi strumento utile per colmare le difficoltà che si incontrano nel trasferimento delle evidenze scientifiche dalla ricerca alla pratica clinica e, nello stesso tempo, per fornire strumenti adeguati per ovviare all'elevata prescrizione di marcatori, in buona parte dovuta a inappropriatezza per eccesso.

"I marcatori tumorali sono un esempio paradigmatico di esami diagnostici gravati da un alto rischio di inappropriatezza per eccesso. Uno studio coordinato dal Centro Regionale Biomarcatori di Venezia ha mostrato che in Italia vengono prescritti oltre 13.000.000 di dosaggi di marcatori tumorali ogni anno, a fronte di circa 2.300.000 casi di tumori prevalenti.

Questi dati suggeriscono che i marcatori sono largamente utilizzati a scopo diagnostico in soggetti non affetti da tumore", si legge nella Presentazione del lavoro a cura del Presidente AGENAS **Luca Coletto,** che continua illustrando "le due linee di lavoro del progetto: una modalità innovativa per gestire e divulgare le evidenze disponibili al fine di omogenizzare a livello nazionale le indicazioni per un impiego appropriato dei marcatori; studiare e sviluppare indicatori per monitorare l'appropriatezza e poter riconoscere l'efficacia di eventuali interventi connettivi. L'obiettivo finale di questo progetto è dare continuità a tali attività, in modo da offrire al Paese un laboratorio permanente per lo studio e l'ottimizzazione di approcci integrati per il miglioramento continuo dell'appropriatezza in oncologia, sviluppando e collaudando nel contempo modelli utilizzabili anche in altre branche della medicina".

Dichiara inoltre Coletto: "Come Presidente di AGENAS sono praticamente al debutto e devo dire che questa mia nuova esperienza al servizio della salute non poteva cominciare meglio".

Il Direttore generale di AGENAS, **Francesco Bevere,** nella Prefazione del Quaderno di Monitor spiega: "Il lavoro presentato in questo numero consente tre livelli di utilizzo, essendo strumento per le decisioni cliniche, per la predisposizione di documenti di indirizzo e per l'articolazione e armonizzazione di attività formative su base nazionale. La peculiarità del manuale è data dal taglio pratico e in particolare dai 'take home message', indicazioni da utilizzare sul campo nel momento in cui il medico si trova dinanzi al quesito clinico e che può facilitare il contenimento dell'inappropriatezza e il rischio della sovra-diagnosi".

Prosegue Bevere: "La metodologia utilizzata nel volume rappresenta, a nostro avviso, una modalità corretta di azione per favorire il miglioramento della qualità e appropriatezza clinica, e, al contempo, per assistere i decisori affinché assumano determinazioni coerenti di politica sanitaria e realizzino interventi di revisione della spesa in modo mirato e corretto e non basandosi su tagli lineari, nella maggior parte dei casi operati senza il dovuto discernimento tecnico-scientifico, indispensabile per ogni scelta in ambito sanitario".

quotidianosanità.it

Martedì 22 NOVEMBRE 2016

Manovra. Lenzi (Pd): “Condivisibili rilievi Antitrust su biosimilari”

Lo ha dichiarato la capogruppo Dem in commissione Affari Sociali alla Camera sottolineando come gli emendamenti proposti dai deputati Pd della XII commissione recepiscano le osservazioni dell'Autorità garante della concorrenza.

"Le osservazioni dell’Antitrust in merito alle norme sui farmaci biosimilari contenute nella legge di Bilancio sono assolutamente condivisibili e corrispondono ai rilievi che avevamo fatto in sede di confronto nella commissione Affari sociali. Gli emendamenti presentati dal Pd recepiscono le osservazioni dell’Autorità garante della concorrenza; ci auguriamo perciò che vengano approvati in modo da modificare le norme della legge di Bilancio nel senso indicato dall’Antitrust”. Lo ha detto **Donata Lenzi** capogruppo Pd in commissione Affari sociali della Camera.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-NOV-2016
da pag. 22
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Manovra, scontro sui farmaci biotech e i costi crescono di mezzo miliardo

Norme restrittive sui "generici" di ultima generazione Stop dell'Antitrust, ma le modifiche sono limitate

Gli industriali: prodotti non identici, lasciamo decidere al medico la giusta prescrizione

VALENTINA CONTE

ROMA. I farmaci biotech fanno saltare i conti pubblici? Il rischio c'è, secondo le Regioni. Nascosto nell'articolo 59 comma 11 della manovra. E vale mezzo miliardo l'anno di spesa extra. L'allarme sale di ora in ora. In commissione Bilancio della Camera, dov'è in votazione la finanziaria, il comma 11 è ormai terreno di scontro. Da una parte le Regioni chiedono modifiche urgenti (pronti sei emendamenti), mentre le opposizioni ne pretendono la cancellazione, invocando l'ombra di Big Pharma. Dall'altra l'imbarazzo del Pd, che prova ad ammorbidire la norma. Nel silenzio del governo.

Al centro del contendere, un mercato in fortissima ascesa negli ultimi vent'anni, quello dei farmaci biologici, ottenuti cioè da molecole non chimiche, ma naturali. E che rappresenta già il 20% dei farmaci in commercio in Italia, coprendo patologie rilevanti e diffuse, come anemie, fibrosi cistica, diverse forme di tumore, rare malattie genetiche, artride reumatoide, psoriasi, diabete. Ebbene la norma in questione, secondo gli allarmati critici, punta a mettere fuori mercato i biosimilari, ovvero i farmaci che possono sostituire i biologici quando ne scadono i rispettivi brevetti: i generici del biotech, insomma. E nei prossimi anni ne scadranno numerosi - dall'epoetina beta all'interferon alfa - per un fatturato complessivo stimato in circa 1,4 miliardi.

Oggi le Regioni, quando i brevetti scadono, fanno le gare al minor prezzo. E i biosimilari consentono loro di abbattere oltre il 60% dei costi. Ma se il comma 11 rimane così come il governo l'ha scritto, le gare spariranno. Sostituite non solo da accordi quadro fatti con le aziende leader del biologico. Ma anche con base d'asta «al prezzo massimo» di cessione dei farmaci al Servizio nazionale. Una contraddizione in termini, non sfuggita all'Antitrust che il 17 novembre scorso, in un parere scritto, definisce la norma anti concorrenziale, chiedendone la riscrittura.

Non è solo il criterio del prezzo massimo anziché minimo a preoccupare l'Authority perché disincentiva i produttori a presentare offerte competitive. Ma anche il meccanismo per cui alla fine a decidere è il medico competente che può scegliere tra i primi tre farmaci classificati (che data l'esiguità di questo mercato in evoluzione rappresentano anche i soli tre concorrenti per ciascun farmaco). Con nessuna garanzia però che opti per quello meno costoso, visto che l'obbligo di motivazione oggi esistente per quanti vogliono il più caro viene abrogato. «Le dinamiche di acquisto dipenderanno dalle decisioni dei singoli medici curanti», chiosa l'Antitrust. Con il rischio di terremotare i risparmi di spesa del Servizio sanitario nazionale. E di incoraggiare la pressione lobbistica delle multinazionali sui camici bianchi.

Al contrario, la Ragioneria generale che ha vidimato la norma la ritiene «equilibrata», perché «promuove la concorrenza», favorisce «l'impiego dei farmaci a più basso costo, con effetti di risparmio» e «il confronto competitivo tra tutti gli operatori». Due mondi opposti, quelli dell'Antitrust e del guardiano dei conti. Con l'Authority per ora vincente, visto che il relatore del Pd in commissione, Mauro Guerra, ne ha recepito in parte le indicazioni, depositando un emendamento che trasforma il prezzo massimo in «prezzo medio», cancella l'espressione «senza obbligo di motivazione», ma lascia comunque il medico libero di scegliere.

«Inevitabile», per Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farmindustria. «Perché i biosimilari non sono identici ai biologici, non hanno gli stessi effetti e quindi solo il medico può decidere». Anche se l'Fda americana definisce dal 2012 il farmaco biosimilare «un biologico altamente simile che non presenta differenze cliniche significative in termini di sicurezza, purezza e potenza». E la Germania dal 2011 applica, a livello ospedaliero, una piena sostituibilità. «La norma - aggiunge poi Scaccabarozzi - è stata scritta al tavolo di concertazione del ministero dello Sviluppo economico, promosso dall'allora sottosegretario De Vincenti tre anni fa. Presenti tutti: ministero della Sanità, dell'Economia, Aifa, Regioni. Chi si lamenta a posteriori, poteva parlare allora».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

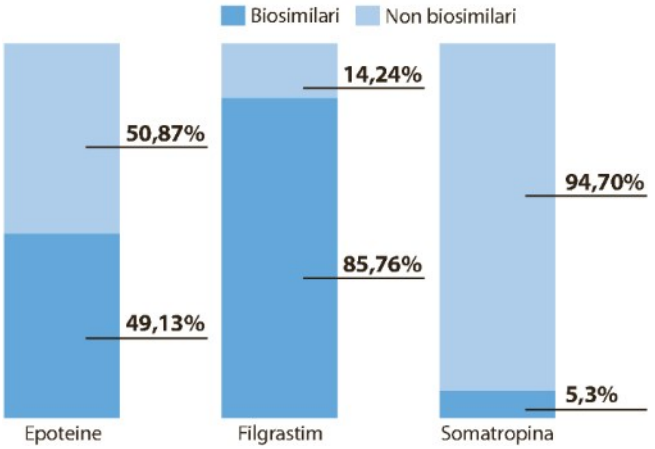
Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-NOV-2016
da pag. 22
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

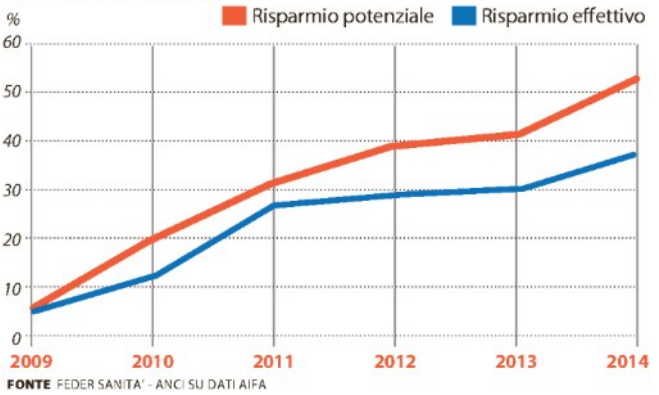
Biosimilari

Dati mercato, anno 2015

Sell-in CU cumulato
Gennnaio - dicembre 2015, totale Italia



Confronto di risparmio con uno switch da farmaco originator e farmaco biosimiliare



LA NORMA NEL MIRINO
Il ministro dello Sviluppo Carlo Calenda e il sottosegretario di Palazzo Chigi Claudio De Vincenti

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Martedì 22 NOVEMBRE 2016

Malati terminali. Senatrici Pd: “Istituzioni a fianco dei volontari che li assistono”

Oggi in Senato Donella Mattesini ed Emilia Grazia De Biasi hanno incontrano l'associazione Avad. "Il cuore del messaggio che vogliamo trasmettere con questo incontro é contenuto nella frase 'il malato inguaribile non è incurabile' che è anche al centro dell'impegno dei volontari che assistono e si prendono cura dei malati terminali".

