

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

Se il parto non ha complicanze basta il medico di famiglia

Non ci sono differenze negli esiti del parto se ad assisterlo è un medico di medicina generale, un'ostetrica o un ginecologo. Ma ciò vale solo per le gravidanze a basso rischio



Nelle gravidanze a basso rischio, farsi assistere durante il parto dal medico di famiglia o da un'ostetrica non espone a rischi la mamma e il nascituro.

È quanto sostiene uno studio pubblicato sul Canadian Medical Association Journal che fa apparentemente a pugni con tutte le indicazioni che la letteratura medica fornisce da anni e cioè che il parto andrebbe espletato negli ospedali che hanno un congruo volume di nascite.

Il contrasto è però solo apparente. Lo studio ha analizzato quasi 800 mila nascite avvenute in 390 ospedali canadesi tra il 2006 e il 2009. In questo periodo si sono registrati 3.600 decessi neonatali e quasi 14.400 casi di complicanze nelle madri.

Tuttavia, quando si osservano soltanto le gravidanze a basso rischio, il rischio di morte o di complicanze è risultato identico sia che ad assistere il parto ci fosse medici di famiglia o ostetriche, sia che ci fosse il ginecologo.

Per i ricercatori ne consegue una semplice verità: che l'indicazione secondo cui i parti devono essere eseguiti in centri a elevato volumi è valida, in termini di sicurezza per la madre e il nascituro, solo per le gravidanze a rischio.

Resta un solo dubbio: come gestire gli imprevisti? Cioè le complicanze che insorgono improvvisamente nelle gravidanze che apparentemente non presentano alcun rischio

NEL MONDO TOCCATA QUOTA 44 MILIONI

Aborti in forte calo in Italia, però superano i 100 mila l'anno

A deciderlo, sempre più spesso, le straniere mentre continua a diminuire il numero di minorenni

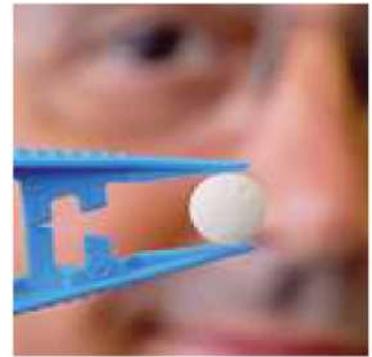
ROMA. Sono quasi 103.000 ogni anno, in Italia, le donne che decidono di abortire, un numero che continua a calare e che, nel 2013, è sceso del 4,2% rispetto al 2012. Sempre più spesso sono straniere, sempre più raramente minorenni. Ma, a livello mondiale, si parla di ben 44 milioni di donne che scelgono ogni anno di interrompere volontariamente una gravidanza, di queste 4,2 milioni in Europa. È a loro che ha pensato Papa Francesco, concedendo a tutte coloro che lo vorranno, la possibilità veder assolto dal sacerdote il peccato in occasione del prossimo Giubileo.

Mentre si attende per ottobre la nuova relazione del **ministero della Salute** al Parlamento sull'applicazione, in Italia, della legge 194 del 1978, i dati dell'ultima, presentata il 15 ottobre 2014, parlano di una media di 7 ginecologi obiettori di coscienza su 10, un numero in crescita e con picchi che raggiungono il 90% in Molise e Campania. Cala però il tasso di abortività, cioè il numero di interruzioni volontarie per mille donne in età fertile (tra 15 e 49 anni): nel 2013 è stato di 7,6

per 1.000, -3,7% rispetto al 2012. In particolare a ricorrervi sono le straniere, meno informate su metodi contraccettivi, a carico delle quali si registra il 34% degli aborti. Tra le minorenni, invece il tasso è del 4,4 per mille, in lieve calo.

Complessivamente in Italia il fenomeno è meno diffuso che in altri Paesi dell'Europa occidentale, anche se già quest'area registra comunque tassi di abortività tra i più bassi del mondo, ovvero 12 per 1000 donne, secondo l'European Health for All Database. Ad alzare la media europea sono i paesi dell'Est (Bielorussia, Bulgaria, Repubblica ceca, Ungheria, Polonia, Repubblica di Moldova, Romania, Federazione Russa, Slovacchia e Ucraina) che registrano tassi di aborto più alti nel mondo. Nel 2003, sempre secondo HFA-DB, ben 103 per ogni 100 nati.

Nel mondo invece ogni anno sono circa 43,8 milioni gli aborti, secondo uno studio condotto su dati del 2008 dal Guttmacher Institute, organizzazione che si occupa di salute sessuale e riproduttiva, e pubblicato sulla rivista 'Lancet'. Oltre la metà, circa 27 milioni in Asia.



La pillola abortiva RU486 ANSA



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

Fertilita': fumare cannabis regolarmente riduce quella maschile



(AGI) - Washington, 1 set. - Fumare cannabis piu' di una volta a settimana puo' danneggiare significativamente la fertilita' di un uomo, abbassando di un terzo la conta spermatica. E quando l'uomo combina il consumo di marijuana con droghe piu' pesanti, tra cui cocaina ed ecstasy, la fertilita' risulta dimezzata. Queste le conclusioni di uno studio dell'Universita' di Copenaghen, riportato da Livescience. I ricercatori hanno coinvolto nello studio 1.215 giovani danesi di eta' compresa tra i 18 e i 28 anni, reclutati tra il 2008 e il 2012, dopo la prima visita di leva. Sono stati analizzati campioni sperma e sangue. Inoltre, i soggetti sono stati sottoposti a un esame fisico e hanno risposto a un questionario circa le loro abitudini nel consumo di droghe nei tre mesi precedenti.

Ebbene, il 45 per cento degli uomini ha ammesso di aver fumato marijuana negli ultimi 3 mesi. Circa il 10 per cento ha fumato cannabis in combinazione con altre droghe. I soggetti che hanno ammesso di fumare regolarmente cannabis avevano un numero di spermatozoi del 29 per cento inferiore rispetto a quelli che non hanno fumato. E quando la cannabis e' stata

consumata in combinazione con altre droghe la conta spermatica e' diminuita del 55 per cento. I ricercatori hanno anche osservato che i fumatori di cannabis hanno livelli piu' elevati di testosterone. E hanno trovato che chi fuma cannabis regolarmente tende anche a fumare sigarette, bere alcol e caffeina, tutti fattori di rischio per la fertilita'. Non e' quindi chiaro quale sia il legame tra cannabis e fertilita', ma gli studiosi ipotizzano che il Thc, l'ingrediente psicoattivo della droga, interagisca con specifici recettori nei testicoli.

POLEMICHE LA LIBERA VENDITA DEI MEDICINALI

Guerra di farmaci

Fascia C: la ricetta arriva al supermarket?

CORTISONICI E ANSIOLITICI NELLA GRANDE DISTRIBUZIONE: LE FARMACIE E IL MINISTRO **LORENZIN** DICONO «NO». LA REPLICA: «LIBERALIZZARE AIUTA I CITTADINI E CREA NUOVI POSTI DI LAVORO»

di **Valentina Arcovio**

Gli emendamenti più controversi del disegno di legge sulla Concorrenza, che verranno vagliati in Parlamento entro il mese, c'è quello che riguarda la liberalizzazione dei farmaci di Fascia C. Si tratta di una questione spinosa che, già prima di essere inserita nel Ddl citato, ha visto schierati su fronti contrapposti il ministro dello Sviluppo economico Federica Guidi e il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin**: la prima favorevole alla liberalizzazione

e l'altra, invece, preoccupata per le eventuali implicazioni. Lo scontro è ancora più acceso fra Federfarma, la Federazione che rappresenta oltre 16 mila farmacie private, e le Associazioni dei consumatori, le parafarmacie e, in particolare, l'Mnlf, il Movimento nazionale liberi farmacisti. «Dare ai supermarket la possibilità di vendere farmaci con ricetta medica significa trasformare anche questo prodotto, destinato alla cura di patologie importanti, in un bene di consumo», spiega Federfarma. «Significa che potrebbe aumentare

LE PREOCCUPAZIONI

Si tratta di una questione spinosa che, già prima di essere inserita nel Ddl citato, ha visto schierati su fronti contrapposti il ministro dello Sviluppo economico Federica Guidi e il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin**: la prima favorevole alla liberalizzazione

e l'altra, invece, preoccupata per le eventuali implicazioni.

Lo scontro è ancora più acceso fra Federfarma, la Federazione che rappresenta oltre 16 mila farmacie private, e le Associazioni dei consumatori, le parafarmacie e, in particolare, l'Mnlf, il Movimento nazionale liberi farmacisti. «Dare ai supermarket la possibilità di vendere farmaci con ricetta medica significa trasformare anche questo prodotto, destinato alla cura di patologie importanti, in un bene di consumo», spiega Federfarma. «Significa che potrebbe aumentare



UN NETWORK CAPILLARE AL SERVIZIO DEI CITTADINI

La presenza delle farmacie sul territorio è capillare: ne esiste almeno una in ciascuno degli oltre 8 mila Comuni italiani. A livello nazionale una farmacia serve in media 3.440 abitanti (valore vicino al dato medio europeo).

3.740

sono i farmaci di **Fascia C**

18 MILA

sono le **farmacie** presenti in Italia

2,7 MILIARDI

il **valore** stimato dei farmaci di Fascia C

5 MILA

sono le **parafarmacie** nel nostro Paese

● Per informazioni generali sui farmaci: www.agenziafarmaco.gov.it



Col "decreto Bersani" i supermercati hanno potuto vendere farmaci da banco.

drasticamente l'abuso di farmaci. Significa rinunciare all'attività di farmacovigilanza garantita oggi dalle autorità sanitarie grazie alla rete delle farmacie. E significa non poter più avere la certezza che un farmaco ritenuto a rischio possa essere ritirato dalla vendita entro poche ore, come avviene oggi grazie all'interconnessione immediata tra istituzioni e farmacie».

