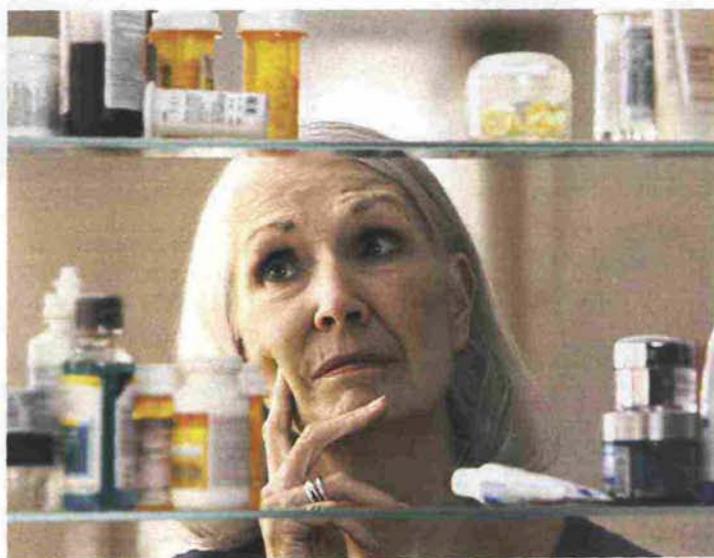


GENTE SALUTE C'È CRISI, MA SNOBBIAMO I PIÙ ECONOMICI FARMACI EQUIVALENTI: MALE!

CON IL RISPARMIO LA PILLOLA VA GIU'

SONO IDENTICI AI MEDICINALI "GRIFFATI", MA COSTANO ALMENO IL 20 PER CENTO IN MENO. EPPURE IN ITALIA IL LORO CONSUMO È IL PIÙ BASSO D'EUROPA. E COSÌ SPENDIAMO 900 MILIONI IN PIÙ



di **Ettore Di Francesco**

Facendo il verso a una recente pubblicità, la domanda è una sola: perché pagare 900 milioni di euro qualcosa che si potrebbe avere gratis? Il punto è proprio questo: avendo a disposizione un farmaco "passato" dal Servizio sanitario nazionale a costo zero per il cittadino, ne chiediamo un altro per il quale invece dobbiamo pagare. Non ci sarebbe alcun motivo per farlo dal momento che i due farmaci sono identici. La sola differenza è la scatola: da una parte una "griffata" con un nome noto, dall'altra una con un nome il più delle volte impronunciabile perché riporta il principio attivo (cioè la molecola alla base del farmaco), il cosiddetto "generico", o meglio "equivalente".