"Il cuore del messaggio che vogliamo trasmettere con questo incontro é contenuto nella frase 'il malato inguaribile non è incurabile' che è anche al centro dell'impegno dei volontari che assistono e si prendono cura dei malati terminali. In un momento in cui le relazioni interpersonali sono tanto fragili e precarie e' ancora più preziosa l'opera generosa ed instancabile dei volontari che meritano non solo un generico ringraziamento ma un vero sostegno da parte delle istituzioni". Lo ha detto la senatrice del Pd **Donella Mattesini**, della commissione sanit à, durante l'incontro sull'assistenza e la cura al malato terminale, promosso dalla senatrice per presentare il grande lavoro che svolge l'Associazione di volontari Avad (Associazione Volontari assistenza domiciliare) anche attraverso il libro 'Felici sono le pietre. 100 interviste sul dolore totale' illustrato per l'occasione.

All'incontro è intervenuta anche la senatrice del Pd **Emilia Grazia De Biasi**, Presidente della commissione Sanità, che ha sottolineato: "Il tema del dolore terminale deve affiorare al dibattito pubblico ampio, rifuggendo dalla rimozione del problema. La legge 38 sulle cure palliative vive perché vivono i volontari e le associazioni come Avad, ma ancora manca la reale disponibilità per i malati terminali di avere cure territoriali di prossimità. È inoltre fondamentale puntare sulla formazione specifica dei medici e del personale sanitario. Sono al fianco dei volontari per conquistare per tutti l'obiettivo del diritto alla dignità del fine vita. Se ci fosse in Italia una cattedra universitaria sulle cure palliative sarebbe un grandissimo passo aventi".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 158.020
Diffusione 09/2016: 115.344
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

24-NOV-2016
da pag. 14
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

«Vaccino obbligatorio per i bimbi all'asilo» Le Regioni si dividono

▶Lorenzin: da seguire l'esempio dell'Emilia
Zingaretti: lo faremo. Ma la Lombardia frena

ROMA La Regione Emilia Romagna ha deciso di consentire l'iscrizione agli asili nido solo ai bambini vaccinati. Un provvedimento che il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, sta pensando di replicare in tutto il Paese. Ma le Regioni si spaccano. Il presidente del Lazio, Zingaretti, ha annunciato di voler proporre la misura in Consiglio regionale. Lombardia e Liguria frenano.

Arcovio a pag. 14

«Vaccino obbligatorio per andare all'asilo» Le Regioni si spaccano

▶Lorenzin: «Seguite l'esempio dell'Emilia». Zingaretti: «Lo faremo anche nel Lazio». Frenano Lombardia e Liguria

I CINQUE STELLE ANNUNCIANO LA LORO OPPOSIZIONE «LA CURA COERCITIVA È INCOSTITUZIONALE, MEGLIO INFORMARE»

SANITÀ

ROMA Mentre in Toscana continua l'allarme meningite, che in due giorni ha ucciso due persone, e che per fortuna sembra aver risparmiato la vita del bimbo di otto anni ricoverato al Meyer di Firenze, le cui condizioni sono in miglioramento grazie al vaccino fatto nel 2009, in Italia si accende il dibattito sulle vaccinazioni e sull'ipotesi di renderle obbligatorie «per davvero». In questo caso non si parla delle vaccinazioni contro le infezioni da meningococco C, che oggi rientrano in quelle raccomandate. Ma di quelle obbligatorie contro la poliomielite, la difterite, il tetano e l'epatite B.

MALATTIE SCOMPARSE

Oltre il timore sempre più reale del ritorno di malattie considerate prima scomparse, a rilanciare la possibilità di rendere per davvero effettiva l'obbligatorietà delle vaccinazioni, come lo era prima del 1991, è l'Emilia Romagna. La Regione ha infatti deciso di consentire l'iscrizione agli asili nido solo ai bambini vaccinati. Un provvedimento che piace molto al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Tanto da spingerla a pensare di replicare l'esempio in tutto il paese. «I tempi sono maturi perché l'esempio dell'Emilia Romagna sia seguito anche da altre Regioni. Può essere un esempio da copiare», dichiara Lorenzin. «Penso che la decisione dell'Emilia Romagna sia stata coraggiosa e giusta, a fronte di un calo vaccinale dei dati della Regione molto preoccupante, sia per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie sia quelle facoltative», aggiunge. Plaude alla scelta dell'Emilia Romagna anche il Premier Matteo Renzi, che scrive su twitter: «Bravo Stefano, ben fatto!», riferendosi al presiden-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 158.020
Diffusione 09/2016: 115.344
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

24-NOV-2016
da pag. 14
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

te dell'Emilia Romagna Stefano Bonaccini.

Ma la strategia del ministro della Salute per contrastare l'attuale calo delle vaccinazioni in Italia non piace a tutti. In primis ai Grillini. In Emilia-Romagna il M5S ha infatti votato contro l'obbligatorietà delle vaccinazioni. E ora sembrano pronti a non rendere le cose facili a chi vorrà replicare l'esempio di quella regione, come il presidente del Lazio Nicola Zingaretti che ha annunciato su facebook di voler proporre in Consiglio regionale l'obbligo di vaccinazione per i bimbi che vanno al nido. «Dopo l'Emilia-Romagna facciamo un passo avanti di civiltà anche nel Lazio», propone Zingaretti. La capogruppo M5S in Consiglio regionale del Lazio Silvia Blasi, si dichiara contraria.

IL CAMBIAMENTO

«Noi spingeremmo per un sistema di informazione diverso, che andrebbe proprio a superare il concetto di coercizione e obbligatorietà per qualcosa che dovrebbe essere acquisito da una società matura», dice Blasi. «C'è un articolo della Costituzione - aggiunge - che dice che nessun cittadino italiano è obbligato a sottoporsi a una terapia medica se è contrario. Dobbiamo tutelare anche questo aspetto di scelta etica delle persone», aggiunge, pur non negando l'importanza del vaccino come strumento di prevenzione, tanto di averli fatti a sua figlia.

Lombardia e Liguria non seguiranno l'Emilia Romagna. Lo hanno spiegato gli assessori Gallera e Viale, riferendo il pensiero dei governatori, Maroni e Toti. «Siamo impegnati in una campagna informativa molto articolata perché le vaccinazioni sono fondamentali. Ma con l'informazione riteniamo che la libertà di scelta sia fondamentale. Dobbiamo convincere e non obbligare».

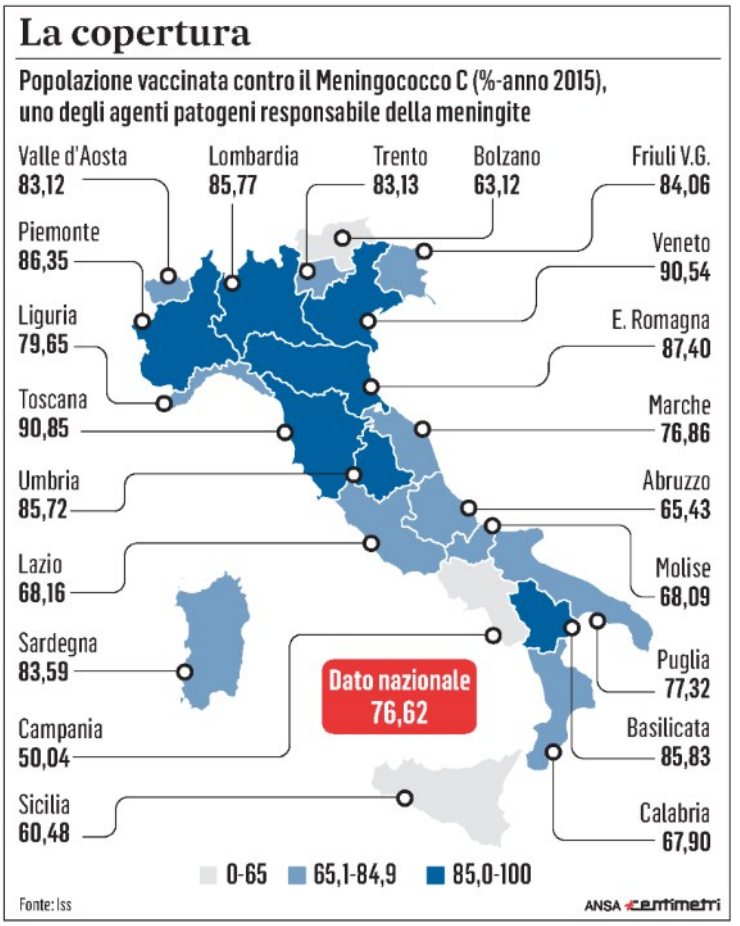
Pronto a salire sulle barricate contro l'adozione di una legge regionale sui vaccini da parte della Regione Lazio è anche il Codacons. «Si tratta di una legge inapplicabile, incostituzionale e contraria alle norme nazionali», spiega il presidente Carlo Rienzi.

Per Lorenzin, però, è arrivato il momento che tutte le Regioni facciano qualcosa, soprattutto considerati i rischi dovuti al ritorno di malattie a causa dei cali delle coperture vaccinali. «Quest'anno, ad esempio - riferisce - abbiamo avuto dei bambini morti per pertosse, che pensavamo una malattia debellata, ed abbiamo un'insorgenza preoccupante per il morbillo, con decessi dovuti alle complicanze; abbiamo inoltre un caso sospetto di difterite, una patologia debellata da oltre 30 anni. In altri Paesi ci sono casi di poliomielite, e dobbiamo ricordare che le malattie 'viaggiano'».

Altro «tema da non sottovalutare - aggiunge - è anche quello della meningite», che da gennaio 2015 a oggi ha colpito più di 74 persone in Toscana, uccidendone 13.

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 23 NOVEMBRE 2016

Melazzini (Aifa): “Vaccini sicuri, come tutti i medicinali, oggetto di controlli rigorosi e costanti che applichiamo quotidianamente”

Il neo Direttore Generale dell’Agenzia Italiana del Farmaco Mario Melazzini è intervenuto oggi al Senato nel corso del Convegno "Chiudi la porta, salvati la vita" promosso dalla senatrice Elena Cattaneo e organizzato dall’Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). Melazzini indica la prevenzione come una priorità e vaccini e medicinali come sicuri

Il neo Direttore Generale dell’Agenzia Italiana del Farmaco **Mario Melazzini** è intervenuto oggi al Senato nel corso del Convegno "Chiudi la porta, salvati la vita" promosso dalla senatrice **Elena Cattaneo** e organizzato dall’Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM).