Federfarma è anche preoccupata del possibile impoverimento e per la conseguente chiusura di molte piccole farmacie, cioè anche di quelle che assicurano il servizio nelle aree più disagiate.

A rischio, secondo la Federazione, anche il rapporto col farmacista di fiducia, che conosce e s'interessa alla salute dei propri clienti.

«Pur di garantire ai supermercati un incremento di fatturato si finirebbe per privare i cittadini di un Servizio sanitario efficiente e capillare sul territorio», sottolinea Annarosa Racca, presidente di Federfarma.

Di tutt'altro avviso le Associazioni dei consumatori, le parafarmacie e i farmacisti che non posseggono una farmacia, convinti che Federfarma, in realtà, sia più interessata a tutelare gli interessi personali. «Anche con l'eventuale liberalizzazione dei farmaci di

Fascia C», spiega Vincenzo Devito, presidente di Mnlf, «i medicinali continuerebbero a essere dispensati da un farmacista regolarmente laureato e abilitato. Anzi, con l'approvazione di questo emendamento, molti farmacisti disoccupati avrebbero più opportunità professionali».



ANNAROSA RACCA
presidente
di Federfarma



VINCENZO DEVITO
presidente
del Movimento
nazionale liberi
farmacisti

IL RISPARMIO

Si calcola, infatti, che in virtù della liberalizzazione dei farmaci di Fascia C si potrebbero creare 5 mila nuovi posti di lavoro. E sul fronte, invece, del potenziale rischio di abuso farmacologico? Farmaci "facili" al supermercato vuol dire infatti, secondo Federfarma, aumentare i consumi e quindi il rischio di danni

alla salute (che a loro volta comportano la necessità di cure o di ricoveri ospedalieri, con impatto negativo sulla spesa pubblica, oltre che sulla salute collettiva). Ma Devito ritiene questo tasto del tutto «infondato e strumentale». «I farmaci in questione non potrebbero essere acquistati senza ricetta: bisognerà sempre esibire la prescrizione di un medico. Francamente, non ci sarebbero rischi di abuso superiori a quelli attuali».

La liberalizzazione di tali medicinali, questo è certo, comporterebbe anche un risparmio per i cittadini: le stime parlano di 42 euro all'anno (secondo i dati dell'Osservatorio nazionale Federconsumatori).

Insomma, gli interessi in gioco sono davvero tanti. D'altra parte, però, c'è da dire che all'estero le cose vanno non proprio secondo il modello proposto nel Ddl sulla Concorrenza. Federfarma ricorda che in quasi nessun Paese europeo è consentita la vendita di questi medicinali in esercizi diversi dalla farmacia. «Grandi nazioni, che spesso vengono prese a esempio, come la Germania e la Francia», riferisce Federfarma, «limitano la vendita di tutti i farmaci, con e senza ricetta, unicamente alla farmacia». ●

● Tutto quello che dovete sapere prima di assumere un medicinale: www.altroconsumo.it/salute/farmaci

Martedì 01 SETTEMBRE 2015

Ricoveri ospedalieri. Prosegue la discesa. Nel 2014 -3,2%. Rispetto al 2001 quasi il 30% in meno. Ecco il nuovo Rapporto SDO del Ministero

Scendono anche dell'1,8% le giornate erogate. Giù il tasso di ospedalizzazione. I tempi di degenza rimangono più o meno stabili. Ridotti i ricoveri inappropriati del 6,3% e gli errori nella compilazione dei moduli. Dopo il parto il maggior numero di ricoveri in acuti è per infarto, ictus, edema polmonare e insufficienza respiratoria. In regime diurno la principale causa è la chemioterapia. Una giornata di degenza "costa" 456 euro. [IL RAPPORTO](#)

Prosegue il calo dei ricoveri in ospedale. Se [nel 2013 erano scesi del 4%](#) rispetto al 2012, il trend continua anche nel 2014: ne sono stati effettuati 9.526.832, per un totale di 63.129.031 giornate, con una riduzione rispetto al 2013 di circa 315 mila ricoveri (-3,2%) e 1.184.000 giornate (-1,8%). E' quanto illustrato nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2014), a cura dell'Ufficio VI della D.G. programmazione sanitaria del Ministero della salute. Il report analizza anche l'andamento nell'ultimo decennio. Dal 2001 al 2006 (vedi tabella in fondo) l'andamento sostanzialmente costante, intorno a 13 milioni di dimissioni e poco più di 11 milioni di giornate, mentre a partire dall'anno 2007 si osserva una chiara e costante diminuzione, ottenuta grazie alle politiche di riduzione dell'inappropriatezza dell'ospedalizzazione, e di trasferimento ad altri setting assistenziali. Nel 2014 i valori si attestano su circa 9,5 milioni di dimissioni (il 27% in meno rispetto ai 13 mln del 2001) e poco più di 63 milioni di giornate erogate.

Il report in sintesi:

La **degenza** media per Acuti si mantiene pressoché costante da diversi anni intorno al valore di 6,8 giorni, mentre per le degenze medie per Riabilitazione e per Lungodegenza si osserva un decremento a partire dal 2009; per l'anno 2014 la degenza media per riabilitazione in regime ordinario è pari a 26,3 giorni, in leggero aumento rispetto all'anno precedente (25,7 giorni), mentre la degenza media per l'attività di lungodegenza è pari a 27,7 giorni, sostanzialmente invariata rispetto al valore dell'anno precedente (27,6 giorni).

Rispetto al 2013 il numero complessivo di **ricoveri** ordinari per Acuti si riduce da 6.634.977 a 6.486.438 (-2,2%), con una corrispondente diminuzione delle giornate di ricovero da 44.802.526 a 44.089.980 (-1,6%); il numero di ricoveri in regime diurno effettuati si riduce da 2.345.258 a 2.194.241 (-6,4%), per una corrispondente diminuzione di giornate da 6.497.781 a 6.033.527 (-7,1%).

Si conferma il miglioramento dell'**appropriatezza** nell'erogazione dell'assistenza ospedaliera: 43 dei 108 DRG a rischio inappropriatezza presentano un aumento della quota di Regime diurno rispetto all'anno precedente. È interessante notare che, dei restanti 65 DRG, ulteriori 58 DRG, pur presentando una quota di Regime diurno inferiore rispetto al 2013, sono caratterizzati da una consistente riduzione del volume di ricoveri ordinari: in media la riduzione è pari a -6,3%, con punte che arrivano al -36%. Inoltre, il numero totale di ricoveri si riduce in 103 su 108 DRG a rischio inappropriatezza. Complessivamente, quindi, si osserva una significativa deospedalizzazione, con un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e

dell'efficienza nell'uso delle risorse ospedaliere.

Rispetto al 2013, il **tasso di ospedalizzazione** (standardizzato per età) per Acuti per l'anno 2014 in Italia si riduce da 104 a 99,6 dimissioni per 1.000 abitanti in regime ordinario e da 39 a 35,1 dimissioni in regime diurno per 1.000 abitanti.

La principale causa di ricorso all'ospedalizzazione in regime ordinario, pur non costituendo una condizione patologica, è rappresentata dal **parto** (drg 373 – Parto vaginale senza diagnosi complicanti, con 296.186 dimissioni, e drg 371 – Parto cesareo senza CC, con 162.972 dimissioni).

Escludendo il parto, le principali cause di ospedalizzazione sono riconducibili a **patologie cardiovascolari** (drg 127 – Insufficienza cardiaca e shock, 190.101 dimissioni) e **respiratorie** (drg 087 – Edema polmonare e insufficienza respiratoria, 135.929 dimissioni, e ad **interventi chirurgici per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori** (drg 544, 151.849 dimissioni).

Per quanto concerne **l'attività in regime diurno**, la principale causa di ricovero è rappresentata dalla somministrazione di chemioterapia (drg 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) con 1.529.370 giornate (-2,3% rispetto all'anno 2013).

La **qualità della compilazione** è ulteriormente migliorata rispetto all'anno precedente: il numero complessivo di errori si riduce da 4.665.579 nel 2013 a 3.570.626 nel 2014, con una diminuzione del 9,9%.

Il numero complessivo di schede con almeno un errore di compilazione si riduce notevolmente, passando da 3.334.928 nel 2013 (pari al 33,9% delle schede pervenute) a 2.663.812 nel 2014 (pari al 28% delle schede pervenute), con una differenza di 5,9 punti percentuali.

Una giornata di degenza "costa" 456 euro. Secondo il report la remunerazione complessiva dei Drg si attesta a circa 26,3 miliardi di euro per l'attività per Acuti (di cui 23,5 miliardi in regime ordinario e 2,8 miliardi in regime diurno), poco più di 2 miliardi di euro per l'attività di riabilitazione (di cui circa 96 milioni per il regime diurno) e circa 452 milioni per l'attività di lungodegenza, per un totale di circa 28,8 miliardi di euro complessivi, in leggera diminuzione rispetto al valore di 29,1 miliardi di euro dell'anno precedente (-1%).

Confrontando le cifre pagate per i ricoveri in istituti pubblici e privati accreditati, con il numero di dimissioni (9.526.832) e le giornate (63.129.031) trascorse in corsia, emerge come in media la remunerazione (la cifra pagata per il servizio) per un ricovero sia stata in media di 3023 euro e per giornata di degenza sia stata di 456 euro.

Anche la distribuzione degli errori migliora, infatti il numero di schede senza errori aumenta da 6.509.064 a 6.864.695 unità, il numero di schede con un singolo errore si riduce da 2.220.718 a 1.934.455, il numero di schede con due errori si riduce da 936.673 a 585.191, il numero di schede con tre errori si riduce da 142.553 a 115.313; il numero mediano di errori si conferma pari a zero, stando a significare che più della metà delle schede pervenute sono prive di errori (per la precisione, il 72%, mentre nel 2013 le schede prive di errori ammontavano al 66,1% del totale).