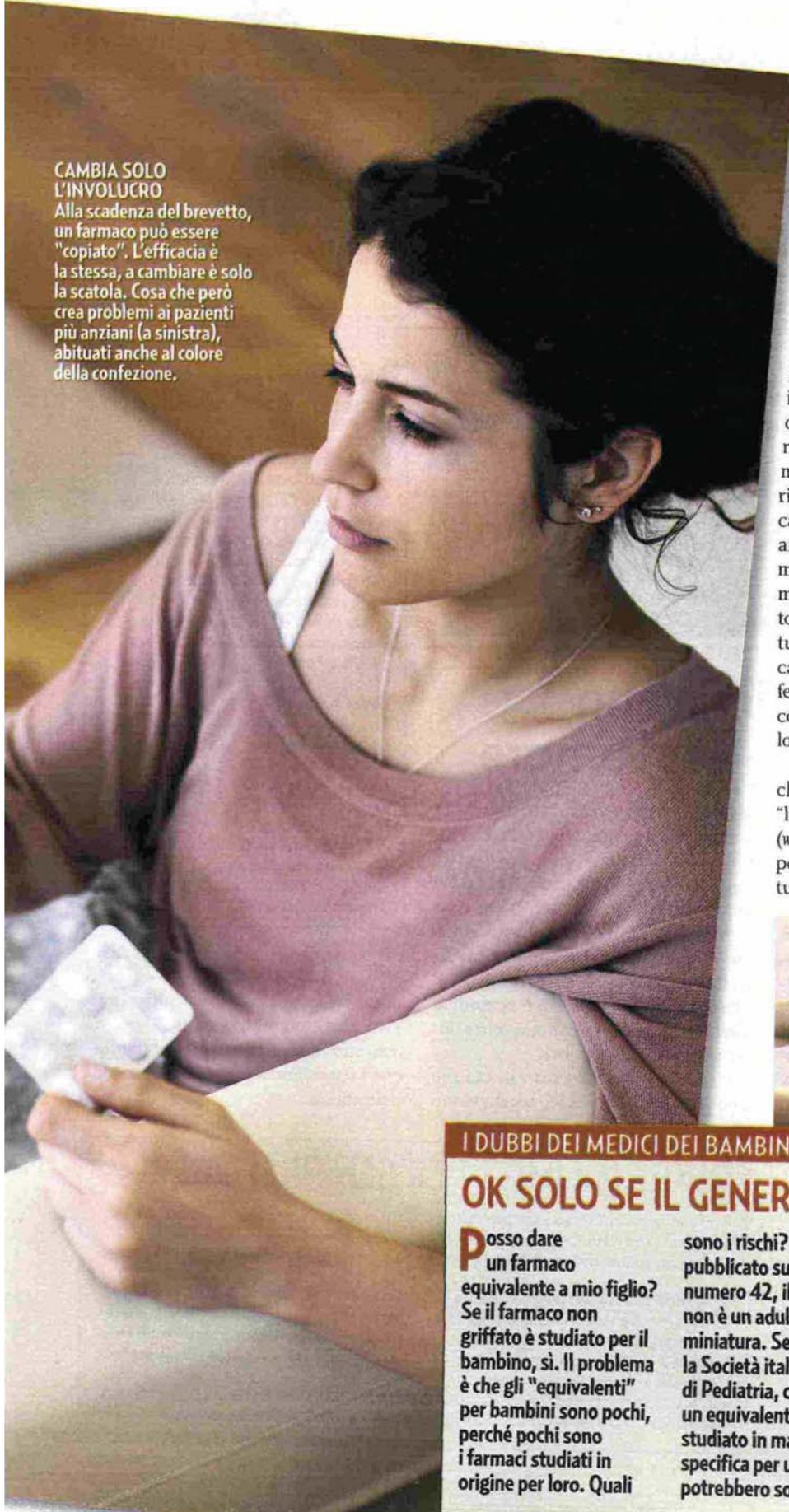
Funziona così: quando una casa far-

maceutica sviluppa un nuovo medicinale, lo brevetta. Alla scadenza del brevetto, dopo 20 anni, chiunque può "copiare" la formula. È il farmaco equivalente. Che, per legge, deve costare almeno il 20 per cento in meno rispetto a quello dal medicinale originatore, come viene definito il "griffato". In epoca di *spending review* è il prezzo più basso che il Servizio sanitario rimborsa. Per cui se del farmaco X esiste "l'equivalente" quello sarà gratuito e se il paziente chiederà il "griffato" dovrà pagare la differenza. Non marginale: si va dai 2,50 euro per un anti-ipertensivo (il principio attivo è l'Irbesartan) agli 11,88 di un antibiotico (il Ceftriaxone). «Eppure in Italia "gli equivalenti" hanno la quota di mercato più bassa dell'Unione Europea, il 20 per cento contro il 50 per cento della Germania, per esempio», calcola Enrique



CAMBIA SOLO L'INVOLUCRO

Alla scadenza del brevetto, un farmaco può essere "copiato". L'efficacia è la stessa, a cambiare è solo la scatola. Cosa che però crea problemi ai pazienti più anziani (a sinistra), abituati anche al colore della confezione.



Hausermann, presidente di AssoGenerici, l'associazione che raggruppa le industrie del settore "equivalenti".

Le ragioni sono diverse. C'è la convinzione che il non griffato sia meno efficace. «Il farmaco equivalente contiene lo stesso principio attivo e la stessa quantità dell'originatore», spiega Pierluigi Russo dell'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco che autorizza il commercio di qualsiasi medicinale. E non potrebbe essere diverso: «Perché mai il genericista dovrebbe cambiare la ricetta di un prodotto già testato ed efficace?», domanda Hausermann. Ma c'è anche l'abitudine del farmacista e del medico a indicare il farmaco di nome (il medico può comunque imporre il griffato, ma deve giustificarlo) e l'idea, soprattutto nel caso di pazienti anziani, che cambiare anche ripetutamente le confezioni del medicinale possa ingenerare confusione (è abituato a prendere la pillola della scatola rossa...).

Comunque sia, a scampo di equivoci, chiunque può consultare le cosiddette "liste di trasparenza" sul sito dell'Aifa (www.agenziafarmaco.gov.it) dove sono riportati gli elenchi dei medicinali, eventuali equivalenti e prezzi.



I DUBBI DEI MEDICI DEI BAMBINI

OK SOLO SE IL GENERICO È PEDIATRICO

Posso dare un farmaco equivalente a mio figlio? Se il farmaco non griffato è studiato per il bambino, sì. Il problema è che gli "equivalenti" per bambini sono pochi, perché pochi sono i farmaci studiati in origine per loro. Quali

sono i rischi? Come già pubblicato su *Gente* numero 42, il bambino non è un adulto in miniatura. Secondo la Società italiana di Pediatria, con un equivalente non studiato in maniera specifica per un piccolo potrebbero sorgere

problemi di sovradosaggio o di inefficacia della terapia perché esiste una tolleranza tra "originatore" ed "equivalente", cosa poco importante per gli adulti, ma da tenere in gran considerazione in un bambino.



adnkronos
salute

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

○ 24 novembre 2014
○ NUMERO 179 | ○ ANNO 8

Pharma *kronos*

Ims, +30% spesa mondiale entro il 2018 ***'Picco' nel 2014 a 70 miliardi di euro***