"Il messaggio più importante da diffondere – afferma il Direttore dell'AIFA - è quello della prevenzione come uno dei migliori strumenti di cura, a tutela della salute del singolo e della collettività. La corretta informazione che soprattutto evidenzi un profilo scientifico attendibile e comprensibile, è la chiave per favorire un'adesione consapevole e responsabile alle vaccinazioni”.

"I vaccini sono sicuri - conclude **Melazzini** -, così come tutti i medicinali, perché sono oggetto di controlli rigorosi e costanti che l’AIFA applica quotidianamente. La strategia futura cercherà di promuovere interventi condivisi fra le Istituzioni e gli attori del sistema, per "arrivare" in modo semplice e diretto al paziente e interrompere il rumore sensazionalistico dei mezzi di contro-informazione. Per essere sempre più di servizio e al servizio del paziente, coniugando scienza e valore del farmaco.”

ANSAit

23-11-2016

http://www.ansa.it

Vaccini:Lorenzin,tempi maturi obbligo anche in altre regioni

'Decisione Emilia Romagna coraggiosa e giusta'

ROMA - "I tempi sono maturi perchè l'esempio dell'Emilia Romagna sia seguito anche da altre Regioni. Può essere un esempio da copiare". Lo ha affermato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, a Sky Tg24, commentando la decisione della Regione Emilia Romagna di consentire l'iscrizione agli asili nido solo ai bambini vaccinati.

"Penso che la decisione dell'Emilia Romagna sia stata coraggiosa e giusta, a fronte di un calo vaccinale dei dati della Regione molto preoccupante, sia per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie sia quelle facoltative. Quando nel '99 - ha proseguito - si abolì l'obbligo di vaccinazione, era perché si era raggiunta una tale copertura vaccinale nel Paese che non si poteva neanche immaginare che sarebbero nati dei movimenti 'no vaccino', fondati su motivazioni totalmente non scientifiche e che avrebbero portato un pericolo per tutta la popolazione".

Lorenzin ha quindi sottolineato i rischi dovuti al ritorno di malattie a causa dei cali delle coperture vaccinali: "Quest'anno, ad esempio - ha detto - abbiamo avuto dei bambini morti per pertosse, che pensavamo una malattia debellata, ed abbiamo un'insorgenza preoccupante per il morbillo, con decessi dovuti alle complicanze; abbiamo inoltre un caso sospetto di difterite, una patologia debellata da oltre 30 anni. In altri Paesi ci sono casi di poliomielite, e dobbiamo ricordare - ha avvertito il ministro - che le malattie 'viaggiano'".

Altro "tema da non sottovalutare - ha aggiunto - è anche quello della meningite". Dunque, ha

proseguito, "l'Emilia Romagna ha fatto un'azione nell'interesse della salute pubblica, che è l'interesse superiore". Riferendosi quindi al problema denunciato da alcune famiglie di attese anche per poter effettuare le vaccinazioni ai bambini, Lorenzin ha sottolineato che in questi casi "le liste di attesa sono ingiustificabili, perchè le vaccinazioni rispondono ad un calendario vaccinale. Si tratta dunque di un problema organizzativo delle Regioni". Il ministro ha quindi ricordato che nei Livelli essenziali di assistenza, da poco approvati, è stato inserito il nuovo Piano nazionale vaccini, che prevede la gratuità anche per ulteriori vaccinazioni facoltative.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 158.020
Diffusione 09/2016: 115.344
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

24-NOV-2016
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

L'intervista

Ricciardi (Iss): in emergenza giusto imporre la profilassi

«L'ideale sarebbe che, come accade in altri Paesi, i genitori decidano con un atto di libera scelta di vaccinare i propri figli. Ma poiché siamo ormai certi che dovremo affrontare epidemie e il ritorno di malattie scomparse, con conseguenze anche gravi, bene fanno le regioni a imporre la profilassi», afferma Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto superiore di Sanità.

Sono necessarie misure drastiche, professore?

«Sì. In Italia e Francia è emergenza vaccinale, migliaia di bambini non sono protetti. E l'asilo nido è il più pericoloso, i piccoli non hanno ancora sviluppato una barriera contro i microbi patogeni. Rischiano di esplodere contagi di malattie mai scomparse come morbillo, rosolia, parotite e pertosse, ma potrebbero tornare difterite e poliomielite».

Come si interviene?

«Seguendo l'esempio di California e Australia, dove la profilassi è obbligatoria e chi non è vaccinato perde il diritto alla pensione. E con una corretta informazione: una mamma è legittimata ad avere dubbi e paure, ma deve confrontarsi con medici che le dicano la verità. Cioè che quella dei vaccini è una tecnologia sicura. Molti ordini si sono già organizzati per deferire medici che vengono meno a questo dovere. Così dovremmo invertire la tendenza: entro due anni torneremo alla soglia di sicurezza del 95% di popolazione vaccinata».

C.Gu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

la Repubblica.it

23-11-2016
Lettori
291.389

http://www.repubblica.it/

Hpv, vaccino anche per i maschi. Ricciardi: "I pediatri che li sconsigliano non lavorino per lo Stato"

(ansa)

Tornano le malattie infettive, e tornano di pari passo al calo delle vaccinazioni che preoccupa così tanto da spingere alcune regioni
di ELVIRA NASELLI

CI SIAMO dimenticati di quando ci si ammalava di poliomielite, dei morti di tubercolosi. E i casi di cronaca di questi giorni ci ricordano che sì, difterite, pertosse e morbillo possono uccidere. Tornano le malattie infettive, e tornano di pari passo al calo delle **vaccinazioni** che preoccupa così tanto da spingere alcune regioni – l'**Emilia Romagna** lo ha già fatto, **Toscana e Marche**sembrano avviate sulla stessa strada – a vietare l'accesso a scuola ai bambini non vaccinati.

LO SPECIALE

Hpv. Non va meglio per la vaccinazione per **l'Hpv**, che in Italia ha una media del 70 per cento. "Ma – ha ricordato il presidente dell'Istituto superiore di Sanità **Walter Ricciardi** all'evento "Chiudi la porta, salvati la vita, vaccinati contro Hpv per prevenire il cancro", organizzato da Repubblica Salute a Palazzo Giustiniani stamattina – come al solito ci sono regioni dove la percentuale è molto alta e altre dove è

bassa, e sono quelle in cui è anche più facile essere esposte al virus.

LEGGI La difterite è tornata in Italia

I maschi. L'obiettivo è arrivare al 95 per cento. E vaccinare pure i maschi. Non solo per proteggere anche loro da altri tipi di cancro, ma per evitare che il virus circoli e colpisca le donne non vaccinate". Del resto – ricorda **Carmine Pinto**, presidente Aiom – il virus è correlato al tumore del pene, dell'ano e anche dell'orofaringe. Prima era considerato un tumore dei forti fumatori e bevitari, in là con gli anni. Oggi lo vediamo in persone che hanno avuto contatto con il virus ma sono molto più giovani".

LEGGI - Un milione di vaccinati non bastano contro il batterio super aggressivo

La diffusione. Il virus – c'è da dire – è talmente diffuso che si calcola che riguardi il 90 per cento delle ragazze che ha rapporti sessuali. Per fortuna, però, il 99 per cento guarisce da solo. "L'1 per cento però no – continua Ricciardi – e ogni anno nel nostro paese muoiono 1420 donne di cancro alla cervice. Morti evitabili con la vaccinazione".

La diffidenza. Lo scetticismo verso le vaccinazioni, del resto, è difficile da demolire. "Anche dinanzi a chili di documenti scientifici che provano come siano lo strumento più efficace della medicina mai esistito – ha raccontato, alla platea di alunni delle scuole superiori provenienti da tutta Italia, la senatrice a vita e scienziata **Elena Cattaneo** – la diffidenza di molte famiglie, che si rifiutavano di vaccinare i loro bambini, è rimasta. Nel caso dell'Hpv è dimostrato che nel 100 per cento dei tumori dell'utero è presente il Dna del virus Hpv. Che si sta diffondendo. Solo con la vaccinazione è possibile arrestarlo e fare una scelta saggia di salute pubblica".

I medici. Ma per convincere i genitori bisogna prima convincere i medici. Sono addirittura i pediatri a sconsigliare spesso il ricorso all'immunizzazione. Istillando dubbi, paure irrazionali. In genitori che spesso, navigando in rete, trovano ancora la vecchia storia della relazione tra autismo e vaccini e dello studio di Wakefield, che fu sbugiardato e radiato dall'ordine dei medici britannici. Che fare con questi medici, infedeli al Servizio sanitario che invece propone le vaccinazioni come strumento efficace di salute pubblica? "L'umtimo miglio è sanzionare i medici che spacciano false informazioni – continua Ricciardi – il pediatra che sconsiglia le vaccinazioni non può lavorare per lo Stato. E anzi va deferito all'Ordine dei medici, che autonomamente si è già mosso per sanzionare medici inadempienti. Dopodiché bisogna anche pensare di aggiornare i medici e certificare la loro preparazione".

Il vaccino. Punta alla vaccinazione per i maschi anche **Nicoletta Luppi**, presidente del Comitato vaccini di Confindustria. "ha un valore collettivo importante – spiega – senza i maschi il virus non può essere eradicato". E racconta come su 88 farmaci biotch in commercio ben 71 siano vaccini. E anche cosa ci sia dietro: dagli 8 ai 18 anni di ricerca, con costi fino a 900 milioni di dollari, 24 mesi perché arrivi al paziente, il 70 per cento del tempo dedicato ai controlli qualità, sulla singola fiala ce ne sono almeno cento. "Tanto che – ricorda **Mario Melazzini**, direttore Aifa – le segnalazioni di eventi avversi sono molto, ma molto poche. E i vaccini restano uno strumento di cura, non di business".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 61.488
Lettori Ed. I 2015: 413.000
Quotidiano - Ed. Roma

la Repubblica ROMA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-NOV-2016
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

CAMPAGNA DI REPSALUTE E AIOM

L'allarme degli esperti "Immunizzare le donne dal rischio papilloma"

CECILIA CIRINEI

ESSERE informati per salvarsi la vita. Ieri mattina nella Sala Zuccari del Senato l'evento "Chiudi la porta, salvati la vita. Vaccinati contro Hpv per prevenire il cancro", introdotto da Dario Cresto-Dina, vice direttore di *Repubblica*, organizzato da RepSalute e Aiom (associazione italiana di oncologia medica) per sottolineare l'attenzione del pubblico femminile sul Papilloma Virus (Hpv), una delle cause primarie di cancro all'utero, sulle strategie di cura per le nuove generazioni, con prevenzione e formazione sulla centralità della vaccinazione. Immunizzare i giovani contro il virus del papilloma significa prevenire concretamente forme di tumore molto aggressive. Eppure la copertura per la vaccinazione anti Hpv è in Italia tra le più basse d'Europa.