Infine, per avere una reale misura della dimensione dell'errore occorre considerare che una scheda SDO contiene 45 variabili, per un totale di 9.528.507 schede pervenute corrisponde a 428.782.815 informazioni distinte raccolte. Il numero di errori riscontrato, pari a 3.570.626 corrisponde quindi a una percentuale di errori dello 0,8%, mentre nel 2013 era pari al 1,1%. Il livello qualitativo della banca dati SDO, pertanto, è estremamente elevato.

Università Studenti in fuga dal test di medicina

■ A settembre tornano i test d'iscrizione ai corsi di laurea e martedì sarà la volta di Medicina. Calano i posti disponibili ma soprattutto i candidati: 4.000 in meno rispetto al 2014.

**Gravina, Lombardo
e Vendemiale** ALLE PAGINE 4 E 5

Studenti in fuga dai test di Medicina

Da martedì il via alle selezioni: notevole il calo rispetto al 2014, tiene solo Veterinaria. Diminuisce anche il numero dei posti a disposizione: soltanto uno su sei ce la fa

LORENZO VENDEMIALE
ROMA

Prima l'antipasto di Professioni sanitarie, questo venerdì. Poi, la settimana prossima, le prove più attese: martedì 8 Medicina e Odontoiatria, mercoledì 9 Veterinaria, giovedì 10 Architettura. La prima decade di settembre torna ad essere il periodo dei test che cambiano la vita di decine di migliaia di studenti italiani: 79.451 quest'anno, per la precisione. In calo rispetto al passato, come negli ultimi anni. Ma non basta a rassicurare gli aspiranti dottori di tutta Italia, che vivono ore di ansia e preparazione sui libri e sul web per l'accesso alle facoltà a numero chiuso.

Meno iscritti e meno posti

Il dato più significativo riguarda soprattutto i medici: 60.639, nel 2014 erano stati 64.187. Al contrario è cresciuta Veterinaria, da 6.940 ai 7.818 attuali. E tiene Architettura (10.994 invece di 11.884), dove però la riduzione è sul lungo periodo (diminuiti gli aspiranti in cinque anni, nel 2011 erano addirittura 23 mila). Diventare medico, però, rimane comunque un terno a lotto. Non soltanto per la proverbiale difficoltà dei test. C'è l'incognita della riforma dei quesiti, con l'aumento delle do-

mande più specialistiche a scapito di quelle generaliste. E poi c'è la diminuzione dei posti disponibili: 9.513 rispetto ai 9.983 del 2014. Il taglio è dovuto ai troppi accessi in sovrannumero dello scorso anno, e vanifica il calo dei candidati auspicato dal Ministero.

Il «piano b» dei ragazzi

Le possibilità di farcela restano basse: circa uno su sei. E anche per questo c'è chi ha pensato di ripiegare altrove. Sono aumentati i candidati a Veterinaria (dove invece la disponibilità è in linea col 2014). E potrebbero essere di più gli studenti a tentare l'accesso ai 25 mila posti di Professioni sanitarie: almeno in questa direzione sembrano andare alcuni dati locali, come il «boom» di Fisioterapia a Milano, o Igiene dentale e Logopedia a Torino. Anche il Segretario della Conferenza Nazionale di Professioni Sanitarie, Angelo Mastrillo, ha confermato che quest'anno il trend è positivo.

«Imbuto» a medicina

Il sogno di migliaia di ragazzi italiani, però, resta quello di diventare medici, nonostante il Ministero non sia riuscito a risolvere il problema dell'«imbuto», la differenza tra domanda e offerta. Lo scorso anno il mi-

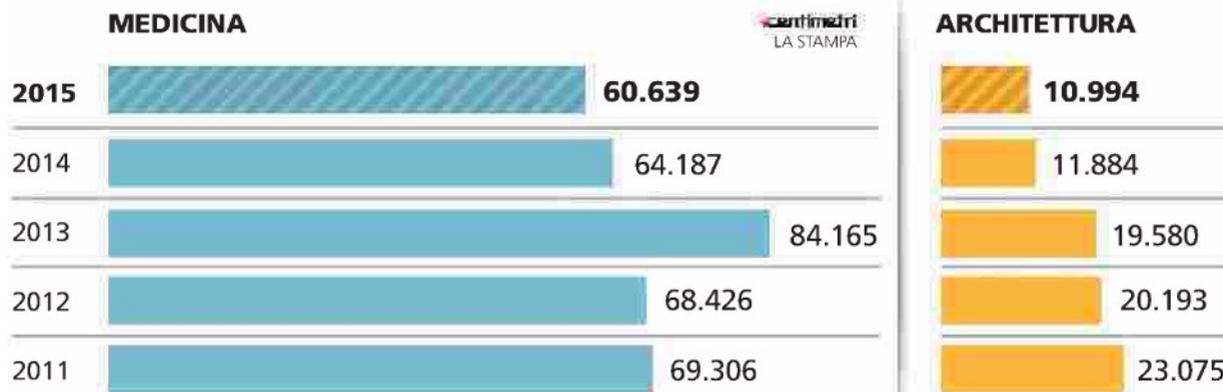
nistro dell'Istruzione, Stefania Giannini, aveva addirittura suggerito l'abolizione dei test e l'adozione del modello alla francese, che prevede lo sbarramento all'interno del corso di studi. Non se n'è fatto nulla: le prove d'accesso sono rimaste, Viale Trastevere ha puntato sull'orientamento per ridurre la platea degli interessati e rendere meno aleatorio l'esito delle prove. A luglio è arrivato il test di autovalutazione, che potrebbe aver contribuito a ridurre il numero degli iscritti. Ma siamo ancora lontani dall'equilibrio auspicato fra posti e candidati.

L'ansia sul web

Per questo una settimana di passione attende gli studenti italiani. Sui forum specializzati o sui social network è un continuo scambio di sensazioni e suggerimenti su come affrontare il test. C'è chi chiede la soluzione di un quesito difficile, chi si organizza per affrontare insieme la trasferta dell'esame. O chi magari non potrà esserci e augura buona fortuna ai suoi colleghi. Sperando di riprovarci l'anno prossimo.

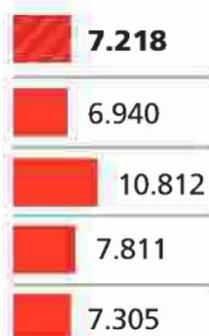


Iscritti ai test per i corsi a numero programmato



Fonte: MIUR

VETERINARIA



TOTALE



9513

posti

Rispetto allo scorso anno, quando erano 9.983, il ministero ha ridotto i posti a disposizione per accedere alle facoltà di Medicina

Le difficoltà

Per gli studenti c'è anche l'incognita della riforma dei quesiti, con l'aumento delle domande più specialistiche a scapito di quelle generaliste

<http://www.doctor33.it>

Il test multi-genico aiuta a scegliere la terapia del cancro al seno

Nelle pazienti con cancro al seno l'uso del punteggio derivato dal test genico a 21 geni si associa alla somministrazione di dosi più basse di chemioterapia nei casi ad alto rischio e a un uso maggiore di farmaci anticancro in quelli a rischio basso, secondo uno studio pubblicato su JAMA Oncology



Nelle pazienti con cancro al seno l'uso del punteggio derivato dal test genico a 21 geni si associa alla somministrazione di dosi più basse di chemioterapia nei casi ad alto rischio e a un uso maggiore di farmaci anticancro in quelli a rischio basso, secondo uno studio pubblicato su JAMA Oncology. «Il test multi-gene, indicato nelle donne con cancro al seno che hanno linfonodi negativi e recettori ormonali positivi, misura l'attività

di 21 geni generando un punteggio che classifica le pazienti in gruppi a basso, intermedio o alto rischio di recidiva a distanza» spiega la coautrice **Michaela Dinan** del Duke Clinical Research Institute a Durham, North Carolina, spiegando che diverse ricerche suggeriscono un buon rapporto tra costo ed efficacia del test multi genico, il cui punteggio consente una più appropriata allocazione della chemioterapia nei pazienti con maggiori probabilità di beneficio. Partendo da questi presupposti i ricercatori hanno studiato 44.044 donne con cancro al seno a basso rischio, rischio intermedio o alto rischio definiti tali dalle linee guida NCCN, National Comprehensive Cancer Network. «L'uso del test multi-gene sembra associarsi non solo a una riduzione delle dosi di chemioterapia nei pazienti ad alto rischio, ma anche a un suo maggiore uso nei pazienti a rischio basso» scrivono i ricercatori, sottolineando che nell'analisi delle pazienti tra 66 e 70 anni è stato osservato un calo della chemioterapia dal 29 al 24% limitato ai soggetti sottoposti a test genetici con malattia ad alto rischio di recidiva. E **Allison Kurian** della Stanford University School of Medicine in California, commenta in un editoriale: «Vi è una crescente necessità di approfondire il contributo della medicina di precisione alla qualità del trattamento contro il cancro, e iniziative di ricerca che integrano i dati dei registri tumori con quelli di medici e pazienti in grado di offrire una finestra sul riscontro clinico sono certamente di grande importanza, specie nei casi di malattia a basso rischio».