La spesa farmaceutica mondiale aumenterà fino al 30% nel periodo 2013-2018, e da quest'ultimo anno in poi la spesa totale sarà di quasi 1,3 trilioni di dollari. Questo secondo le nuove previsioni dell'Ims Institute for Healthcare Informatics. Il mercato farmaceutico mondiale aumenterà a un tasso di crescita medio composto (Cagr) del 4-7% nel 2013-18, crescendo di 305-335 miliardi di dollari nel periodo (a tassi di cambio costanti), rispetto ai 194 miliardi registrati nel precedente quinquennio studiato (2009-13), quando il Cagr fu del 5,2%. Si prevede inoltre che la spesa annuale avrà un 'picco' proprio quest'anno a 70 miliardi di dollari, in crescita dai 44 miliardi del 2013 e dai 26 del 2012, ma poi il valore si stabilizzerà fino al 2018, pur rimanendo su livelli superiori del 2009-13. "L'elevato livello di crescita della spesa che prevediamo nei prossimi 5 anni - dice Murray Aitken, diretto-

re esecutivo dell'Istituto Ims - riflette una combinazione insolita fra la maggiore spesa derivata dall'ondata di farmaci innovativi, e risparmi inferiori dalla scadenza dei brevetti. Ciò è particolarmente evidente quest'anno e lo sarà anche il prossimo, soprattutto negli Stati Uniti". I mercati più sviluppati (Usa, Francia, Germania, Spagna, Regno Unito, Italia e Giappone) saranno i driver principali di questa crescita: anche se l'aumento dei prezzi sarà ostacolato dalle misure di contenimento dei costi, i volumi continueranno a contribuire alla crescita complessiva. Solo Francia e Spagna vedranno una contrazione della spesa pro capite nel 2018, come risultato di politiche ad hoc. I 21 mercati 'pharmerging', che rappresentano il 25% della spesa farmaceutica globale, avranno una crescita di oltre il 50% entro il 2018.

Barbara Di Chiara

Lavoro. «L'emendamento al Decreto Istruzione - spiega Galan - voleva correggere una situazione venutasi a creare con il decreto di luglio che era eccessivamente restrittivo e per esempio proibiva di fatto la pubblicità persino sulle vetrine dei negozi che vendono le sigarette elettroniche. Le norme erano più restrittive di quelle per il tabacco e il testo, che è stato riformulato tre volte, originariamente chiedeva semplicemente l'equiparazione delle sigarette elettroniche con quelle tradizionali». L'emendamento «4.25», approvato dai deputati il 23 ottobre scorso, stralcia l'ultima parte del comma 10-bis dell'articolo 51 della legge Sirchia (introdotto appunto con il dl Iva-Lavoro), con la quale erano state applicate alle sigarette elettroniche le norme «in materia di tutela della salute dei non fumatori» previste per i tabacchi. Cancellando proprio quest'ultima frase di fatto viene reso possibile 'svapare' la 'bionda elettronica' dove invece permane il divieto per le sigarette tradizionali: uffici, ristoranti, cinema, mezzi pubblici e bar. L'e-cig rimane invece vietata nelle scuole, in virtù della norma introdotta dallo stesso decreto Istruzione.

Il codacons. «Siamo contrari all'assenza di qualsiasi divieto per le e-cig nei luoghi pubblici come bar, autobus e uffici e da tempo chiediamo una normativa che regolarizzi il settore delle sigarette elettroniche, paragonandole dal punto di vista dei divieti alle normali sigarette», afferma in una nota il presidente di Codacons, Carlo Rienzi, «molto critico» verso l'emendamento al Decreto Istruzione di Giancarlo Galan che di fatto liberalizza le sigarette elettroniche in tutti i luoghi pubblici. «Al momento mancano certezze scientifiche sugli effetti delle e-cigarette per la salute dei fumatori e per chi respira le 'svapate' altrui - aggiunge Rienzi - ma il principio di precauzione vorrebbe che, in questa fase di grande incertezza, la salute dei cittadini sia messa prima di qualsiasi altro interesse. Se quindi è giusto consentire la pubblicità a tali prodotti limitatamente ai negozi specializzati, dall'altro si rende necessario applicare alle sigarette elettroniche gli stessi divieti esistenti per i prodotti da fumo, in attesa di evidenze scientifiche ufficiali», conclude il presidente di Codacons.

http://salute.ilmessaggero.it/focus/notizie/sigarette_elettroniche_via_il_divieto_nei_luoghi_publici_polemiche/0/353511.shtml

Smog: Aea, in città italiane troppe Pm10 e picchi ozono

Eccessivo inquinamento rimane principale minaccia salute Europa

(ANSA) - BRUXELLES, 23 NOV - Metà della popolazione che vive nelle città in Italia respira livelli troppo elevati di polveri sottili (Pm10), mentre il 62% è esposto a quantità eccessive di ozono. E' su quest'ultimo fronte che l'Italia registra picchi di concentrazione fuorilegge da record rispetto al resto d'Europa, specie al Nord con Lecco, Padova, Monza, Varese, Vicenza e Udine. Questi i dati 2012 dell'ultimo rapporto dell'Agenzia europea dell'ambiente (Aea) sulla qualità dell'aria. Applicando i parametri dell'Oms quasi tutte le città europee sono 'malate' di inquinamento, che rimane la minaccia ambientale numero uno per la salute nel vecchio continente. In Italia un dato positivo registrato è il calo nella stima della popolazione urbana esposta al biossido di azoto (NO2) fra 2011 e 2012, che passa dal 46,1% al 25,2%.