La senatrice Elena Cattaneo

Al convegno hanno partecipato, fra gli altri, la scienziata e senatrice Elena Cattaneo, Carmine Pinto, presidente dell'Aiom e Mario Melazzini presidente Aifa (agenzia italiana del farmaco). «L'Italia è a rischio. Può perdere la certezza delle vaccinazioni — dice Elena Cattaneo — bisogna stare attenti agli articoli dei falsi studiosi contro i vaccini. Il 90% dei giovani che hanno una vita sessuale viene a contatto con questo virus». Il numero dei bambini vaccinati in generale è sceso sotto la percentuale che l'Oms considera di sicurezza, il 95%. Sempre più persone dubitano dei vaccini, facendo tornare malattie scomparse da tempo. «L'Hpv si sta diffondendo in modo preoccupante — prosegue Cattaneo — ora c'è il vaccino. È strano pensare che le donne non ne vengano messe a conoscenza. Dobbiamo fare in modo che sempre più giovani siano vaccinati». Carmine Pinto sottolinea: «Stiamo vivendo una fase negativa, una sorta di nuovo Medioevo. In centro America l'Hpv è una delle maggiori cause di morte per tumore nelle donne, ma colpisce anche uomini». Melazzini aggiunge: «Il messaggio più importante è quello della prevenzione. I vaccini sono sicuri: sono oggetto di controlli rigorosi che l'Aifa applica quotidianamente. La strategia sarà promuovere interventi per interrompere il sensazionalismo della contro-informazione».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

23-11-2016

http://www.pharmastar.it

Linfoma di Hodgkin classico, approvazione europea per nivolumab

L'immunoterapia arriva anche in ematologia. Oggi la Commissione Europe ha approvato il nivolumab per la terapia di pazienti con linfoma di Hodgkin recidivante o refrattario dopo auto-trapianto di cellule staminali ematopoietiche (auto-HSCT) e successivo trattamento con brentuximab vedotin.

L'immunoterapia arriva anche in ematologia. Oggi la Commissione Europe ha approvato il nivolumab per la terapia di pazienti con linfoma di Hodgkin recidivante o refrattario dopo auto-trapianto di cellule staminali ematopoietiche (auto-HSCT) e successivo trattamento con brentuximab vedotin.

In questo modo, nell'Unione Europea nivolumab diventa il primo farmaco anti PD-1 ad essere approvato per una patologa ematologica.

L'approvazione si basa sui dati dello studio di Fase II CheckMate - 205 e dello studio di fase I CheckMate -039 che hanno valutato il farmaco dopo recidiva o fallimento dell'auto-HSCT e di un successivo trattamento con brentuximab vedotin.

Nei pazienti nei quali è stata valutata l'efficacia della terapia immunologica (n= 95) il tasso di risposta obiettiva, valutato da un comitato indipendente di revisione radiologica (IRRC), è stato del 66%. Il 6% dei pazienti ha avuto una risposta completa e il 60% una risposta parziale. A 12 mesi la progress free survival era del 57%.

adnkronos

23-11-2016
Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Non solo 118, arriva il numero per le cure mediche (non) urgenti

La ricetta rossa per il medicinale che è terminato, un consiglio o una visita dal medico per un problema che continua a tormentarci ma che rimandiamo perché non è urgente. **Tutto questo sarà risolto con una telefonata al numero unico nazionale 116117** per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari. Il numero sarà disponibile H24 per 7 giorni a settimana, fornirà assistenza o informazioni, non sarà limitato nel tempo ed è gratuito. Infine le chiamate posso essere effettuate da telefono fisso o mobile. **L'arrivo del 116117 è calendarizzato nella riunione di domani della Conferenza Stato Regioni** che dovrebbe ratificare l'accordo sulle linee di indirizzo e sulle modalità di attivazione del servizio telefonico.

L'attivazione del 116117 non è legata solo alla sostituzione dei numeri di continuità assistenziale. **Già nel 2009 la Commissione europea aveva stabilito che il numero 116117** doveva essere riservato "per servizi di assistenza medica non urgenti e indirizzerà i chiamanti ad un servizio di assistenza medica in situazioni critiche ma non di emergenza, in particolare al di fuori delle ore di lavoro, nei fine settimana e nei giorni festivi. L'obiettivo - sottolineava la Commissione - è mettere in contatto il chiamante con un operatore competente oppure direttamente con un medico qualificato che possa fornire assistenza o consulenza medica, soprattutto se la persona cui si rivolge normalmente il chiamante non è disponibile".

quotidianosanità.it

Mercoledì 23 NOVEMBRE 2016

Ema a Milano. Maroni: “Aziende farmaceutiche restino fuori dal dibattito”

Il presidente della Lombardia critica le aziende che si sono esposte per sostenere la candidatura di Milano quale nuova sede dell’Ema. “Rischiano di produrre l’effetto contrario: le aziende poi devono essere controllate dall’Ema. Evitiamo il conflitto d'interessi e lasciamo lavorare il ministro Lorenzin”.

“C’è una battaglia che stiamo portando avanti insieme col Governo e anche con la città di Milano per portare la sede dell'Ema a Milano. Non mi è piaciuta l'iniziativa di alcune aziende farmaceutiche sul tema, ho trovato poco elegante che un'iniziativa a sostegno dell'Ema venisse fatta dalle aziende che poi devono essere controllate dall'Ema. Il rischio poi, conoscendo come ragionano gli inglesi, come ragionano in Europa, è che qualcuno poi possa dire: ‘Eh no, non è opportuno trasferirla lì, perché se già le aziende farmaceutiche si mettono d'accordo poi rischiano di condizionare in qualche modo. Evitiamo il conflitto d'interessi”. Lo ha detto il presidente della Regione Lombardia **Roberto Maroni,** intervenendo ieri pomeriggio, al convegno sul tema 'La Riforma sanitaria lombarda - 1 anno dopo', all'Università Statale di Milano.

“Non drammatizziamo”, ha proseguito Maroni, “però speriamo non sortisca l'effetto contrario, visto che c'è una forte competizione tra i Paesi europei per avere le Agenzie che hanno sede a Londra. Visto che penso che ci sarà un'accelerazione nell'aggiudicazione delle nuove sedi, voglio evitare di fare qualunque cosa che poi possa produrre l'effetto contrario”.

“Noi abbiamo incaricato il Governo di coordinare il gruppo di lavoro con la Regione, con il Comune di Milano e anche con il settore privato - ha concluso Maroni - , lascerei al Governo il compito di gestire queste cose. Lasciamo al ministro Lorenzin il compito di lavorare con la Commissione europea e con chi deve decidere per il trasferimento”.

quotidianosanità.it

Mercoledì 23 NOVEMBRE 2016

Uk. Il duro inverno del NHS. Bilanci sempre più in rosso per le aziende sanitarie inglesi

Tra problemi finanziari, personale allarmato e problemi politici, al di la della Brexit il sistema sanitario inglese sta attraversando un inverno rigido ed oscuro per la sua sopravvivenza forse una riflessione più accurata è d'obbligo per il governo perché la rabbia tra i cittadini e gli operatori del NHS sta montando di giorno in giorno

I problemi finanziari del NHS sono ormai "endemici" e sono peggiorati in modo significativo nel corso dell'anno passato. La situazione non è più sostenibile, ha avvertito il revisore ufficiale dei conti pubblici del parlamento inglese.

Due terzi delle aziende sanitarie in Inghilterra sono ormai in deficit, ha rivelato il National Audit Office (NAO), il loro debito totale è quasi triplicato dal 2015 per £ 2.45 miliardi.

I sindacati della sanità sono particolarmente allarmati dalla decisione di trasferire £ 950m dal bilancio del NHS in conto capitale (ristrutturazione degli e informatizzazione), per pagare gli stipendi del personale al fine di colmare i buchi di bilancio.

I Parlamentari affermano che il rapporto è pari a una delle valutazioni più critiche del NHS che abbiano mai fatto i revisori ufficiali dei conti.
Il rapporto si aggiunge alla pressione su **Theresa May** per immettere denaro extra nel bilancio 2017, per tappare il deficit di finanziamento nel servizio sanitario.

Meg Hillier, presidente della commissione conti pubblici, del parlamento ha dichiarato che il Dipartimento della Sanità sta facendo salti mortali per evitare il default il prossimo anno.

Ha anche aggiunto: "Chiedo al primo ministro di affrontare le realtà del crescente deficit nel NHS degli ospedali , i problemi della forza lavoro a lungo termine, gli obiettivi di risparmio irrealistici e l'impatto che questi sforzi finanziari stanno avendo sulla qualità dei servizi. "

Amyas Morse, capo del National Audit Office, ha dichiarato: "Con più di due terzi dei fondi in deficit nel 2015-16 e un numero crescente di gruppi clinici (CCG) sul territorio non in grado di mantenere la loro spesa nel rispetto del budget, la nostra opinione è che i problemi finanziari sono endemici e questo modo di procedere non è più sostenibile ".

Inoltre i revisori hanno affermato che il NHS per l'esercizio in corso si presenta peggio del previsto", e ciò sta a significare che i circa £ 22 miliardi di risparmi previsti entro il 2020/21, non saranno conseguiti.

Per colmare questa lacuna, il Dipartimento della Salute, stima che si possano fare £ 6,7 miliardi di risparmi di efficienza attraverso misure tra cui il blocco degli stipendi del settore pubblico e del rinnovo dei contratti.

Si stima inoltre che i trust ospedalieri e i CCG possono fare un ulteriore £ 14.9bn di risparmio moderando la domanda di servizi sanitari e realizzando il 2% di miglioramenti di produttività ed efficienza.

I revisori dei Conti hanno esaminato queste stime e hanno avvertito che non erano state adeguatamente calcolate, il che "solleva preoccupazioni sul fatto che i risparmi previsti possono essere raggiunti".

Il rapporto ha evidenziato la manovra sbagliata prevista nel febbraio scorso di trasferire £ 950m dal bilancio

dei £ 4,6 miliardi per progetti in conto capitale, come le opere di costruzione e IT, al bilancio della spesa corrente per coprire gli stipendi del personale.

Il NAO ha affermato che "Il dipartimento della salute non ha valutato gli effetti a lungo termine del trasferimento di questi fondi per coprire la spesa giorno per giorno. Questo significa che non tiene conto dei rischi che i trust ospedalieri corrono a causa dell'esigenza di finanziamento immediato in cui si trovano".

Il Piano quinquennale del governo di aumentare il bilancio NHS di £ 8 miliardi entro il 2020 è stato fissato solo l'anno scorso , non ci sono i 10 miliardi promessi in campagna elettorale, le risorse dunque non sono sufficienti e la situazione rischia di aggravarsi sempre di più.

Commentando la relazione, il prof **Jane Dacre**, presidente del Royal College of Physicians, ha detto che non solo il NHS lotta per bilanciare i costi di oggi, ma non è in grado di investire in nuovi progetti.

"Abbiamo bisogno di un bilancio NHS che soddisfi la domanda di servizi sanitari, per oggi e per il futuro, sennò sarà la fine del NHS".

Jonathan Ashworth, la segretaria salute ombra, del Labour ha detto che il rapporto era chiaro che "gli obiettivi di efficienza aggressivi del governo hanno esacerbato il deficit NHS e non rispondono alla domanda di salute dei cittadini".