POLITICA SANITARIA

I FARMACI ONCOLOGICI VANNO RIMBORSATI IN BASE ALLA PRATICA CLINICA SALVANDO IL PREZZO UFFICIALE

La proposta del gruppo di lavoro del progetto Moma si basa sull'adozione dei Registri di Monitoraggio e sull'applicazione delle procedure di share scheme

Sara Todaro
 AboutPharma and Medical Devices
 sara.todaro@aboutpharma.com

Individuare un nuovo sistema di governance dei nuovi trattamenti in oncologia basato sul criterio del value-based pricing, dei dati di real world evidence (Rwe) e del pagamento condizionato al risultato (payment by results - PbR), per legare i costi di trattamento con il risultato clinico reale e garantire la sostenibilità del Ssn. Questo l'obiettivo ambizioso del gruppo di lavoro del progetto Moma (Model of Oncology Market Access) di cui fanno parte Nello Martini (Accademia nazionale di medicina), Claudio Jommi (Università del Piemonte Orientale e Cergas Bocconi), Roberto Labianca (Cancer Center Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo), Francesco Perrone (Istituto nazionale Tumori e Irccs Pascale di Napoli) e Paolo Pronzato (Ist di Genova) autori del booklet "Un nuovo modello di governance per il market access dei nuovi farmaci in oncologia: una risposta alla complessità e alle sfide del futuro", pubblicato a maggio dall'Accademia Nazionale di Medicina e contenente approfondimenti e proposte sui temi che sono al centro del dibattito scientifico, regolatorio e istituzionale in Italia e a livello internazionale.

Il nuovo modello di governance proposto dal gruppo di lavoro si basa sull'adozione dei Registri di Monitoraggio e sull'applicazione

Evoluzione della spesa per farmaci in oncologia 2007/2012

Anno	Spesa ospedaliera annua (mil di €)	Spesa farmaci in oncologia (mil di €)	% su spesa ospedaliera	Δ assoluto	Δ ± %
2007	4.371	1.035	23,7%	-	-
2008	3.566	1.111	31,2%	76	6,8%
2009	4.189	1.225	29,2%	114	9,3%
2010	4.593	1.339	29,2%	114	8,5%
2011	4.301	1.388	32,3%	49	3,5%
2012	4.179	1.434	34,3%	46	3,2%
2013	4.006	1.561	39,0%	127	8,1%

Fonte: Un nuovo modello di governance per il market access dei nuovi farmaci in oncologia: una risposta alla complessità e alle sfide del futuro

cazione delle procedure di share scheme, meccanismo ritenuto il più affidabile per governare insieme la complessità, il principio di value-based pricing e l'applicazione dei dati di Rwe.

"L'applicazione delle procedure di share scheme (rimborso condizionato a risultato) - precisano gli Autori - non deve comportare la rinuncia della regolazione iniziale del prezzo dei farmaci mediante contrattazione con l'azienda. La contrattazione dei prezzi di nuovi farmaci, contestuale alla rimborsa-

bilità, dovrebbe basarsi, come già previsto, sulla rilevanza/gravità della patologia, sulla numerosità e validità delle alternative terapeutiche presenti per la stessa indicazione terapeutica, sul valore aggiunto del farmaco rispetto alle alternative disponibili, sul rapporto incrementale di costo-efficacia (con la definizione di valori-soglia di accettabilità di tale rapporto), sull'impatto del farmaco sulla spesa sanitaria e sulla spesa farmaceutica a carico del Ssn e sul prezzo prevalente in altri Paesi europei".



Prezzi – costi – risultati: quale coerenza? – Il criterio value-based pricing

Patologia	Spesa 2013 (mil di €)	Farmaci	Costo trattamento pz/anno	Durata	Risultati
Oncologia (RCC)	1.561	Temsirolimus RCC	52.000 €	Fino a progressione	Δ mPFS : 1,9 mesi
HIV	593	Associazioni triple	8.321 €	Cronica	Cronicizzazione
HCV	270	Sofosbuvir	50.000 € (?)	3 mesi	Eradicazione virus
Fibrillazione atriale CHADS ₂ ≥ 2	14,8	Dabigatran Rivaroxaban	613,2 €	Cronica	Riduzione ictus pazienti "non trattati" e "instabili"

Fonte: Un nuovo modello di governance per il market access dei nuovi farmaci in oncologia: una risposta alla complessità e alle sfide del futuro

La novità del modello si basa sulla valorizzazione del Registro di monitoraggio, chiamato a rappresentare "un vero e proprio progetto di ricerca sviluppato dall'Agenzia regolatoria e condiviso in primis con gli oncologi (gruppo di lavoro), con altri professionisti che concorrono alla cura del paziente (farmacisti ospedalieri) e con un endorsement da parte della rappresentanza dei malati".

Il Registro così inteso – spiega il Moma – consente di governare tutte le variabili del processo: sarà cioè possibile "monitorare e

tracciare le singole indicazioni nel caso di farmaci in oncologia con indicazioni multiple, attraverso la scheda di arruolamento che, per singola indicazione, assicura l'appropriatezza prescrittiva ed evita un uso off-label" nonché "basare il giudizio del valore clinico (clinical value) sulla base della valutazione dell'oncologo nel definire la responsabilità del paziente al follow-up, in relazione alla progressione o meno della malattia, ai drop-outs per tossicità e ai decessi". Il risultato? Un prezzo reale di rimborso

basato sul valore clinico (value-based pricing) e nelle reali condizioni della pratica clinica, senza modificare il prezzo ufficiale di etichetta.

Nella speranza di riuscire a superare di getto stratagemmi adottati in assenza di governance: ritardi nei tempi di commercializzazione e rimborso; restrizioni rispetto alle indicazioni approvate dall'EmA; tagli lineari dei prezzi. "Si tratta in realtà di procedure di razionamento che devono essere superate – scrivono gli Autori – perché di fatto non riconoscono e non si basano sul valore clinico del farmaco e sul pagamento condizionato al risultato e finiscono per disincentivare l'innovazione e gli investimenti in R&D".

Una esemplificazione del modello proposto fa riferimento al bevacizumab – Avastin prodotto che conta ben sette indicazioni registrate in prima e seconda linea nel carcinoma metastatico del colon-retto, del tumore polmonare non a piccole cellule (Nscl), nel tumore metastatico della mammella, nel carcinoma renale e nel carcinoma ovarico. Sette diverse indicazioni con un differente valore clinico (clinical value), che rispondono a unmet clinical needs differenti: "È quindi evidente – afferma il gruppo del Moma – che non può essere applicato lo stesso prezzo e allo

ne dei prezzi gestita dal Comitato economico dei prezzi sanitari che negozia anche gli eventuali contratti di rimborso condizionato, rappresentati essenzialmente da accordi prezzo-volume. L'accesso ai farmaci oncologici in Francia è tradizionalmente elevato.

Regno Unito In Uk non esiste una regolamentazione specifica dei prezzi, tuttora indirettamente regolamentati attraverso il Pprs (Pharmaceutical Price Regulation Scheme), mentre Nice (National Institute for Health) e Smc (Scottish Medicine Consortium) esprimono raccomandazioni vincolanti all'uso nel National Health Service, sulla base del livello di costo-efficacia, rappresentato dal costo per Qaly (Quality Adjusted Life Years Saved – anni in più vissuti in perfetta salute). Un meccanismo inefficiente, tanto che il Regno Unito – maglia nera nell'accesso ai farmaci oncologici – ha via via introdotto diversi strumenti di flessibilità per consentire di fatto la raccomandazione dei nuovi farmaci. In particolare i Pas (patient access scheme), ovvero, sconti o tetti ai dosaggi rimborsati; valori-soglia più elevati per i farmaci end-of-life, ovvero per pazienti con una bassa aspettativa di vita; la creazione di fondi ad hoc per i farmaci in oncologia in attesa di raccomandazione o non raccomandati (cancer drugs fund). Il passaggio successivo prevede l'adozione di un nuovo sistema esplicito di value-based-pricing per i farmaci basato su una valutazione multi-attributo.

Germania In Germania vige dal 2011 il sistema Amnog con cui è stato previsto l'obbligo per le imprese di fornire all'autorità sanitaria centrale, una volta lanciato il prodotto sul mercato a prezzo libero, un dossier in cui deve essere specificato il beneficio incrementale rispetto a un comparatore individuato dalla stessa autorità, con eventuale declinazione della valutazione per sottogruppi di pazienti, stimato il costo atteso della terapia, identificato il numero di pazienti eleggibili al trattamento previsto. Il valore aggiunto dal punto di vista terapeutico – graduato in VI categorie, dal beneficio notevole al beneficio inferiore – è la base per la successiva negoziazione di uno sconto di fornitura al sistema delle assicurazioni sociali; in assenza di valore aggiunto il farmaco può essere assoggettato al prezzo di riferimento applicato alla relativa classe terapeutica. Se l'accordo sul prezzo non viene raggiunto è previsto l'intervento di un

Principali differenze tra valutazioni economiche e analisi di impatto sul budget

Patologia	Valutazioni economiche	Budget Impact Analysis
A cosa risponde	Il beneficio giustifica la spesa?	La spesa è sostenibile?
Esiti (di salute)	Inclusi	Inclusi solo in termini di costi evitati
Confronto	Due comparatori	Scenari (con e senza nuovo farmaco)
Indicatore	Rice per paziente	Spesa totale in due scenari per la popolazione target
Orizzonte temporale	Compatibile con la malattia considerata (anche life-time)	Breve: 1-5 anni

Fonte: Un nuovo modello di governance per il market access dei nuovi farmaci in oncologia: una risposta alla complessità e alle sfide del futuro

Paesi che utilizzano la costo-efficacia nella valutazione di nuovi farmaci e relativi valori-soglia

Paese	Valore-soglia (costo per QALY)	
	Valuta domestica	Euro
Australia	AU\$ 69.900	€ 45.530
Canada	Range: da terapia dominante a CAN\$ 80.000	Da terapia dominante a € 51.900
Danimarca	-	-
Finlandia	-	-
Inghilterra e Galles	£ 20.000 – £ 30.000	€ 23.900 – € 36.000
Norvegia	-	-
Nuova Zelanda	NZ\$ 20.000	€ 12.300
Olanda	€ 80.000	€ 80.000
Polonia	-	-
Scozia	-	-
Svezia	-	-
USA*	US\$ 50.000	€ 36.000

Fonte: elaborazione su dati Cleemput et al, 2011 e conversione al tasso corrente al 17 marzo 2014. * Valore-soglia riferito al costo per anno di vita salvato

soggetto istituzionale terzo per un processo arbitrato che considera il prezzo medio ponderato del farmaco in questione in 15 paesi europei. Recentemente la negoziazione dello sconto è stata trasformata in una negoziazione del prezzo effettivo di cessione al sistema assicurativo pubblico.