"L'inquinamento dell'aria è ancora elevato in Europa" avverte il direttore esecutivo dell'Aea, Hans Bruyninckx, secondo cui questa situazione "comporta costi considerevoli: per i nostri sistemi naturali, la nostra economia, la produttività della forza lavoro dell'Europa e, cosa più grave, per la salute degli europei". Il principale 'killer' rimangono le polveri sottili, che penetrano direttamente nei polmoni. Secondo l'Aea, l'esposizione di lungo periodo alle polveri sottili sarebbe responsabile della maggior parte delle 400mila morti premature provocate dall'inquinamento dell'aria nel 2011, ma anche l'esposizione a livelli elevati di ozono in brevi periodi ha causato un numero significativo di decessi.

http://www.ansa.it/salutebenessere/notizie/rubriche/medicina/2014/11/19/smog-aea-in-citta-italiane-troppe-pm10-e-picchi-ozono_1d81431d-d51e-4301-a73a-53aa6358252c.html

Medicina, specializzandi anche nelle Asl

Camilla Mozzetti

Non ci sono solo i ricorsi che il ministero dell'Istruzione dovrà gestire nei prossimi mesi o le modifiche - finora semplicemente accennate - per l'accesso alla facoltà di Medicina e chirurgia. Sul tavolo c'è da preparare anche il bando del nuovo

concorso di aprile per gli aspiranti specializzandi in Medicina anno 2015. E nel mezzo si piazza un riordino strutturale per le scuole e la possibilità di un doppio canale o binario per conseguire il titolo di pediatra, chirurgo o cardiologo, che chiama in causa anche il dicastero della Salute.

A pag. 13

Medicina, rivoluzione specializzandi

►Bozza allo studio del governo: potranno effettuare tirocinio ►Entro la fine dell'anno arriverà la riduzione degli istituti non più solo nelle scuole ma anche negli ospedali e nelle Asl di formazione con nuovi percorsi didattici e meno corsi

LA RIFORMA

ROMA Non ci sono solo i ricorsi che il ministero dell'Istruzione dovrà gestire nei prossimi mesi o le modifiche - finora semplicemente accennate - per l'accesso alla facoltà di Medicina e chirurgia. Sul tavolo c'è da preparare anche il bando del nuovo concorso di aprile per gli aspiranti specializzandi in Medicina anno 2015. E nel mezzo si piazza un riordino strutturale per le scuole e la possibilità di un doppio canale o binario per conseguire il titolo di pediatra, chirurgo o cardiologo, che chiama in causa anche il dicastero della Salute. Accantonate, solo in parte, le polemiche sulla prima selezione nazionale per gli aspiranti specializzandi in Medicina, un vespaio di malumori sembra alzarsi ancora prima della firma del disegno di legge delega, ex articolo 22 del Patto della Salute, allo studio del ministero della Sanità.

A finire nel mirino l'ipotesi di creare un doppio percorso per gli specializzandi, che prevede la formazione non più solo attraverso le scuole ma mediante le strutture del Servizio sanitario nazionale. E quindi ospedali, (ma non policlinici universitari) e aziende sanitarie locali, come le Asl di territorio. La bozza del Ddl delega contempla, infatti, l'ingresso nel Ssn dei laureati in Me-

dicina già abilitati, che ambiscono a proseguire la formazione, attraverso un inquadramento non dirigenziale e con un stipendio verosimilmente uguale a quello di un caposala e cioè di un infermiere.

I GIOVANI

Dal Segretariato italiano giovani medici, il presidente nazionale, Walter Mazzucco, non nasconde molte perplessità su una modifica che «nei fatti potrebbe portare a specializzandi di serie A e di serie B». Pur essendo favorevoli a una «reale applicazione del sistema di integrazione delle reti formative - spiega Mazzucco - non possiamo accettare canali paralleli che potrebbero generare una serie infinita di contenziosi». Partiamo dai primi. «Lo specializzando che viene assunto in un'azienda del Ssn potrebbe poi essere avvantaggiato in sede concorsuale per posizioni dirigenziali all'interno della medesima azienda». Non solo, «non è chiaro in che modo lo specializzando potrà continuare il percorso didattico, dal momento che le scuole non impongono solo il tirocinio in reparto ma una serie di verifiche ed esami durante il percorso». In più: «Non è certo assicurato - prosegue Mazzucco - che lo specializzando in chirurgia affidato a una determinata Asl territoriale o a un determinato ospedale si trovi poi garantito nella

pratica». Infine, il capitolo retribuzioni. «Secondo questo progetto - conclude - l'inquadramento professionale dello specializzando sarebbe lo stesso di quello usato per il personale infermieristico e, con tutto il rispetto per la categoria, possono essere percorsi equiparabili?».

IL RIORDINO

Al fianco di questo progetto, inoltre, c'è il riordino delle scuole di specializzazione in Medicina che il ministro dell'Istruzione, Stefania Giannini, dovrà licenziare, mediante decreto, non oltre il 31 dicembre come previsto dal decreto-legge 90/2014 (convertito dal Parlamento in norma) sull'efficienza della pubblica amministrazione. Il decreto ministeriale prevede una riduzione con accorpamento delle 54 scuole di specializzazione presenti in Italia. Dal prossimo anno, le scuole dovrebbero ridursi a 40 con un risparmio calcolato che permetterebbe l'attivazione di circa 800 contratti in più, oltre alla riformulazione dei percorsi didattici e alla riduzione dei corsi. Allineandosi agli standard europei, i corsi dovrebbero durare in media quattro anni, mentre per specializzazioni come chirurgia gli anni sarebbero cinque. La modifica interesserà i borsisti del concorso 2015 e gli specializzandi già al terzo anno.