Il portavoce salute dei liberaldemocratici, **Norman Lamb,** ha dichiarato che il rapporto del NAO è il "chiodo sulla bara del NHS" per l'incapacità del governo di finanziare il servizio sanitario nazionale.

Il National Audit Office sembra non avere alcuna fiducia che il NHS possa conseguire i risparmi imposti dal governo. "La gestione della crisi ha scavalcato ogni logica di efficienza possibile ed ha compromesso una possibile e razionale programmazione futura ", ha dichiarato.

Il portavoce del Dipartimento Salute si difende affermando che: "Sappiamo che le finanze stanno sfidando alcuni settori del NHS, "Stiamo investendo 4 miliardi £ in più nel NHS quest'anno per trasformare i servizi e migliorare gli standard di cura, che saliranno a un £ 10 miliardi in più all'anno entro il 2020/21."

Ma i 10 miliardi sono solo parole, non sono scritti da nessuna parte e solo se il governo di Theresa May li iscriverà nel bilancio triennale 2017/2020 ci saranno davvero, sennò saranno le solite promesse, fatte in campagna elettorale a cui i cittadini in primo luogo, ma nemmeno il personale del NHS crede più.

Al di la della Brexit il NHS sta attraversando un inverno rigido ed oscuro per la sua sopravvivenza forse una riflessione più accurata è d'obbligo per il governo perché la rabbia tra i cittadini e gli operatori del NHS sta montando di giorno in giorno.

Grazia Labate
Ricercatore in economia sanitaria

quotidianosanità.it

Mercoledì 23 NOVEMBRE 2016

Traffico d'organi. Pene fino a 12 anni di carcere per chi commercia, vende o acquista organi o parti di organo. Romani (Idv): "Con la mia legge Italia prima in Europa"

Questo il commento del primo firmatario della proposta di legge, passata oggi all'unanimità anche in Commissione Giustizia della Camera, che regolamenta il commercio illecito di organi prelevati da persone viventi. "L'Italia sarà un esempio in questo percorso di giustizia e di rispetto dei diritti umani". Prevista l'interdizione a vita per i sanitari coinvolti. LA LEGGE

"*Chiunque, illecitamente, commercia, vende, acquista ovvero, in qualsiasi modo e a qualsiasi titolo, procura o tratta organi o parti di organi prelevati da persona vivente è punito con la reclusione da tre a dodici anni e con la multa da euro 50.000 ad euro 300.000.*

Se il fatto è commesso da persona che esercita una professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione.

Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da tre a sette anni e con la multa da euro 50.000 ad euro 300.000 chiunque organizza o propaganda viaggi ovvero pubblicizza o diffonde, con qualsiasi mezzo, anche per via informatica o telematica, annunci finalizzati al traffico di organi o parti di organi di cui al primo comma".

Recita così il primo articolo della legge sul traffico d'organi approvata oggi all'unanimità anche in Commissione Giustizia della Camera in sede legislativa, che regolamenta il commercio illecito di organi prelevati da persone viventi.

"Finalmente con l'approvazione alla Camera di una legge così importante come quella sul traffico d'organi, che posso dire con soddisfazione porterà il mio nome, l'Italia una volta tanto è arrivata prima degli altri a livello europeo". Lo dichiara il senatore Idv **Maurizio Romani**, primo firmatario della proposta di legge.

"L'Italia - spiega il vicepresidente della Commissione Sanità - sarà un esempio in questo percorso di giustizia e di rispetto dei diritti umani. Spero che questa legge rappresenti anche uno stimolo alla donazione degli organi e riapra il dibattito a livello nazionale sull'importanza di un dono così importante. La legge approvata oggi serve non solo per condannare chi va all'estero a procurarsi un organo in maniera illegale, ma anche gli intermediari che sfruttano la debolezza di coloro che aspettano un organo da anni per farne un commercio, sfruttando le zone più povere del nostro pianeta e le persone più indifese come i bambini".

Infine il senatore Romani ricorda che "procurarsi un organo attraverso questo traffico, oltre ad apparire come un vero e proprio atto di cannibalismo prendendo una persona come fonte di 'pezzi di ricambio', sottopone a un alto rischio di malattia e di rigetto del trapianto stesso per il mancato rispetto delle regole sanitarie. Anche i medici che si prestano a queste pratiche - conclude - con questa legge subiranno pene severe compresa la radiazione dall'albo".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 156.556
Diffusione 09/2016: 105.722
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-NOV-2016
da pag. 50
foglio 1
www.datastampa.it

Codice penale. Il Ddl è legge: via libera della commissione Giustizia alla Camera

Traffico di organi, 12 anni di carcere

Patrizia Maciocchi
ROMA

Carcere fino a 12 anni per **i trafficanti di organi umani**. Con il via libera della **commissione Giustizia della Camera**, in sede legislativa, **è legge il Ddl** di contrasto al commercio illecito di organi prelevati da persone viventi. Il testo trasmesso dal Senato è passato all'unanimità senza modifiche.

Con il nuovo delitto (articolo 601-bis), introdotto nel Codice penale, é punito con il carcere da 3 a 12 anni e la multa da 50 mila a 300 mila euro chi, violando la disciplina sul prelievo e trapianto da donatore, commercia, vende, acquista o comunque procura organi prelevati da una persona in vita. Se le condotte illecite sono commesse da un medico o da un sanitario è prevista la pena aggiuntiva dell'interdizione perpetua dall'esercizio della professione. Nel mirino del legislatore finisce il turismo dei trapianti. Viene punito con la reclusione da 3 a 7 anni anche chi organizza o propaganda viaggi oppure pubblicizza o diffonde, anche per via informatica o telematica, annunci finalizzati al traffico di organi.

La norma composta di soli 4 articoli, modifica l'articolo 416 del codice penale in tema di associazione per delinquere, inserendo il riferimento al nuovo articolo 601-bis nell'elenco dei reati per i quali scatta l' aggravante. E' considerata dunque associazione a delinquere aggravata, la condotta finalizzata al traffico di organi da vivente o da cadavere oppure tesa alla mediazione a scopo di lucro nella donazione degli organi.

La pena detentiva per chi promuove o organizza l'associazione va dai 5 ai 15 anni, mentre rischia dai 4 ai 9 anni di carcere chi partecipa.

Per evitare sovrapposizioni o problemi interpretativi, la nuova norma interviene sulla legge 458 del 1967 abrogando l'articolo 7, che prevedeva una multa e la detenzione fino a un anno per chi faceva, a scopo di lucro, da mediatore nella donazione di un rene.

Per la presidente della Commissione giustizia della Camera, Donatella Ferranti, quella approvata ieri è una legge importante che colpisce reati odiosi a danno dei più deboli e di chi si trova in uno stato di bisogno. «Il traffico di organi - ha detto la Ferranti - il cui giro d'affari globale è stimato in quasi un miliardo e mezzo di dollari, è una forma di tratta degli esseri umani che rappresenta una gravissima violazione dei diritti umani fondamentali». La norma va a colmare una lacuna, perché la sola tutela era prima rappresentata dalla legge 91 del 1999 ora modificata, che disciplina «il prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte e regolamenta le attività di prelievo e di trapianto di tessuti e di espianto e di trapianto di organi».

Secondo Donatella Ferranti è un atto di civiltà «punire con sanzioni pesanti chi per profitto alimenta fenomeni di "neocannibalismo" considerando il corpo degli altri come fonte di pezzi di ricambio e combattere l'aberrante turismo dei trapianti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 23 NOVEMBRE 2016

Salute in Europa 2016: "Si vive più a lungo ma non sempre bene". Italia al top per speranza di vita ma pesano i tagli alla spesa degli ultimi anni

Presentato oggi il Rapporto Health at a Glance frutto del lavoro dell'Ocse e della commissione Ue. Dal 1990 l'aspettativa di vita è aumentata di oltre sei anni arrivando a 80,9 anni. Ma permangono disuguaglianze sia tra un paese e l'altro che all'interno dei singoli paesi. Bene l'Italia su molti indicatori di salute ma aumenta popolazione che non si cura per motivi economici dopo le forti riduzioni della spesa pubblica degli ultimi anni. Alert su obesità giovanile e elevato consumo antibiotici. IL RAPPORTO HEALTH AT A GLANCE EUROPE 2016

"Gli europei vivono più a lungo, ma non sempre in buona salute". È questo il messaggio che arriva dalla relazione congiunta della Commissione europea e dell'OCSE nel Rapporto "**Health at a Glance: Europe 2016**". Il volume rileva come ormai la speranza di vita è superiore a 80 anni nella maggior parte dei paesi dell'UE. Questo record tuttavia non è sempre sinonimo di anni vissuti in buona salute. Nell'UE circa 50 milioni di cittadini soffrono di diverse malattie croniche e i decessi delle persone in età lavorativa a esse imputabili ammontano a oltre mezzo milione ogni anno, il che rappresenta un costo annuo di circa 115 miliardi di EUR per le economie dell'UE.

Ma vediamo la sintesi del Rapporto e come si comporta l'Italia.
Dal 1990 l'aspettativa di vita negli Stati membri dell'UE è aumentata di oltre sei anni, passando da 74,2 anni nel 1990 a 80,9 anni nel 2014; eppure permangono disuguaglianze sia tra un paese e l'altro che all'interno dei singoli paesi. Nei paesi dell'Europa occidentale che vantano la più elevata aspettativa di vita, si continua a vivere oltre otto anni in più in media rispetto a quanto accade nei paesi dell'Europa centrale ed orientale caratterizzati dai livelli di aspettativa di vita più bassi. Inoltre, all'interno dei singoli paesi permangono forti disuguaglianze in termini di salute e di aspettativa di vita tra i soggetti che vantano livelli di istruzione e di reddito più elevati e quelli più svantaggiati. Ciò è in gran parte dovuto ad una diversa esposizione ai rischi per la salute, ma anche a disuguaglianze nell'accesso ad un'assistenza di qualità elevata.

Nel 2013, nei paesi dell'UE, più di 1,2 milioni di persone hanno perso la vita a causa di malattie e lesioni che avrebbero potuto essere evitate mediante migliori politiche di sanità pubblica e di prevenzione o grazie ad una più tempestiva ed efficiente assistenza sanitaria. È necessario prevedere una vasta gamma di azioni per far fronte ai molteplici fattori di rischio ambientale e comportamentale che sono all'origine dei decessi prematuri dovuti a malattie quali l'infarto acuto del miocardio (attacco cardiaco), il cancro ai polmoni, l'ictus, dei decessi legati al consumo di alcol e di altri potenzialmente evitabili.

Nella maggior parte dei paesi dell'UE sono stati compiuti considerevoli progressi per quanto riguarda la riduzione del consumo di tabacco, grazie all'effetto congiunto di campagne di sensibilizzazione, regolamentazioni e tassazione.