Italia In Italia la negoziazione di prezzo e rimborsabilità avviene simultaneamente sulla base, tra gli altri aspetti, del valore terapeutico aggiunto: non esistono specifiche linee guida sulla scelta dell'eventuale comparatore da parte delle imprese nella sottomissione del dossier di prezzo e rimborso alla Cts e

Cpr (Comitato Prezzi-Rimborso) dell'Aifa e il percorso di valutazione dell'innovatività non viene più formalmente richiesto nel dossier prezzi-rimborso per il riconoscimento dell'innovatività stessa, in attesa della possibile introduzione di un nuovo percorso di valutazione dell'innovatività. La negoziazione delle condizioni di prezzo e rimborso è tuttavia spesso associata ad accordi di rimborso condizionato, con una estesa applicazione per i farmaci in oncologia di accordi di performance linked reimbursement che hanno consentito alle imprese di mantenere i prezzi nominali dei nuovi farmaci in oncologia a un

▼ **POLITICA SANITARIA**

Follow up: qual è il momento è giusto?

Numerosi accordi negoziali condizionano la rimborsabilità dei nuovi farmaci alla verifica dell'assenza di progressione della malattia a un tempo prestabilito... ma il tempo giusto per la valutazione qual è? Ne discutono Labinca, Perrone e Pronzato sottolineando tra le questioni aperte in oncologia che il tempo di valutazione è finora variato per singolo farmaco passando da 1,5 a 8 mesi con una "eterogeneità nei meccanismi decisionali non chiaramente motivata su base scientifica". L'alternativa - dicono - potrebbe essere rappresentata dall'applicazione di uno schema predefinito e progressivo di pay-back percentuale dei fallimenti ai vari momenti in cui almeno durante il primo anno di terapia si prevede di effettuare una rivalutazione della malattia secondo la normale pratica clinica. Ad esempio, se la pratica clinica prevede che nel trattamento di prima linea di un tumore della

mammella metastatico si rivaluti l'estensione di malattia ogni 3 mesi, una ipotesi di pay-back percentuale progressivo potrebbe prevedere un pay-back del 100% per i casi in progressione dopo 3 mesi, del 67% per quelli in progressione dopo 6 e del 33% per quelli in progressione dopo 9. Il riconoscimento automatico dei fallimenti terapeutici nel tempo (per progressione o decesso o per interruzione per tossicità del trattamento) nell'ambito del registro dei farmaci sottoposti a monitoraggio - spiegano - può portare al calcolo automatico delle confezioni consumate e del relativo costo, facilitando emissione delle note di credito e trasparenza delle procedure. Non solo: "lo schema di pay-back percentuale progressivo ipotizzato produrrebbe anche per il Ssn un ulteriore risparmio, oscillante tra il 20 e il 35% di quanto rimane a carico del Ssn oggi con la definizione di un timing unico per definire il successo ai fini della rimborsabilità".

livello accettabile per casa madre e la possibilità per i farmaci a costo elevato di accedere al mercato con tassi di penetrazione, rispetto alla popolazione target, più elevati rispetto ai farmaci senza accordi.

Questo il bilancio tracciato dagli autori del capitolo, Claudio Jommi e Nello Martini, sui farmaci oncologici per i quali è stato negoziato

un rimborso condizionato in Italia (58 tra farmaci e indicazioni): "Diversi - scrivono - non sono raccomandati in Inghilterra e Scozia o sono approvati con sconti per ottenere una costo-efficacia entro la soglia specificata; nel 65% dei casi presentano un beneficio incrementale tra il IV e il V livello, ovvero modesto o con nessun valore aggiunto; oppure,

infine, non sono stati raccomandati a causa di un beneficio incrementale non sufficiente". (S.Tod.)

Parole chiave
Prezzo, farmaci
Aziende/Istituzioni
Nice, Smc, Nhs **Aifa**

ABOUTPHARMA ONLINE
L'healthcare ogni giorno sul web



Nasce il quotidiano online per i professionisti della salute che anticipa e approfondisce i temi di politica sanitaria nazionale e regionale, mondo del farmaco e dei dispositivi medici.

Grazie al servizio **JOBINPHARMA** puoi selezionare e migliori opportunità di impiego nel settore.

www.aboutpharma.com

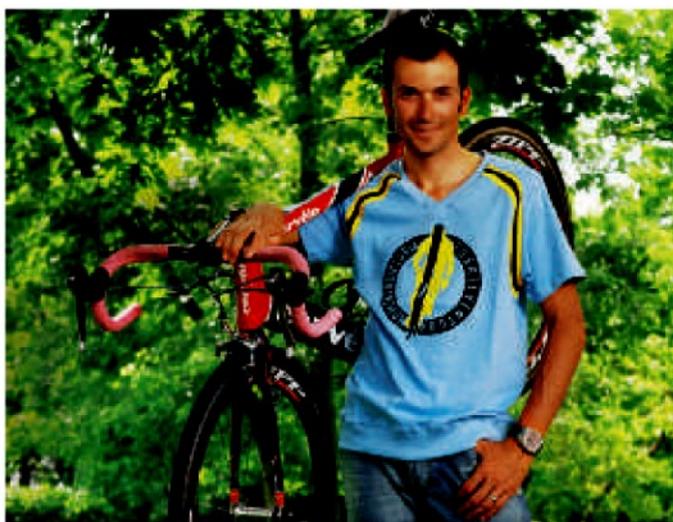


IL CANCRO È PARTE DELLA VITA NON UNA CONDANNA A MORTE

Ne sono convinti gli uomini e le donne che vedi qui. Hanno affrontato un calvario di cure ed esami con la paura che il tumore tornasse più forte di prima. A minacciare il corpo e i pensieri. Ora, però, sono certi: «Guarire significa ricominciare e riprenderci davvero i nostri sogni»

di LAURA BADARACCHI scrivilo a attualita@mondadori.it

Una diagnosi di cancro non è una sentenza senza appello. E se ne può parlare in pubblico, come ha appena fatto l'ex presidente degli Usa Jimmy Carter, annunciando in tv di avere un tumore al cervello: «Mi auguro di visitare il Nepal quest'anno come previsto». Anche la ex vicepresidente del Senato Emma Bonino, che ha sconfitto la malattia, non si è mai arresa. «Il cancro è un impedimento da affrontare, ma sono rimasta una persona con sogni e progetti» ribadiva lo scorso maggio. Nessuna condanna definitiva, dunque: l'ultimo rapporto dell'Associazione italiana registri tumori attesta che il 63% delle donne e il 57% degli uomini è vivo a 5 anni dalla diagnosi. «Cerchiamo sempre di far capire ai pazienti che sono guariti dopo l'intervento e le terapie» dice il professor Michele Milella, ricercatore dell'Associazione italiana per la ricerca sul cancro. Aggiunge l'oncologo Umberto Veronesi: «I trattamenti non devono guarire il cancro, dimenticando la persona». Di questo approccio umano, e della voglia di non essere etichettati come «malati per sempre», testimoniano le storie che raccontiamo qui.



Cinzia Sasso 59 anni, giornalista e scrittrice

«Ho appena finito 5 anni di controlli e una pasticca al giorno di Tamoxifene (farmaco antitumorale, ndr) per il mio cancro al seno, scoperto nel 2009. Faccio gli esami all'ospedale Mangiagalli di Milano, dove c'è una grande attenzione alle persone: dalla biblioteca per leggere, in attesa delle visite, alla possibilità di lavorare ai ferri grazie al Gomitolo rosa, associazione che presiedo e che promuove il knitting come anti-ansia. All'inizio avevo paura che al lavoro pensassero che fossi "avariata" e mi mettessero da parte. Non è andata così: anche i colleghi hanno dimenticato la malattia. Oggi non ho paura. Certo, ho accanto 2 uomini meravigliosi (il marito Giuliano Pisapia, sindaco di Milano, e il figlio Francesco, ndr), ma ognuno aiuta se stesso: solo tu puoi venirme fuori».



Olivia Toscani Rucellai 49 anni, gallerista

«Fra le terapie e la prima operazione al seno, 9 anni fa all'Istituto europeo di oncologia di Milano, ho imparato cosa significhino il dolore, l'attesa, la paura di lasciare i miei tre figli, che allora avevano solo 2, 7 e 8 anni. Eppure la relazione con mio marito Corso, più spaventato di quanto lo fossi io, si è consolidata nonostante il trauma. Io mi sento ancora femminile, attraente, ma il rapporto con il mio corpo è drasticamente cambiato: non ho più una parte di me. Ho affrontato a lungo sedute di psicoterapia per ritrovare una serenità interiore. Oggi sono ancora qui, felice, in mezzo al caos della vita. Mi sono stati vicini anche mia madre, mia sorella, mio padre Oliviero (noto fotografo, ndr). La mia attività nel campo dell'arte e del design è nata proprio dopo la malattia, che mi ha fatto vedere il mondo con grinta, fiducia. E compassione: quella partecipazione al dolore altrui che rende umani».