Camilla Mozzetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'esperimento

Scuola, bullismo ko con il metodo finlandese

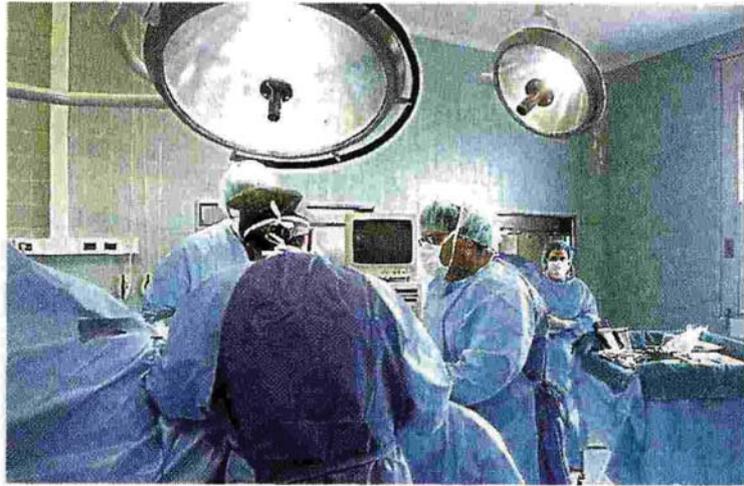
Affrontare il fenomeno del bullismo scolastico adottando un modello di prevenzione e contrasto accreditato a livello internazionale. È la sfida intrapresa dal gruppo di ricerca del Dipartimento di Scienze della Formazione e Psicologia dell'Università di Firenze, che nell'anno 2013-14 ha organizzato in dodici scuole toscane (primarie e secondarie inferiori) di Firenze, Lucca e Siena una sperimentazione del programma antibullismo KiVa, progetto finlandese già testato in Olanda, Galles, Usa, Lussemburgo, Estonia e Giappone. Gli esiti dell'esperienza - che ha coinvolto 1.600 studenti e 100 insegnanti e che consiste in dieci lezioni annuali oltre ad interventi mirati nei casi più gravi - sono positivi: dalle rilevazioni della fine dell'anno scolastico il fenomeno del bullismo, nelle sue varie implicazioni e percezioni, risulta praticamente dimezzato nelle classi che hanno sperimentato il Modello.

40

Il numero delle scuole di specializzazione alla fine del 2014

800

I nuovi posti che si creeranno grazie alla riforma del governo



IN SALA OPERATORIA Cambiano le regole per gli specializzandi

**LE PERPLESSITÀ
DEI GIOVANI MEDICI:
«COSÌ SI RISCHIA
DI CREARE
DUE PERCORSI
PARALLELI»**

Lorenzin

«Serve un fondo anche per il sociale»

«Occorre un Fondo sul Sociale come esiste quello sulla Sanità». Lo ha detto il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, nel corso del suo intervento al III Congresso Nazionale della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute organizzato da FederAnziani a Rimini. Lo riporta un tweet inviato

dall'Ufficio stampa del ministro. «Gli anziani sono veicolo di informazione e formazione per le proprie famiglie», ha detto ancora Lorenzin. «La nuova sfida è quella di una grande operazione culturale per recuperare quei valori e quell'educazione civica di cui gli anziani sono depositari».



SIGARETTE ELETTRONICHE, VIA IL DIVIETO NEI LUOGHI PUBBLICI. POLEMICHE

È rimasto «molto sorpreso» dalla cancellazione del divieto nei luoghi pubblici delle sigarette elettroniche Girolamo Sirchia, ex ministro della Sanità e attuale presidente della Consulta nazionale sul Tabagismo nonché autore della legge del 2003 con la quale è stato introdotto in Italia il divieto di fumo nei luoghi pubblici. La notizia dell'abolizione del divieto, anticipata due giorni fa dall'agenzia di stampa parlamentare [Public Policy](#) e subito [rilanciata dal Messaggero.it](#), sta sollevando non poche polemiche anche tra le associazioni dei consumatori.



Sirchia. «Prima una tassazione fuori misura e adesso quello che sembra una sorta di compensazione, sembra una gara a chi fa peggio - ha detto Sirchia, aggiungendo di essere rimasto «molto sorpreso da quello che sembra un blitz. È un cattivo provvedimento, non certo mirato alla salute pubblica, anche nella parte che riguarda la liberalizzazione della pubblicità. Non è certo una immagine edificante quella di una persona che fuma, anche se si tratta di una sigaretta finta. È una brutta immagine. Sono favorevole alla sigaretta elettronica - continua l'ex ministro della Sanità - quando viene usata come presidio per smettere di fumare. Certo è meno dannosa della nicotina combusta della sigaretta tradizionale. Però non si può costringere chi ti sta accanto a respirare vapori che possono essere anche di nicotina. Certo adesso è diventato legge, ma speriamo il divieto che si possa recuperare», conclude Sirchia.