Ciononostante, nei paesi dell'UE, più di un adulto su cinque continua a fumare quotidianamente. È inoltre necessario intensificare gli sforzi volti a contrastare il consumo nocivo di alcol e l'obesità, questioni di sanità pubblica per le quali si osserva un tendenziale aumento in molti paesi dell'UE.

Nel 2014, nei paesi dell'Unione, per più di un adulto su cinque è stato rilevato abuso di alcol almeno una volta al mese. Nello stesso anno, nei paesi dell'UE, un adulto su sei in media è risultato **affetto da obesità**, contro un dato di uno su nove nel 2000.

Nel complesso, la qualità dell'assistenza è migliorata nella maggior parte dei paesi dell'UE, ma

permangono disuguaglianze. I progressi compiuti nella cura di affezioni potenzialmente letali quali l'infarto cardiaco, l'ictus e diversi tipi di cancro hanno generato un aumento dei tassi di sopravvivenza, tuttavia in molti paesi vi sono ancora margini di miglioramento per quanto concerne l'attuazione delle migliori prassi nella cura delle malattie acute e croniche.

Garantire l'accesso universale all'assistenza è essenziale al fine di ridurre le disuguaglianze in ambito sanitario. Il costante miglioramento dello stato di salute della popolazione e la riduzione delle disuguaglianze in ambito sanitario possono essere ottenuti anche garantendo l'accesso universale ad un'assistenza di qualità elevata. La copertura sanitaria universale (o quasi) per una serie di servizi sanitari di base è stata ottenuta nella maggior parte dei paesi dell'UE. Tuttavia, si registra che nel 2014, in quattro paesi dell'UE (Cipro, Grecia, Bulgaria e Romania), oltre il 10% della popolazione non disponeva di un'assistenza sanitaria regolare. Garantire che l'intera popolazione sia coperta da assistenza sanitaria pubblica (o privata) è un valido indicatore di accesso, ma non è da ritenersi sufficiente. Inoltre, la gamma dei servizi prestati e il grado di compartecipazione ai costi degli stessi possono avere notevole impatto sulle spese vive a carico dei pazienti e sull'accessibilità finanziaria.

Nella maggior parte dei paesi dell'UE, la percentuale di popolazione per cui si registrano esigenze sanitarie insoddisfatte per ragioni economiche è alquanto bassa ed è diminuita negli anni che hanno preceduto la crisi economica, ma è aumentata dal 2009 in molti paesi, in particolare nel caso dei nuclei familiari appartenenti alle fasce di reddito più basso. Nel 2014, nei paesi dell'UE, i meno abbienti avevano una probabilità dieci volte in media superiore a quella dei più abbienti di incorrere in esigenze mediche insoddisfatte per motivi economici.

L'eventuale aumento delle esigenze sanitarie insoddisfatte può provocare un aggravamento dello stato di salute della popolazione colpita, accrescendo le disuguaglianze sul piano sanitario. Per garantire un accesso effettivo all'assistenza sanitaria occorre che il numero e la combinazione degli operatori sanitari presenti in diverse regioni geografiche del paese siano sufficienti.

Dal 2000, il numero dei medici pro capite è aumentato del 20% in media (passando da 2,9 medici ogni mille abitanti nel 2000 a 3,5 nel 2014) nella quasi totalità dei paesi dell'UE. Tuttavia, il numero dei medici specialisti è cresciuto più rapidamente rispetto a quello dei medici generici, tanto che attualmente, nei paesi dell'UE, per ogni medico generico si contano più di due medici specialisti. In molti paesi si osservano persistenti o crescenti difficoltà relative alla diseguale distribuzione geografica dei medici, la cui assistenza risulta spesso di difficile accesso agli abitanti delle zone rurali e periferiche. Negli ultimi anni, molti paesi dell'UE hanno adottato misure volte a rafforzare l'accesso universale all'assistenza sanitaria di base, qualunque sia il luogo di residenza, al fine di ridurre le disuguaglianze in termini di accesso e di evitare ricoveri ospedalieri non necessari.

Rafforzare la resilienza, l'efficienza e la sostenibilità dei sistemi sanitari. L'invecchiamento demografico ed i rigidi vincoli di bilancio renderanno necessari profondi adeguamenti dei sistemi sanitari dei paesi dell'UE al fine di migliorare la qualità dell'invecchiamento e di rispondere, in un'ottica maggiormente integrata ed incentrata sul paziente, alle crescenti e mutevoli esigenze nel campo dell'assistenza sanitaria.

In media, nei paesi dell'UE, la percentuale della popolazione di età superiore ai 65 anni è passata da meno del 10% nel 1960 a quasi il 20% nel 2015 e sembrerebbe destinata ad aumentare fino a sfiorare il 30% nel 2060. Attualmente i dati suggeriscono che circa 50 milioni di cittadini dell'UE siano affetti da due o più malattie croniche e che la maggior parte degli stessi sia di età superiore ai 65 anni.

Nel 2015 la spesa sanitaria è stata pari al 9,9% del PIL nell'Unione europea nel suo complesso, a fronte dell'8,7% registrato nel 2005. Nei prossimi anni la spesa sanitaria in rapporto al PIL sembra destinata a crescere in tutti i paesi, principalmente a causa dell'invecchiamento demografico e della diffusione di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche. I governi dovranno affrontare pressioni sempre maggiori al fine di rispondere alle crescenti esigenze di assistenza a lungo termine.

Nel momento in cui i paesi dell'UE raccoglieranno tali sfide, sarà necessario migliorare ulteriormente la pianificazione e l'organizzazione dei servizi al fine di potenziare la resilienza dei sistemi sanitari, in modo da poter rispondere alle nuove esigenze con la massima efficienza. Inoltre, i sistemi sanitari dovranno continuare ad essere sostenibili sul piano finanziario. Al fine di soddisfare le crescenti richieste a fronte di risorse limitate, sarà fondamentale raggiungere migliori livelli di efficienza nella spesa ospedaliera e farmaceutica, nonché nell'amministrazione e in altre voci di spesa sanitaria.

Per molti dei miglioramenti da apportare ai sistemi sanitari saranno necessari almeno alcuni investimenti iniziali. Parallelamente alla riflessione dei paesi su come meglio distribuire le spese sanitarie supplementari, sarà fondamentale mantenere un buon equilibrio tra gli investimenti nelle politiche tese a migliorare la salute pubblica e la prevenzione e in quelle volte a migliorare l'accesso, la qualità e l'efficienza dell'assistenza sanitaria.

L'Italia. Al top per speranza di vita ma pesa la riduzione della spesa sanitaria. Alto il consumo di antibiotici così come la percentuale di bambini in sovrappeso.
L'Italia si colloca al secondo posto in Europa per aspettativa di vita con una media di 83,2 anni preceduta solo dalla Spagna con 83,3. Ottimi dati anche per quanto riguarda la mortalità per infarto e ictus così la mortalità generale da cancro anche se è alta l'incidenza di cancro al seno. Sotto la media europea anche le morti per malattie delle vie respiratorie. Sempre bassa la quota di suicidi (il 4° paese con il minor numero) e la mortalità infantile. Basso anche il livello del consumo dell'alcol. Preoccupante invece il secondo posto per il numero più alto di bambini (tra quelli che fanno meno attività fisica nella Ue) in sovrappeso nonostante una popolazione generale con un bassissimo tasso. Sopra la media europea, e in questo caso positivo, il consumo di frutta e verdura.

Per quanto riguarda le droghe, per cocaina, ecstasi e anfetamine siamo sotto la media mentre per la Cannabis siamo terzi per consumi dopo Rep Ceca e Francia.

Siamo invece tra i primi in classifica anche per quanto riguarda l'aria inquinata (Pm10).

Altra nota dolente la spesa sanitaria che risulta essere di 2.476 euro procapite, sotto la media Ue di 2.781 euro, ovvero il 9,1% del pil (media Ue 9,9%, 11esimi in Europa). Negli ultimi 10 anni siamo il 5° paese che ha più ridotto la spesa e sono raddoppiate le persone che non ce la fanno a curarsi per motivi economici. "In Italia e Francia, la percentuale di persone che riferiscono bisogni insoddisfatti a causa di motivi finanziari tra il basso reddito popolazione è aumentata di oltre il 50% tra il 2008 e il 2014".

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica i nostri dati sono invece nella media. Alte invece le prescrizioni di antibiotici. Basso il livello degli screening mammografici così come il livello delle vaccinazioni obbligatorie tutte sotto la media europea.

Il nostro numero di medici in rapporto alla popolazione è infine più alto della media europea mentre siamo sotto per quanto riguarda gli infermieri.

quotidianosanità.it

Mercoledì 23 NOVEMBRE 2016

In Europa 520mila morti per inquinamento nel 2013. In Italia 91mila. Rapporto Agenzia Ue per Ambiente: "Qualità aria migliora ma non basta". Pianura Padana tra i siti più inquinati della UE

L'Agenzia segnala come i "Livelli di inquinamento sono oltre la soglia Oms". E l'Italia è il paese europeo in cui sono registrati più decessi in valori assoluti, anche se in rapporto al numero di abitanti sono i paesi dell'Est europeo balcanico a registrare le performance peggiori. Oggi il Parlamento Ue ha approvato una nuova direttiva per limiti più stringenti. IL RAPPORTO

Scende il livello dell'inquinamento atmosferico ma i danni del passato non si cancellano. E infatti nel 2013 salgono a 520 mila le morti premature dovute aria insalubre (nella precedente rilevazione erano state 491mila). A rilevarlo è l'ultimo rapporto dell'Agenzia Europea per l'Ambiente (AEA) che rivela come "circa l'85% della popolazione urbana nell'UE è esposta a particolato fine (PM 2,5) a livelli ritenuti dannosi per la salute dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)".

Gli inquinanti più problematici per la salute umana (che possono causare o aggravare per esempio patologie cardiovascolari e polmonari, infarti cardiaci e le aritmie, e cancro) sono il particolato (PM), l'ozono troposferico (O3) e il biossido di azoto (NO2). Le stime dell'impatto sulla salute associato all'esposizione di lungo termine al PM2,5 mostrano che solo questo inquinante è responsabile di 436.000 morti premature in Europa nel 2013, un livello in aumento rispetto alle stime degli anni precedenti. Gli impatti stimati dell'esposizione a NO2 e O3 erano rispettivamente di circa 68.000 e 16.000 decessi prematuri.

La relazione fornisce stime relative alle morti premature anche a livello nazionale dove l'Italia si colloca in testa con 91.050 morti premature stimate se consideriamo il numero assoluto dei decessi. Considerando invece l'incidenza di queste morti premature sulla popolazione sono i paesi dell'Est europeo balcanico a registrare le performance peggiori. In ogni caso l'impatto è forte anche in Germania dove si registrano 86.510 decessi, in Francia (55.130 morti) e Gran Bretagna con 50.580 (In questo caso calano)

Le aree a livello europeo più esposte sono quelle del Benelux, la nostra Pianura padana e l'area metropolitana di Londra, così come l'area della Ruhr in Germania. E soprattutto l'Est Europeo.