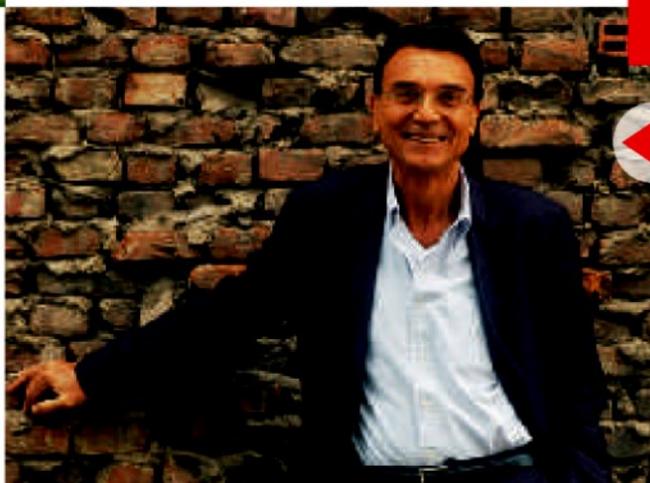
SCRIVERE UN DIARIO È TERAPEUTICO



13 agosto, ore 18. Selene Muggisto, 29enne autrice del libro *Fidanzata psicopatica* (Leone Ed.), sta guidando. In auto con lei ci sono la madre e le figlie Francesca e Michelle, di 7 e 6 anni (insieme nella foto). «Un attimo prima ero in tangenziale» racconta Selene. «Un istante dopo la mia gamba saltava da sola e non ero io a muoverla». La mamma chiama un'ambulanza: «In pronto soccorso vogliono dimettermi, lei insiste per il ricovero. Mi fanno una tac e mi dicono bruscamente che ho un tumore al cervello». Il giorno dopo è trasferita all'ospedale Bellaria di Bologna, «un posto speciale, con infermiere e medici che danno risposte chiare e ascoltano. Chiunque può studiare Medicina, ma l'amore non s'impara sui libri». Presto Selene verrà operata: «Ho fiducia nello staff che mi curerà. Con le mie bimbe, quando non sono stanca, ballo le canzoni latinoamericane. Grazie a loro, ai miei genitori e agli amici non mi sento mai sola. E scrivere il diario sul mio profilo Facebook è quasi una terapia».

Ivan Basso 37 anni, ciclista

«Tornare in sella alla bici per una passeggiata, a poco più di un mese dall'intervento per un tumore al testicolo sinistro, è stato un successo. Sono abituato a pedalare in velocità, ma fermarmi all'improvviso per la malattia, scoperta per caso dopo una caduta al Tour de France, mi ha consentito di passare più tempo con i miei figli. Domitilla, la grande, ha 13 anni e fa da vice-mamma ai fratelli Santiago, 9 anni, Levante di 4 e mezzo e Tai di 8 mesi. Nella mia testa c'è un unico pensiero: star bene per prendermi cura di loro. Mi ritengo fortunato: non ci sono metastasi. E sono ottimista, ho il sostegno della mia squadra Tinkoff-Saxo, che aumenta la voglia di lottare e reagire. Ora è inopportuno parlare di agonismo: non posso allenarmi e va bene così. Smettere di gareggiare? Deciderò con serenità nei prossimi mesi».



Mimmo Cándito 74 anni, inviato di guerra e presidente di Reporter senza frontiere Italia

«Quando 10 anni fa ho scoperto di avere un cancro al polmone sinistro, ho chiamato alcuni colleghi per condividere la notizia e il loro affetto mi ha dato forza. Da inviato di guerra mettevo in conto il rischio di morire, ma ero convinto che questo pericolo non mi avrebbe toccato; invece mi sono reso conto di essere come tutti gli altri. Ho vinto quella battaglia, però la scorsa primavera il tumore è tornato al polmone destro. E poi l'ho sconfitto, con la radioterapia. Ho deciso di scriverne sul mio blog, ricevendo la solidarietà di 40.000 persone tramite mail, sms, telefonate. Ora affronto la realtà: il cancro è parte della vita, non una condanna a morte».

Martedì 01 SETTEMBRE 2015

Manovra 2016. Intervista a Chiamparino. “Non credo che il Governo voglia far cassa con la sanità. Ma in ogni caso ogni risparmio deve restare nel settore e il Fondo 2016 non si tocca”

Per il presidente delle Regioni non bisogna fare dietrologia su possibili nuovi tagli che potrebbero arrivare con la prossima stabilità. Anche perché le Regioni hanno lavorato senza sosta al tavolo Gutgeld proprio per ridurre gli sprechi e risparmiare. Ora bisogna solo attendere la convocazione a Palazzo Chigi per affrontare questo tema sul piano politico. Un confronto al quale le Regioni si presenteranno con le idee chiare: “Quello che è della sanità rimane in sanità”

Il Governo non intende fare cassa sulla sanità. E se anche questa fosse l'intenzione, di certo dalla sanità non si può più attingere. Ne è convinto il presidente delle Regioni, **Sergio Chiamparino** che in questa intervista a *Quotidiano Sanità*, allontana lo spettro di nuovi tagli paventati recentemente sia dall'attuale commissario alla spending review **Yoram Gutgeld** che dal suo predecessore **Carlo Cottarelli**. Certo, questo non cancella la necessità di una revisione profonda del sistema per restringere le molte sacche di inefficienza e aggredire gli sprechi. Per questo, non si possono più fare prigionieri.

Via libera quindi e senza indugi a una riduzione delle Asl, alla centralizzazione degli acquisti e all'applicazione dei costi standard, come suggerito anche dal premier Renzi. E poi ricorda Chiamparino, le riforme ormai “sono un passaggio obbligato”.

Ma per il presidente delle Regioni i patti si devono rispettare, a cominciare da quello sulla Salute. Anche perchè come ha ricordato con una frase ad effetto, in occasione della sigla del patto non si sono buttate cifre “a capocchia”. Tradotto: “Le risorse risparmiate, almeno nell'ammontare previsto dal Patto per la salute e dal tendenziale del Fondo, devono rimanere nella sanità”. E i 3miliardi in più previsti per il 2016 “devono assolutamente essere confermati”. Pena la insostenibilità del Ssn.

Presidente Chiamparino, la sanità non ha ancora ammortizzato la pesante sforbiciata dei 2,350 mld, che già si inizia parlare di ulteriori tagli con la prossima legge di stabilità. Cifre importanti, tra i 3 e i 5 miliardi. Il premier Renzi, nella sua recente intervista al *Corriere della Sera*, ha affermato che in realtà ci saranno solo tagli agli sprechi. Possiamo intonare il de profundis del Ssn?

Francamente non credo che il Governo voglia fare cassa sulla sanità. E le dichiarazioni del primo ministro non mi sembra vadano in questa direzione. In ogni modo, anche se si volesse fare cassa, di certo non la si può fare sulla sanità. Quindi non corriamo dietro alle dietrologie. In queste ultime settimane abbiamo lavorato senza sosta al tavolo Gutgeld. Mi aspetto quindi di essere convocato a breve a Palazzo Chigi per affrontare questo tema sul piano politico. E in ogni modo la posizione delle Regioni è molto chiara.

Ossia?

Riteniamo che gli sprechi vadano tagliati, ma le risorse risparmiate, almeno nell'ammontare previsto dal Patto per la salute e dal tendenziale del Fondo, devono rimanere nella sanità. Quindi, per quanto riguarda la riduzione delle Asl, che peraltro molte Regioni hanno già attuato, la centralizzazione degli acquisti e l'applicazione dei costi standard, al quale ha fatto riferimento il premier, siamo tutti d'accordo: sono interventi che vanno realizzati e che in parte lo sono già. Lo dimostra l'investimento che abbiamo fatto lavorando incessantemente al tavolo Gutgeld. Ma, ribadisco, è indispensabile che i risparmi della sanità rimangano nella sanità se vogliamo investire in tecnologie, innovazione farmacologica e anche in adeguamento delle strutture sanitarie. E d'altro canto questi sono passaggi previsti dal Patto per la Salute che è stato siglato dalle stesse persone che sono ora al Governo, non da marziani. In quell'occasione non si sono buttate cifre "a capocchia". Per il 2015 abbiamo dovuto rinunciare all'aumento di 2miliardi e 300milioni previsto dal Patto per la Salute, cosa che ha significato una riduzione di quasi mezzo miliardo del fondo esistente dovuta all'irruzione sul mercato dei farmaci cosiddetti innovativi che non possiamo non erogare ai nostri cittadini. È un fenomeno destinato a crescere ed è anche per questa ragione che i 3miliardi in più previsti per il 2016 devono assolutamente essere confermati, perché consentono di sostenere la sanità, il settore con il più alto rating dell'attività pubblica italiana, e con un grado di sostenibilità finanziaria tra i migliori al mondo. Si tratta quindi solo di realizzare un cambiamento interno, una riorganizzazione della spesa nella sanità agendo sulle inefficienze del sistema.

Mi consenta però di esprimere qualche perplessità: le inefficienze non si curano dambè. Servono interventi mirati e complessi che richiedono tempo.È perciò difficile immaginare un recupero di risorse nel breve periodo.

Siamo d'accordo, ci vuole tempo. Le riforme sono un passaggio obbligato, ed è quanto ci chiede anche l'Unione europea. Ma è fondamentale dare il senso del percorso che si vuole intraprendere. Noi dobbiamo riorganizzare, superare le inefficienze e impostare un piano di medio periodo che sposti le risorse della sanità laddove servono per il futuro.

Ma a bocce ferme non si corre il rischio che venga tolto ossigeno anche a quanto funziona? Pensiamo alle molte Regioni che hanno dimostrato, già da tempo, di avere razionalizzato e reso efficiente il sistema.