Galan difende il provvedimento. «Nessuna svista», bensì la «correzione di un eccesso di proibizione», in primo luogo per la pubblicità, si difende il presidente della commissione Cultura della Camera Giancarlo Galan (Pdl), autore dell'emendamento al decreto Istruzione, ora convertito in legge, che ha cancellato il divieto di utilizzo della sigaretta elettronica nei luoghi pubblici, introdotto a giugno con il decreto Iva-



24/11/2014

TRAPIANTI: A FIRENZE IL PRIMO PRELIEVO FEGATO CON GOOGLE GLASS

(AGI) - Firenze, 21 nov. - Primo prelievo al mondo con la tecnologia Google Glass. Il prelievo di fegato e' stato eseguito nei giorni scorsi nelle sale operatorie di Careggi i Firenze dai chirurghi Emanuele Balzano e Davide Ghinolfi dell'Unita' operativa di Chirurgia epatica e del trapianto di fegato dell'azienda ospedaliero-universitaria Pisana diretta da Franco Filipponi, utilizzando i Google Glass. Il progetto "Google Glass a supporto della sicurezza e della qualita' dei prelievi d'organo" e' una vera e propria novita' all'interno del mondo trapiantologico. Il progetto e' stato realizzato in collaborazione con Ott (Organizzazione Toscana Trapianti) e Aido Toscana (Associazione Italiana Donatori d'Organo e Tessuti). "Le nuove tecnologie sono di grande aiuto alla sanita', perche' consentono di curare sempre meglio i nostri pazienti - e' il commento dell'assessore al diritto alla salute Luigi Marroni - la sanita' toscana si confronta con queste nuove tecnologie e ne valuta l'efficacia. Mi congratulo con i professionisti che hanno realizzato il prelievo, e mi auguro che l'utilizzo di questa nuova tecnologia, che per ora e' stata testata da Careggi e Aou Pisana, possa diffondersi presto in altre realta' della Toscana". Le nuove tecnologie, dice Franco Filipponi, "aumentano la sicurezza e la qualita' della procedure chirurgiche, tra cui i prelievi d'organo ed i trapianti. Tra queste sicuramente un ruolo fondamentale e' rivestito dalla realta' aumentata e dai Google Glass". Il progetto - come spiega Adriano Peris responsabile Ott - attraverso i Google Glass ha permesso nel corso di un prelievo di organi di registrare le fasi salienti della procedura con la stessa visuale dell'operatore, allo scopo di trasmettere informazioni atte a migliorare la qualita' e la sicurezza del percorso trapiantologico". "Le equipe di prelievo d'organo in Italia - ha spiegato Emanuele Balzano - sono numerose e si muovono per le sale operatorie sparse su tutto il territorio nazionale; a volte operano in condizioni precarie. Il supporto tecnologico permette di trasmettere e ricevere informazioni utili in tempo reale, ottimizzando il processo anche dal punto di vista dei costi. Di non secondaria importanza il ruolo didattico dei Google Glass nel migliorare la formazione dei chirurghi prelevatori, anche grazie alla qualita' delle immagini registrate". I Google Glass sono device che si possono indossare e che permettono di eseguire una serie di operazioni come scattare foto e fare video, navigare su internet, telefonare e mandare email. Il tutto puo' essere eseguito con comando vocale, permettendo quindi al chirurgo di avere le mani libere, senza mai toglierle dal campo operatorio sterile. Le informazioni sottoforma di testi, immagini, video o pagine Html sono proiettate su un prisma posto sulla sommita' della stanghetta destra. Nel corso della procedura immagini registrate con i Google Glass e riguardanti "la valutazione macroscopica del fegato" sono state inviate da Firenze in tempo reale al coordinatore locale per i trapianti di fegato a Pisa. Cio' ha permesso di diminuire i tempi tecnici di valutazione dell'organo, riducendo i cosiddetti tempi di ischemia e ottenendo un miglior risultato. Inoltre le fasi salienti della procedura sono state registrate ottenendo un video didattico per chirurghi in formazione per prelievi d'organo. La novita' sta nel riuscire ad ottenere immagini dalla stessa visuale dell'operatore ad altissima qualita' e facilmente condivisibili. Dal punto di vista didattico, i Google Glass sono rivoluzionari perche' i chirurghi in formazione non si limiteranno ad osservare, ma apprenderanno la tecnica chirurgica come se fossero loro stessi al tavolo operatorio.

<http://scm.agi.it/index.phtml>

L'asma curata in un caso su quattro

Moltissimi i malati che sono discontinui o distratti nel seguire le terapie oppure che le «sbagliano». Peggio ancora va con la bronchite cronica

C'è chi prende i farmaci dal lunedì al venerdì, ma poi nel fine settimana e in vacanza non riesce a seguire la cura come si deve. C'è chi dimentica la dose quotidiana perché è anziano, ha una lista lunghissima di medicinali da assumere ogni giorno e qualcosa sfugge. C'è chi non si cura perché si sente un po' meglio e allora taglia le medicine, temendone gli effetti collaterali. I motivi per abbandonare la terapia delle malattie respiratorie croniche, asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), sono tanti.