Migliora qualità dell'aria. La relazione mette in evidenza però che la qualità dell'aria è comunque migliorata nel corso degli anni. La media annuale PM 10 è caduta del 75% nei siti monitorati durante il periodo 2000-2014. Allo stesso modo, le concentrazioni PM 2,5 in media, sono diminuiti tra il 2006 e il 2014.

"La riduzione delle emissioni hanno portato a miglioramenti nella qualità dell'aria in Europa, ma non abbastanza per evitare danni inaccettabili per la salute umana e l'ambiente", ha detto il direttore esecutivo del SEE **Hans Bruyninckx**. "Abbiamo bisogno di affrontare le cause profonde di inquinamento atmosferico, che richiede una trasformazione fondamentale e innovativo dei nostri sistemi di mobilità, dell'energia e degli alimentari. Questo processo di cambiamento richiede un intervento di tutti noi, comprese le autorità pubbliche, le imprese, i cittadini e le comunità di ricerca ".

Karmenu Vella, commissario europeo per l'Ambiente, Affari marittimi e della pesca, ha accolto con favore la relazione e ha aggiunto: "La Relazione dell'AEA di oggi sulla qualità dell'aria ci ricorda che abbiamo bisogno di mantenere questo tema in cima all'agenda politica. La Commissione europea sta facendo così, e si impegna a garantire il miglioramento della qualità dell'aria. Un modo in cui possiamo farlo è quello di aiutare i diversi livelli di governo meglio insieme. Se un sacco di punti neri qualità dell'aria nelle città, allora è chiaro che i governi

locali e regionali svolgono un ruolo centrale nella ricerca di soluzioni. Questa settimana mi auguro che il Parlamento europeo oggi voterà positivamente sui nostri impegni di riduzione nella nuova direttiva limiti nazionali di emissione. Ciò fornirà indicazioni per gli attori nazionali e locali".

Altri risultati chiave del Rapporto

- Nel 2014, il 16% della popolazione urbana nell'UE-28 è stato esposto a livelli di Pm 10 al di sopra del valore limite giornaliero UE, mentre l'8% è stato esposto al livelli di Pm 2,5 al di sopra del valore obiettivo dell'UE. Tuttavia, rispetto ai più rigorosi valori guida di qualità dell'aria fissati per proteggere la salute umana, circa il 50% e l'85% degli abitanti delle città sono stati esposti a PM 10 e PM 2,5 in concentrazioni superiori raccomandazioni dell'OMS.

- Il biossido di azoto (No2) colpisce il sistema respiratorio direttamente, ma contribuisce anche alla formazione di PM e O 3 . Nel 2014, il 7% della popolazione urbana nell'UE-28 è stata esposta a NO2 concentrazioni superiori ai identici standard OMS e UE, con il 94% di tutti i casi di superamento che si verificano a causa del traffico.

- Le emissioni di PM 2,5 da combustione del carbone e biomasse in famiglie e dagli edifici commerciali e istituzionali non sono diminuite in modo significativo. Per ridurre le emissioni di questi settori, è essenziale attuare pienamente le misure, come ad esempio le recenti modifiche alla direttiva sulla progettazione ecocompatibile per stufe domestiche, la direttiva Plant Mezzo di combustione, e per fornire una guida pubblico sulle buone pratiche di bruciare la casa, ecc

- Le emissioni di ammoniaca (NH 3) da agricoltura rimangono elevate e contribuiscono soprattutto a livelli di PM sostenuti e una serie di episodi di alta PM in Europa.
L'inquinamento atmosferico continua a danneggiare la vegetazione e gli ecosistemi. In questo contesto, gli inquinanti atmosferici più nocivi sono O 3 , NH 3 e NO x .

Table 10.1 Premature deaths attributable to $PM_{2.5}$, NO_2 and O_3 exposure in 41 European countries and the EU-28 in 2013

Country	Population	$PM_{2.5}$		NO_2		O_3	
		Annual mean (1)	Premature deaths	Annual mean (1)	Premature deaths	SOMO35 (1)	Premature deaths
Austria	8 451 860	15.7	6 960	19.3	910	5 389	330
Belgium	11 161 642	16.6	10 050	23.6	2 320	2 520	210
Bulgaria	7 284 552	24.1	13 700	16.5	570	4 082	330
Croatia	4 262 140	16.8	4 820	15.8	160	5 989	240
Cyprus	865 878	17.1	450	7.3	< 5	7 900	30
Czech Republic	10 516 125	19.6	12 030	17.1	330	4 266	370
Denmark	5 602 628	9.6	2 890	13.0	60	2 749	110
Estonia	1 320 174	7.8	690	10.8	< 5	2 545	30
Finland	5 426 674	5.9	1 730	9.4	< 5	2 011	80
France	63 697 865	14.5	45 120	18.7	8 230	4 098	1 780
Germany	80 523 746	14.2	73 400	20.4	10 610	3 506	2 500
Greece	11 003 615	19.7	13 730	14.6	1 490	8 532	840
Hungary	9 908 798	18.2	12 890	16.8	390	4 604	460
Ireland	4 591 087	9.2	1 520	11.6	30	2 043	50
Italy	59 685 227	18.2	66 630	24.5	21 040	6 576	3 380
Latvia	2 023 825	12.8	2 080	13.7	110	2 614	60
Lithuania	2 971 905	13.9	3 170	11.5	< 5	2 703	90
Luxembourg	537 039	14.3	280	23.4	80	3 167	10
Malta	421 364	12.5	230	12.0	< 5	7 403	20
Netherlands	16 779 575	14.3	11 530	21.3	1 820	2 410	270
Poland	38 062 535	22.8	48 270	16.1	1 610	3 792	1 150
Portugal	9 918 548	10.0	6 070	14.0	150	5 091	420
Romania	20 020 074	18.5	25 330	17.9	1 900	2 221	430
Slovakia	5 410 836	20.1	5 620	16.0	< 5	5 116	200
Slovenia	2 058 821	17.4	1 960	17.6	150	6 540	100
Spain	44 454 505	11.0	23 940	18.0	4 280	5 895	1 760
Sweden	9 555 893	6.0	3 020	11.5	< 5	2 317	160
United Kingdom	63 905 297	11.8	37 930	22.8	11 940	1 606	710
Albania	2 874 545	20.3	2 010	15.9	10	7 179	100
Andorra	76 246	11.9	40	14.3	< 5	7 303	< 5
Bosnia and Herzegovina	3 839 265	16.0	3 620	15.7	80	5 670	180
former Yugoslav Republic of Macedonia	2 062 294	30.4	3 360	20.8	210	6 326	100
Iceland	321 857	6.5	80	14.3	< 5	1 473	< 5
Kosovo (*)	1 815 606	28.0	3 530	19.3	230	5 691	100
Liechtenstein	36 838	11.4	20	22.7	10	5 221	< 5
Monaco	36 136	13.8	20	23.2	10	7 795	< 5
Montenegro	620 893	17.1	600	17.2	30	6 674	30
Norway	5 051 275	7.1	1 590	14.4	170	2 443	70
San Marino	33 562	15.1	30	15.4	< 5	5 067	< 5
Serbia	7 181 505	21.1	10 730	20.2	1 340	4 505	320
Switzerland	8 039 060	13.9	4 980	22.4	1 140	4 919	240
Total (*)			**467 000**		**71 000**		**17 000**
EU-28 (*)			**436 000**		**68 000**		**16 000**

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

24-NOV-2016
da pag. 24
foglio 1
www.datastampa.it

Lo smog uccide in Europa 467 mila persone all'anno

Il dossier dell'Agenzia Ue. La Pianura Padana tra le zone più a rischio

La mappa delle polveri sottili in Europa non ci fa fare una bella figura. A parte Polonia e Paesi dell'Est, una striscia rossa d'allarme si stende lungo tutta la Pianura Padana, da Torino a Venezia. E non è messa bene neanche la costa tra Roma e Napoli.

La «mal aria» non solo peggiora la nostra qualità di vita, ma la rende più corta: ogni anno in Italia morirebbero per colpa dello polveri ultra sottili (Pm2.5) più di 66 mila persone, 467 mila in tutta Europa. Un città grande come Bologna che scompare per colpa dello smog. Si tratta di calcoli statistici, ma i modelli sono collaudati e la fonte è autorevolissima: l'Agenzia europea per l'ambiente. Che stima anche le morti premature a causa di altre fonti di inquinamento, come il diossido di azoto (71 mila vittime in Europa, 21.040 in Italia) o l'azoto (17.000, 3.380 solo nel nostro Paese).

Il dossier dell'Agenzia si riferisce a un periodo che va dal 2000 al 2014 e si basa sulle rilevazioni in oltre 400 città. I risultati, avvertono i ricercatori, potrebbero addirittura sottostimare la reale situazione perché non sempre dagli Stati membri sono arrivati dati completi. Oppure c'è chi ha indicato valori di Pm2.5 più bassi rispetto a quelli del nero di carbone: impossibile, avvertono gli scienziati.

La stragrande maggioranza di chi abita nelle città europee (l'85%) è esposta a livelli di inquinamento da particolato ritenuti dannosi dall'Organizzazione mondiale della sanità (che indica valori più ristrettivi rispetto ai parametri dell'Unione Europea).

Una fotografia drammatica, nonostante la stessa Agenzia per l'ambiente segnali qualche spiraglio positivo. «La riduzione delle emissioni ha portato a miglioramenti della qualità dell'aria in Europa — precisa il direttore Hans Bruyninckx —, ma non abbastanza per evitare danni accettabili per la salute umana e l'ambiente. Servono maggiori sforzi da parte delle autorità pubbliche, delle imprese, dei cittadini e dei ricercatori».

Proprio ieri mattina, mentre veniva presentato il rapporto, il Parlamento europeo ha approvato una direttiva che riduce ulteriormente i limiti dei maggiori inquinanti, fissando i nuovi target da raggiungere entro il 2030. Un passo avanti, ma da molti non ritenuto sufficiente. «È una decisione che consente ancora troppe deroghe agli Stati membri — osserva Rossella Muroni, presidente di Legambiente —. L'Europa è ancora lontana dagli obiettivi che consentirebbero di evitare morti, patologie e costi sanitari legati all'inquinamento».