No, non si rischia di togliere ossigeno, anzi. Facendo infatti affidamento su quanto deciso nell'ambito del Patto per la salute e contrastando le inefficienze e le ridondanze, si spostano risorse da quanto non funziona a quanto invece funziona ma può funzionare ancora meglio.

Ma se il Patto per la Salute è uno dei caposaldi del riordino della sanità, perché due dei grandi tasselli che lo compongono ossia i nuovi Lea e la questione dei ticket sembrano persi nel nulla? Siamo all'ennesima dichiarazioni di intenti?

Purtroppo la vacatio delle elezioni regionali ha giocato la sua parte sospendendo dalla scorsa primavera temi politicamente significativi. Ma ora riprenderemo i lavori insieme alle riforme dell'Aifa, dell'Agenas e dell'Iss. Temi peraltro già all'attenzione del Parlamento e sui quali erano stati presi impegni ben precisi alla presenza del primo Ministro in sede di riunione con il Mef e il ministero della Salute.

Quindi quanto dovremo aspettare per avere novità salienti?

Per quanto mi riguarda, dobbiamo solo attendere di ridefinire gli assetti della Conferenza delle Regioni e nominare i nuovi responsabili delle Commissioni. Direi quindi ancora qualche settimana.

Passiamo a un altro argomento: rinnovo dei Contratti e delle Convenzioni. Le Regioni non sono la fondamentale contropartita, ma sono sicuramente l'ago della bilancia. Cosa si devono aspettare i tanti lavoratori del Ssn?

Sono convinto che bisogna tornare ad assumere e rapidamente. Ci sono funzioni importanti che vengono svolte dai professionisti che lavorano in sanità. Penso a quanti lavorano nelle camere operatorie: un lavoro indiscutibilmente usurante. Però dal punto di vista negoziale ritengo che le tematiche contrattuali debbano essere coerenti con il superamento delle inefficienze. Per il momento non posso dire di più.

Ester Maragò

Martedì, 01 Settembre 2015, 19.54

AAA

Farmacista33

CERCA

BIBLIOTECA DIGITALE
BACHECA ANNUNCI
BANCA DATI ALIMENTI
BANDI E CONCORSI
CERCA LA FARMACIA
FORUM
NOVITÀ IN PRONTUARIO
SUL BANCO

SERVIZI

HOME SANITÀ FARMACI DIRITTO OMEOPATIA FITOTERAPIA NUTRIZIONE BENESSERE FORMAZIONE RICERCA IN CODIFA

FARMACI

Home / Farmaci

set 1 2015 Note di sicurezza dall'Aifa e approvazioni da Fda ed Ema

Tre nuove informative sono state emanate dall'Aifa (Agenzia italiana del Farmaco) sulle modalità di utilizzo e sui problemi di sicurezza relativi a diclofenac, Ginetantum e quetiapina

TAGS: DEPRESSIONE, INFLUENZA, DISTURBO BIPOLARE, FEBBRE, ANTIDEPRESSIVI, TROMBOSI VENOSA, TROMBOSI, UNITED STATES FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, IRRIGAZIONE VAGINALE, AGENZIA EUROPEA DEL FARMACO, AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

ARTICOLI CORRELATI

21-02-2015 | Fogli illustrativi e Rcp, Ema: da ora in tutte le lingue europee

27-01-2015 | Ema sospende generici approvati in India. Caute Aifa e AssoGenerici

23-10-2014 | Ema resta in capo a direzione generale Salute. Aifa: riconosciuto il bene-farmaco

Nel caso del diclofenac le informazioni riguardano i prodotti a uso orale e senza obbligo di ricetta e si concentrano sul rischio potenziale che i pazienti trattati possano incorrere in episodi di trombosi. «Nello specifico», si legge sul sito dell'Agenzia, «sebbene i dati indichino un effetto dose-dipendente sul rischio trombotico associato all'uso di diclofenac, in particolare a dosi elevate, è difficile stabilire una chiara dose limite oltre la quale i rischi aumentano in modo significativo. Alcuni studi riportano un'associazione anche a dosi più basse. Sulla base dei dati finora disponibili, il Comitato di Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza (PRAC) dell'EMA ha concluso che non è possibile escludere il rischio trombotico cardiovascolare, tra tutte le dosi di diclofenac, soprattutto nei pazienti con co-morbilità preesistenti». Gli operatori sanitari sono invitati dall'Aifa a non utilizzare il farmaco per il trattamento di influenza e stati febbrili e comunque mai su pazienti con età inferiore a 14 anni e a non superare la dose massima giornaliera di 75 mg e non andare oltre i 3 giorni di terapia. I pazienti devono essere inoltre sensibilizzati sull'importanza dell'appropriatezza di utilizzo di tali medicinali e sugli eventuali rischi cardiovascolari e gastrointestinali ad essi associati.

Per quanto riguarda il Ginetantum, l'Aifa invita i medici e i farmacisti a ricordare ai pazienti che il farmaco, che pure si presenta in forma di bustine di granulato da 500 mg, soluzione vaginale allo 0,1%, e soluzione lavanda vaginale, non deve essere ingerito ma utilizzato esternamente. In caso di ingestione le reazioni avverse insorte hanno interessato principalmente il sistema gastrointestinale (bruciore epigastrico, irritazione della gola, pirosi gastrica, nausea, ecc), e in alcuni casi il Snc (allucinazione, agitazione, confusione, instabilità). «L'Aifa», si legge in una nota dell'Agenzia, «ha attivato delle misure di minimizzazione del rischio, e una recente revisione dei casi inseriti in rete ha dimostrato l'efficacia di queste misure. Attualmente i casi da ingestione sono estremamente diminuiti ma si ritiene necessario richiamare l'attenzione degli operatori sanitari, in particolare i farmacisti, sulla necessità di informare i pazienti relativamente al corretto uso delle bustine all'atto della dispensazione».

medkey



i nostri Blog



IN LIBRERIA



Cannabis. "Erba" medica
Firenzuoli F.
[Scheda Libro »](#)



L'omeopatia nelle malattie acute
Turinese L.
[Scheda Libro »](#)



Come sono fatti i cosmetici
Penazzi G.
[Scheda Libro »](#)



Reparto dermocosmetico
Penazzi E.
[Scheda Libro »](#)

Nel caso della quetiapina l'Aifa ha reso note informazioni importanti nella gestione di questo farmaco che si utilizza nel trattamento della depressione bipolare. Nel dettaglio, le raccomandazioni riguardano l'attento monitoraggio dei parametri metabolici. Questa molecola, infatti, può influire sul metabolismo dei lipidi e dei glucidi. Per questo i pazienti devono essere sottoposti a periodici controlli dei livelli di glicemia, colesterolo e trigliceridi. L'Agenzia ricorda che «il dosaggio appropriato per il trattamento di episodi depressivi maggiori associati al disturbo bipolare è di 300 mg al giorno (dose raggiunta il 4° giorno di trattamento). Tuttavia, se clinicamente giustificato il dosaggio può essere aumentato a 600 mg al giorno; la quetiapina deve essere somministrata una volta al giorno, alla sera prima di coricarsi, per ridurre la probabilità di sonnolenza diurna».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Mi piace 0

Clicca sulla stellina per esprimere il tuo gradimento

(0 VOTI / MEDIA 0)

Interessante



Come diventare titolari di Farmacia
 Pacenti G.C.
[Scheda Libro »](#)



Healthcare Marketing
 Pacenti G.C.
[Scheda Libro »](#)



Analisi farmaceutica
 Watson D.G.
[Scheda Libro »](#)



La farmacia online
 Schramm A.
[Scheda Libro »](#)



L'industria delle Medicine
 Zirulia G.
[Scheda Libro »](#)



Storia della Farmacia
 Signore GC.
[Scheda Libro »](#)

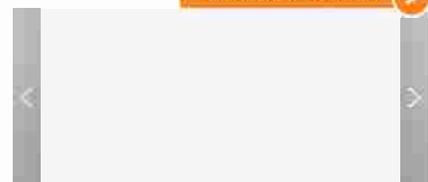
[CONSULTA IL CATALOGO EDIZIONI EDRA >](#)

ULTIMI ARTICOLI DELLA SEZIONE

- 27-08-2015 | Quetiapina, rischi segnalati da Nota informativa Aifa
- 26-08-2015 | Aspirina basso dosaggio e fans a lungo termine protettivi su Ca colon retto
- 05-08-2015 | Pillola contraccettiva protegge donne da tumore utero ed endometrio

ANNUNCI

INSERISCI IL TUO ANNUNCIO >



Iscriviti a Farmacista33

avrà in anteprima le notizie del giorno




La ricerca

Impulsi elettrici, più capacità cognitive

Aumentare le capacità cognitive grazie agli impulsi elettrici e alla stimolazione corticale. Grazie alle ricerche portate avanti dal laboratorio di "Brain Stimulation and Neuroinvestigation" dell'ospedale Santa Maria alle Scotte di Siena, diretto da Simone Rossi e Emiliano Santarnecchi, all'interno del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Neurosensoriali, diretto da Alessandro Rossi. Grazie a uno studio effettuato con l'Università di Oxford su 58 soggetti sani sottoposti a stimolazione corticale non invasiva, cioè con impulsi elettrici a basso voltaggio applicati sullo scalpo è emerso che le persone con capacità

cognitive individuali migliori hanno ottenuto risultati inferiori rispetto ai soggetti più lenti nel risolvere compiti di "intelligenza fluida", suggerendo che è possibile, in contesti sperimentali, ridurre le differenze cognitive individuali. «È quindi possibile allenare e migliorare le capacità cognitive - spiega Simone Rossi - anche e soprattutto in coloro che sembrano avere una minore rapidità di ragionamento, tramite la stimolazione corticale elettrica. Un risultato che apre scenari molto particolari nell'utilizzo di queste metodiche in persone che hanno deficit cognitivi, di attenzione o di memoria».