Ma il risultato finale è solo uno: in media i pazienti seguono la terapia per inalazione, la più utilizzata per queste patologie, per meno di tre mesi l'anno, gli anziani non più di 60 giorni, bambini e adolescenti ancora più a singhiozzo.

Lo rivelano i dati diffusi in occasione dell'avvio della campagna *Le 3C di aderenza*, pro-

mossa dalla Società Italiana di Medicina Respiratoria e dalla Società Italiana di Allergologia Asma e Immunologia Clinica (vedi box) proprio per migliorare la consapevolezza dei malati, la correttezza dell'inalazione e la costanza nelle cure.

Tre «C» appunto per le quali c'è ancora molta strada da fare, come spiega G. Walter Canonica, direttore della Clinica di Malattie dell'Apparato Respiratorio dell'Università di Genova e presidente Siiac: «Metà della popolazione non sa che cosa sia l'asma, per oltre l'80% la BPCO è del tutto sconosciuta. Questo porta a sottovalutarle, a pensare ad esempio che se non si hanno sintomi si possano sospendere i farmaci: non è così, perché poi i problemi tornano, spesso più gravi».

La mancata o inadeguata aderenza alle cure è causa del 24% delle ricadute e del 60% dei ricoveri. Ma come migliorarla, nella pratica? «Bisogna dedicare tempo al paziente, spiegandogli come e perché deve pren-

dere i farmaci così che ne comprenda davvero l'importanza — interviene Francesco Blasi, docente di malattie respiratorie all'Università Statale di Milano e presidente eletto SIMeR —. Leggendo da solo il «bugiardino» dell'inalatore 1 malato su 5 sbaglia le manovre; se la procedura viene mostrata dal medico e provata assieme, oltre la metà dei malati non commette errori. La terapia, inoltre, deve essere più semplice possibile: la maggioranza preferisce una singola somministrazione giornaliera».

A volte bastano piccoli trucchi per curarsi meglio: tenere il farmaco nello stesso posto aumenta del 44% l'aderenza, associare all'inalatore un altro gesto quotidiano l'accresce del 33%. «Indicazioni scritte e momenti di «richiamo» del paziente in cui si controlla se la terapia procede bene sono indispensabili — aggiunge Canonica —. Va detto che un grosso scoglio c'è perfino prima della prescrizione dei farmaci: oltre la metà

dei pazienti non sa di essere malato, così di fatto, fra mancate diagnosi e terapie abbandonate o seguite a intermittenza, trattiamo meno di 1 caso su 4».

Se con l'asma va un po' meglio, la malattia davvero ignorata è la BPCO che, secondo le stime, resta senza diagnosi in 6 casi su 10. Il fattore di rischio principale è il fumo, che provoca enfisema e bronchite cronica e contribuisce all'ostruzione delle vie aeree e alla diminuzione del flusso respiratorio tipiche della BPCO.

«Tosse, catarro, affanno sono segni caratteristici di BPCO ma i fumatori li considerano «normali», conseguenza inevitabile del loro «vizio» e dell'invecchiamento — dice Francesco Blasi —. Moltissimi arrivano tardi alla diagnosi e alle cure. I fumatori con sintomi respiratori, invece, dovrebbero essere «intercettati» dal medico di famiglia e sottoposti agli esami del caso».

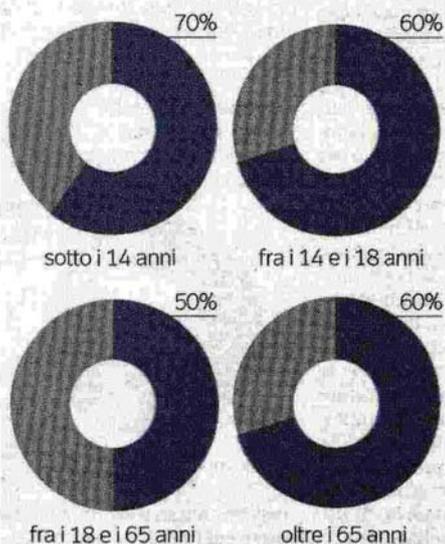
Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le cifre

7,5 milioni Gli italiani con asma e/o broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

Non aderisce alla terapia o la segue commettendo errori



Fonte: Agenzia delle Entrate

Corriere della Sera

«Le 3C di aderenza»

I medici raccomandano ai pazienti consapevolezza, correttezza e costanza

Errori

Un asmatico su cinque usa male l'inalatore perché il medico non gli spiega bene come fare



L'esperto risponde

alle domande sulle patologie respiratorie all'indirizzo <http://forum.corriere.it/malattie-respiratorie>



LE MALATTIE CRONICHE DEL RESPIRO: CAMPAGNA INFORMATIVA PER MIGLIORARE L'ADERENZA ALLE CURE

Dall'asma alle bronchiti all'enfisema oltre 7,5 milioni di italiani senza fiato

«Solo un'emozione ha il diritto di lasciarti senza fiato. Le malattie respiratorie no». È con questo appello che gli specialisti si rivolgono agli oltre 7,5 milioni di italiani alle prese con malattie respiratorie croniche come asma e Bpco (broncopneumopatia cronica ostruttiva). Un invito, che diventerà una maxi campagna di sensibilizzazione, a non mollare le terapie, a seguirle correttamente e con costanza e consapevolezza: le 3 «C» dell'aderenza per rimediare a «una fotografia drammatica», spiega Walter G. Canonica, direttore della clinica di malattie dell'apparato respiratorio dell'università di Genova e presidente Siaaic (Società italiana di allergologia, asma e immunologia clinica). Secondo i dati disponibili la metà delle persone affette da queste malattie è senza diagnosi, e più della metà dei pazienti non aderisce correttamente alle terapie e non si cura per più di 3 mesi in un anno.