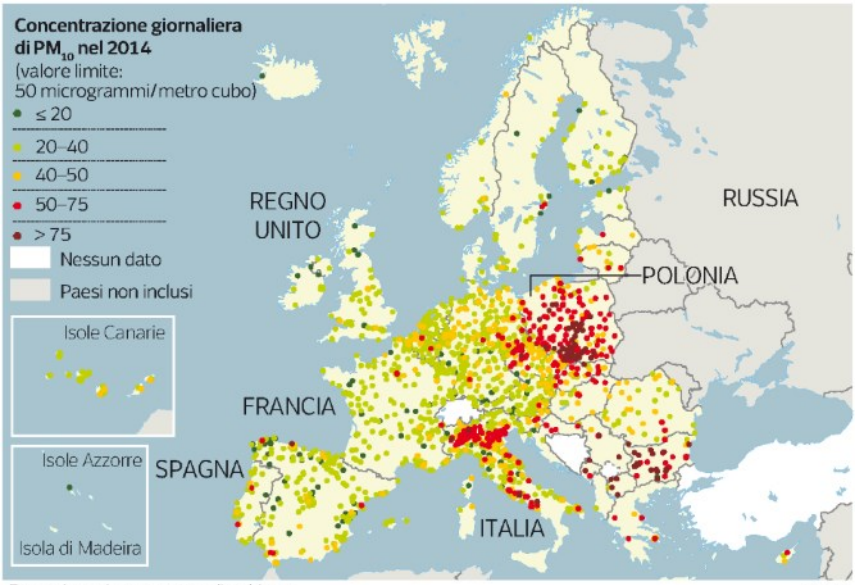
Riccardo Bruno

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ente

● I dati sull'inquinamento in Europa e sulle conseguenze mortali sui residenti sono stati forniti dall'Agenzia europea dell'ambiente, un organismo della Ue che si dedica al monitoraggio delle condizioni ambientali

Le polveri sottili



Fonte: Agenzia europea per l'ambiente

d'Arco

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

24-NOV-2016
da pag. 24
foglio 1
www.datastampa.it

Pneumologo
Sergio Harari

«Sono stime molto affidabili Ora la scienza sa quanto fa male»

Quasi settantamila morti all'anno in Italia per colpa dell'aria cattiva. Come si arriva a queste cifre, e sono attendibili?

«Sì sono attendibili — risponde Sergio Harari, primario di Pneumologia al san Giuseppe di Milano —. Si basano su precise stime epidemiologiche molto affidabili e riconosciute da tutta la comunità scientifica».

Sorprendono i dati sul nostro Paese?

«Purtroppo no, l'inquinamento è un fatto noto. Colpiscono la dimensione del fenomeno e le gravissime ricadute di salute che comporta. Da anni si sa che le polveri sottili e l'inquinamento da ozono hanno raggiunto situazioni critiche. A causa della nostra conformazione orografica, dell'ampia esposizione al sole, ma anche dell'assenza di serie politiche ambientali».

Eppure, anche il rapporto segnala dei miglioramenti.

«È vero che ci sono segnali positivi, ma siamo ancora lontani da obiettivi di salute accettabili. Inoltre la popolazione "vulnerabile", cioè più soggetta all'inquinamento, come gli anziani o chi soffre di malattie croniche, è in costante aumento».

Ieri l'Ue ha abbassato i limiti per molti inquinanti.

«I limiti europei sono frutto di una mediazione politica, ma non sono sufficientemente protettivi. L'Oms fissa soglie decisamente inferiori».

Si fa ancora troppo poco?

«Certo, 20 anni fa non sapevamo che danni causasse l'inquinamento, oggi sì, perciò è imperativo intervenire subito».

Rapporti come questo sono utili o creano allarmismo?

«Sono importanti perché ti fanno guardare in faccia la realtà. Ma prima che ciò si trasformi in azioni concrete la strada è ancora lunga».

R. Bru.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

DIRE
agenzia di stampa nazionale

23-11-2016

http://www.dire.IT

Spesa farmaceutica, è boom di medicinali innovativi. Sifo: “Il prezzo sia stabilito secondo i vantaggi clinici”

ROMA – In costante aumento e sempre più difficile da contenere: la **spesa farmaceutica** in Italia è una delle voci che più incidono sul fondo sanitario. Il consumo di farmaci cresce e grazie all’innovazione sono disponibili sempre più medicinali e dispositivi ad alto costo. **Sifo, Società dei farmacisti ospedalieri** e dei servizi territoriali delle aziende sanitarie, farà il punto su questo tema durante il suo **congresso nazionale**, quest’anno giunto alla XXXVII edizione, che si svolge **a Milano dall’1 al 4 dicembre**, con il titolo “Facciamo quadrato per la salute di tutti: Persona, Istituzioni, Professionisti, Tecnologie”. Nel 2015, i dati sulla spesa farmaceutica (fonte osservatorio Osmed di Aifa) segnalano un elemento di novità: il **sorpasso della spesa farmaceutica diretta ospedaliera rispetto alla spesa cosiddetta convenzionata**, ovvero quella che deriva dai farmaci erogati nelle farmacie di comunità. **E’ la prima volta che succede**: sul totale di oltre 18 miliardi, infatti, la ‘quota’ della spesa diretta ospedaliera si è attestata a **9 miliardi e 770 milioni di euro**, mentre quella convenzionata è risultata di 8 miliardi e 470 milioni di euro. Se si guarda al 2014, la spesa convenzionata era stata di 8 miliardi e 598 milioni di euro contro gli 8 miliardi e 123 milioni di euro dell’ospedaliera (fonte Aifa). Cosa significa e da cosa dipende? Innanzitutto dal **boom dei nuovi farmaci innovativi ad alto costo,** in primis quelli per curare l’**epatite C** (di cui c’è stata una vera e propria esplosione nel 2015), che sono distribuiti solo in ospedale e hanno avuto come effetto un consistente incremento della spesa ospedaliera.

Giovanna Scroccaro

A fronte di esigenze di cura sempre più mirate e di una spesa farmaceutica sempre in crescita, cosa si può fare? “L’incremento della spesa farmaceutica dipende dall’aumentato consumo, ma anche dai prezzi molto elevati degli ultimi farmaci, che arriva anche a decine di migliaia di euro per singolo trattamento- spiega **Giovanna Scroccaro**, dirigente del Servizio farmaceutico della Regione Veneto e past President SIFO-. L’aumento della spesa rischia di mettere a serio rischio la sostenibilità, l’equità e la universalità

del nostro Sistema Sanitario; è pertanto necessaria e urgente una modifica legislativa dell'attuale meccanismo di definizione dei prezzi. **Il prezzo attribuito ad un nuovo farmaco deve essere proporzionale ai vantaggi clinici** che questo apporta rispetto alle terapie già disponibili e ai guadagni di salute; i farmaci che presentano risultati simili devono essere acquistati dal Servizio sanitario nazionale al medesimo prezzo. Queste richieste sono state avanzate da tempo dalla Conferenza delle Regioni e delle Provincie autonome", conclude Scroccaro.

Maria Grazia Cattaneo

"Le Regioni, con le aziende del Servizio sanitario nazionale, dal canto loro, devono promuovere l'acquisto dei prodotti farmaceutici attraverso **procedure trasparenti**, con capitolati, formulati da esperti, che tutelino i requisiti di qualità e la **sostenibilità dei costi**– spiega **Maria Grazia Cattaneo**, presidente del Congresso Sifo-. Sul versante clinico, è necessario attivarsi affinché le **prescrizioni mediche siano sempre più appropriate**, cioè effettuate all'interno delle indicazioni cliniche raccomandate dalle Linee Guida e all'interno delle indicazioni d'uso (dose, durata…) per le quali è dimostrata l'efficacia. E' necessario, inoltre un migliore monitoraggio degli indicatori di prodotto, di risultato in termini di salute, di costo, possibile anche grazie all'adozione di sistemi informatici sempre più efficienti e completi", conclude Cattaneo.

Per quanto riguarda i **farmaci di nuova tecnologia**, sono ormai due-tre anni che in Italia si registra aumento esponenziale: oltre agli oncologici (da ormai diverso tempo ai primi posti nelle voci della spesa farmaceutica), a quelli **antivirali per curare l'epatite C** (che nel 2015 sono costati **un miliardo e 722 milioni di euro**, ovvero il **7,8% della spesa del Servizio sanitario nazionale**) e a quelli per l'Hiv, ci sono anche altri farmaci innovativi e molto costosi per determinate patologie (sclerosi multipla, artrite reumatoide e diabete, patologia quest'ultima in fortissimo aumento). Si tratta di medicinali che vengono gestiti e utilizzati unicamente attraverso l'ospedale, quindi vanno a pesare sulla spesa diretta ospedaliera. La categoria di farmaci per cui nel 2015 si è registrato l'aumento maggiore di spesa è quella degli immunomodulatori, utilizzati anche nella cura di patologie reumatiche, morbo di Chron, psoriasi grave. La spesa, nel 2015, si è attestata a un miliardo e 803 milioni di euro, con una crescita del 13% rispetto all'anno precedente. In crescita anche gli anticoagulanti (+10%), i farmaci per il dolore (+10%) e i vaccini (+9%). L'entità di spesa maggiore, invece, anche nel 2015 è stata quella per i **farmaci oncologici**, costati nel 2015 **due miliardi e 372 milioni di euro** (+7% sul 2014).

Uno sguardo ai dati della spesa farmaceutica suddivisi per regione (fonte Osmed) fa emergere una grande variabilità fra le Regioni e anche fra ospedale e ospedale. I dati della spesa farmaceutica (nazionali e regionali) saranno oggetto di studio durante il congresso, in cui sono in programma diversi momenti di confronto dedicati al tema, che vedranno i diversi attori del sistema discutere e condividere le migliori strategie per la sostenibilità del sistema salute. Considerando che la media dell'incidenza della spesa farmaceutica ospedaliera sul fondo sanitario regionale è del 4,91% (valore che attesta la messa in atto di misure di contenimento della spesa), ci sono 10 regioni che stanno sopra questo dato: la Toscana presenta l'incidenza più elevata con un valore del 6,34%. Seguono Sardegna con il 5,70%, Abruzzo con il

5,55%, Puglia con il 5,55%, Marche con il 5,30%, Calabria con il 5,21%, Emilia-Romagna con il 5,14%, Liguria con il 5,13%, Campania con il 5,03%. Al di sotto della media ci sono invece: Basilicata con il 4,90%, provincia autonoma di Bolzano con il 4,77%, Friuli Venezia Giulia con 4,76%, Piemonte con il 4,61%, Lombardia con il 4,57%, Lazio con il 4,53%, Veneto con il 4,34%, Valle d'Aosta il 4,31%, Sicilia il 4,29%, Molise il 4,19% e provincia autonoma di Trento il 3,36%.

Passando invece alla spesa farmaceutica territoriale, l'incidenza media per regione sul fondo sanitario è dell'11,61%. Nove regioni 'sforano' la media, con numeri più o meno alti: la Sardegna è in testa con il 15,06%. Seguono la Puglia (13,25%), Campania (12,99%), Lazio (12,73%), Calabria (12,70%), Abruzzo (12,62%), Sicilia (12,02%), Basilicata (11,92%), Marche (11,86%). Sotto la media ci sono invece il Friuli Venezia Giulia (11,38%), Molise (11,37%), Toscana (11,06%), Umbria (11,01%), Lombardia (10,84%), Liguria (10,81%), Piemonte (10,68%), Emilia-Romagna (10,22%), Veneto (10,03%), provincia autonoma di Trento (9,91%), Valle d'Aosta (9,82%) e provincia autonoma di Bolzano (8,90%). Dove i valori sono fortemente superiori al dato medio nazionale, è necessario migliorare i meccanismi di controllo sulle prescrizioni.