Lo studio

Tv, smartphone e computer rischio embolia se si esagera

Ester Maria Lorido

Si allunga l'elenco delle malattie che colpiscono gli "schiavi informatici". I dipendenti da uno schermo digitale, quelli che trascorrono

fino a 8 ore davanti alla televisione oppure al computer o 4 al cellulare. E si ammalano di "tecnopatologie". L'ultimo rischio descritto è l'embolia.

A pag. 20

Ore al video, così si rischia l'embolia

Uno studio allunga la lista delle tecnopatologie: stare fermi a lungo davanti a uno schermo può provocare l'ostruzione di un'arteria polmonare

**IL PERICOLO RIGUARDA
ADULTI E ANZIANI
PER PREVENIRLO
ALZARSI E MUOVERSI
COME DURANTE I VOLI
A LUNGO RAGGIO
LA MALATTIA**

Si allunga l'elenco delle malattie che colpiscono gli "schiavi informatici". I dipendenti da uno schermo digitale, quelli che trascorrono fino a 8 ore davanti alla televisione oppure al computer o 4 al cellulare. E si ammalano di "tecnopatologie".

L'ultima, descritta da ricercatori giapponesi, riguarda il cuore. Troppe ore davanti allo schermo espongono al rischio di embolia polmonare (causata dall'ostruzione di una o più arterie polmonari, nella maggior parte dei casi è provocata da coaguli di sangue che giungono nei polmoni da altre parti dell'organismo,

soprattutto dalle gambe), una condizione associata di solito con i voli a lungo raggio.

GLI STRATAGEMMI

Come si legge in un lavoro presentato al congresso della Società europea di cardiologia che si sta svolgendo in questi giorni a Londra di Toru Shirakawa dell'università di Osaka. Un lavoro lungo diciotto anni che ha coinvolto oltre 86mila persone. L'abitudine di guardare una media di 5 o più ore di tv al giorno è stata associata dai ricercatori con il doppio del rischio di embolia polmonare rispetto a quando la visione si riduce a meno di due ore e mezzo al giorno. A rischio adulti ed anziani. Questi ultimi dedicano alla tv mediamente 6 ore al giorno, generalmente seduti sulla poltrona con le gambe giù.

«Contro questo pericolo noi consigliamo gli stessi stratagemmi che si usano durante un volo intercontinentale - spiega Shirakawa - Alzarsi spesso, fare mo-

vimenti con le braccia e con le gambe». In Giappone sta crescendo sempre di più il numero di persone che guarda la televisione per molte ore, oppure sostituisce la tv con lo smartphone e tecnologie simili.

IN ITALIA

Da noi la situazione non è così lontana. I genitori di bambini e adolescenti, secondo un'indagine dell'Osservatorio sui diritti dei minori, arrivano a totalizzare oltre tre ore e mezza giornaliere davanti al video. A campione, mille madri italiane tra i 25 e i 35 anni: il 61% ha sostenuto di guardare la tv per 4 ore giorno, il 22%



tra 2 e 3 ore, il 17% per meno di 2 ore.

Non stupisce, dunque, che alcuni disturbi dei video-teledipendenti siano stati raggruppati sotto l'etichetta di "tecnopatologie" o sindrome del Terzo millennio. Come il tunnel carpale (dolori e perdita di sensibilità alla mano e al polso che inizia con formicolio e gonfiore), il dito a scatto da sms o da joystick (un'inflammatione causata da sollecitazioni ripetute sull'articolazione del pollice), il dolore al collo da messaggi o da tablet (rigidità e dolore che si irradiano lungo le spalle, le braccia e i polsi, più a rischio le donne) i problemi con il sonno, gli attacchi d'ansia, le mangiate compulsive di cibi calorici accompagnati da bevande zuccherate oltre ad una vera dipendenza da nuove tecnologie.

Una vita in cui la virtualità rischia di vincere sulla realtà aumentando la difficoltà a relazionarsi con il mondo esterno.

Lo chiamano "binge-watching", traducibile come "abbuffate" di tv che potrebbero essere anche un sintomo di depressione.

Da uno studio effettuato dai ricercatori Usa dell'università di Austin (Texas), su un campione di 316 giovani di età comprese tra i 16 e i 29 anni, si scopre che ad un maggior accumulo di ore trascorse a guardare ininterrottamente i programmi televisivi corrisponde anche una più accentuata predisposizione alla depressione e all'isolamento.

Ester Maria Lorido

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Fare movimento

► Non restare ore e ore fermi davanti alla tv o al computer con le gambe giù tipo sedile di aereo: alzarsi spesso e muovere anche le braccia

Bloccare la mano Spia bruciore

► La sindrome del tunnel carpale si manifesta in genere con un iniziale formicolio e poi gonfiore della mano, fare un controllo appena compare il dolore

► Un bruciore alla base del pollice (dito a scatto) può essere la spia di un problema degenerativo all'articolazione che, alla lunga, può portare a un processo artrosico

No abbuffate

► Quando si guarda la tv, si gioca alla playstation o si sta al computer il mangiare diventa un compagno "fedele" e non si riesce a calcolare quanto cibo si manda giù

Dir. Resp.: Mario Calabresi

MEDICINA

Meno snack e più frutta per tornare a scuola

DI TODARO PAGINA 30

Meno merendine e più frutta: così si torna a scuola

I consigli dell'Accademia americana di pediatria
"I genitori devono saper imporre regole precise"

**Giovanni
Corsello**
Pediatria

RUOLO: È PROFESSORE
ALL'UNIVERSITÀ DI PALERMO
E PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ
ITALIANA DI PEDIATRIA



FABIO DI TODARO

Un cesto di frutta da tenere al centro della tavola. E un bicchiere d'acqua naturale o di latte scremato da servire a metà pomeriggio, invece di una bevanda zuccherata. Le nuove linee-guida per la prevenzione dell'obesità infantile redatte dall'«American Academy of Pediatrics» arrivano nel momento giusto e ripartono dalla saggezza popolare.

Il messaggio, infatti, giunge diretto alle orecchie dei genitori, impegnati a «riprogrammare» la vita dei figli al rientro dalle vacanze. Dieta equilibrata e stile di vita attivo: la partita si gioca e si può vincere con elementi semplici ma efficaci. Il tutto a partire da un concetto-base: la prevenzione.

Nel documento, pubblicato sulla rivista «Pediatrics», gli specialisti hanno preso di petto un problema che ri-

guarda una parte cospicua della popolazione infantile. Anche in Italia - riferiscono i dati del sistema di sorveglianza «Okkio alla Salute» del [ministero della Salute](#) - nel 2014 i bambini in sovrappeso (vale a dire con un indice di massa corporea - il Bmi - compreso tra 25 e 30) erano il 21%, mentre gli obesi (con un Bmi superiore a 30) erano poco meno della metà. Una situazione preoccupante, con percentuali che diventano via via più alte nelle Regioni del Centro-Sud. Inevitabile, dunque, riportare questa emergenza nella sfera delle priorità della salute pubblica, viste le complicanze che si manifestano durante l'età adulta: in primo luogo con la comparsa di ipertensione, diabete e malattie cardiovascolari, ma anche con il rischio di diverse forme di cancro.

Tra i punti contenuti nelle raccomandazioni si legge che «il tè freddo e le acque frizzanti e aromatizzate andrebbero rimossi dalla dieta di un bambino: meglio prediligere l'acqua del rubinetto e il latte scremato per ridurre gli apporti di sodio e di grassi». Altri consigli utili prevedono gli ingredienti irrinunciabili. «Le diete dei bambini dovrebbero essere ricche di verdura, frutta, cereali integrali, carne

magra, pesce, legumi e latticini a ridotto contenuto di grassi». Significative, poi, le restrizioni da applicare ai fritti, ai prodotti da forno, ai formaggi e anche alle salse.

Un principio fondamentale è il «no» al cibo come premio, e un altro è il «sì» alla possibilità che i bambini decidano insieme con i genitori il menù della cena. Ma, tra i consigli pratici, il più interessante riguarda la collocazione degli alimenti ipercalorici. «Vanno sempre avvolti nella carta stagnola e conservati in fondo nel frigorifero oppure in alto nella dispensa». Così i bambini non li vedranno in continuazione.

Ma - si chiedono in molti - è utopistico pensare di rinunciare con l'inizio del nuovo anno scolastico a merendine e snack salati? «Sarebbe la risposta



più efficace per contrastare il sovrappeso e l'obesità infantile - spiega Margherita Caroli, pediatra e direttore dell'unità operativa dipartimentale di nutrizione della Asl di Brindisi -. In realtà non è una scelta impossibile. Le richieste dei figli, infatti, dipendono dai modelli che osservano in casa: se un bambino vede consumare molti vegetali ai suoi genitori, chiederà più spesso di mangiarli con loro».

Fin qui la dieta. Molto, però, passa anche dalle modalità di svolgimento della giornata, una volta ripresa la scuola. Primo passo da compiere: allontanare i ragazzini - il problema riguarda l'80% di loro - da smartphone e tablet. Si annidano qui, nell'uso smodato, «alcuni problemi clinici e comportamentali descritti negli adolescenti. Sono la cefalea, l'insonnia e lo scarso rendimento scolastico», sottolinea Giovanni Corsello, presidente della Società Italiana di Pediatria. Meglio investire almeno un'ora al giorno nello sport.

Va bene qualsiasi attività, di gruppo o individuale. «Purché, però, non si pensi che poi un bambino possa mangiare senza freni - chiosa Caroli -. Dopo un pasto alla mensa, infatti, a cena è sufficiente un piatto di verdure, accompagnato da un alimento a base di cereali e dalla frutta. Lo sport, se non effettuato a livello agonistico, non richiede una supplemento di energia».

Twitter @fabioditodaro