Sono più a rischio di terapie inadeguate e «intermittenti» i bambini, nei quali l'adesione alle cure dipende molto dai genitori - intervengono Francesco Blasi, Ordinario di Malattie Respiratorie dell'Università Statale di Milano e presidente eletto SIMER-.

Altra categoria a rischio, gli adolescenti: spesso per ribellione evitano deliberatamente i farmaci, negando la malattia e rendendo la terapia un mezzo per vincere la propria personale guerra verso l'indipendenza. Infine hanno una scarsa aderenza alle cure gli anziani, che dimenticano più spesso i medicinali e non di rado devono essere curati per più di una patologia, ritrovandosi a dover affrontare regimi terapeutici complessi e gravosi nei quali inevitabilmente finiscono per tralasciare qualcosa. Spesso si tratta degli inalatori, perché se i sintomi sono relativamente sotto controllo molti pensano di non averne bisogno; così li scordano, finché la prima ricaduta grave non di rado costringe a un ricovero».

Per abbattere le barriere all'aderenza alle terapie i massimi esperti di malattie respiratorie (di società scientifiche internazionali) si sono affidati a un manifesto.

«Si è visto che semplicemente consigliare di tenere i farmaci sempre in uno stesso posto accresce del 44% l'aderenza, favorire una routine per l'assunzione della dose quotidiana associandola a un'altra attività consueta la aumenta del 33%. Servono colloqui regolari con il paziente - elencano Canonica e Blasi - momenti educazionali ripetuti (che hanno mostrato di aumentare l'adesione alle cure dal 40 al 57%), semplificazione del regime terapeutico per quanto possibile: oltre il 60% dei pazienti preferisce una sola somministrazione giornaliera».

Ma lo sforzo degli specialisti è anche per la diagnosi: «Il medico di medicina generale deve fare «case finding», porre le giuste domande per individuare i soggetti a rischio. Per esempio per la Bpco, malattia subdola che spesso allerta con i sintomi quando è già in stato avanzato, i fumatori over 40».

Da qui la decisione degli specialisti della Siaaic e della Simer (Società italiana di medicina respiratoria) di scendere in campo con una maxi campagna: uno spot d'effetto, con l'appello a curarsi, verrà trasmesso anche sui canali social di Facebook e Youtube. Sarà inoltre aperto un sito web (www.aderenza3c.it) e fino ai primi mesi del 2015 in un ampio campione di farmacie del Paese saranno a disposizione infermieri specializzati per aiutare a fugare i dubbi pratici che spesso assalgono i malati, in particolare sull'uso degli inalatori.

Perché le conseguenze delle cure mancate non sono da poco: una ricaduta grave su 4 e 6 ricoveri su 10 sono imputabili proprio alla mancata o inadeguata aderenza alla terapia, con costi evitabili che secondo le stime degli esperti «arrivano a quasi 10 miliardi di euro l'anno».



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

Eternit, si va verso la riforma della prescrizione: “Un ddl alle Camere già la prossima settimana”

Rabbia per la sentenza. Renzi accelera: nuove regole. Guariniello chiude l'inchiesta bis



La riforma della prescrizione, sull'onda della dolorosa vicenda Eternit e dopo le sollecitazioni di Matteo Renzi, riparte dalla Camera. A quanto pare con un ddl del governo, come annuncia il ministro Orlando, che avrà un iter sprint a partire dalla prossima settimana.

L'indignazione trasversale della politica, dal Pd ai 5 stelle, e le parole del presidente del Consiglio Matteo Renzi - «cambieremo il sistema del processo e le regole del gioco» - ottengono dunque un effetto pratico: l'intesa tra la presidente della Camera Laura Boldrini e il collega del Senato Pietro Grasso per cambiare e «sbloccare», dopo un lungo conflitto di attribuzione tra Palazzo Madama e Montecitorio, il disegno di legge che dovrebbe rivedere i termini della materia. Il provvedimento in questione era stato presentato dal presidente della commissione Giustizia Donatella Ferranti del Pd. Ma, dopo l'annuncio del ministro della Giustizia, la corsia preferenziale sarà data alle misure messe in campo dall'Esecutivo. Ma infuria comunque la polemica con i 5 stelle che attaccano il Pd e la minoranza Dem che torna a criticare il presidente del Consiglio accusandolo di svegliarsi in ritardo. Renzi, ai microfoni di Rtl, aveva parlato di «incubo prescrizione», visto che «le domande di giustizia non vengono meno» nel tempo. Un reato, insomma, è o non è. Ecco, è proprio su come tradurre la richiesta di giustizia in fatti concreti che il «palazzo» si è interrogato. Perché se è vero che da un lato c'è il tema della prescrizione in generale - e qui i disegni di legge fermi in Parlamento sono tre (del Pd, di Scelta Civica, del Movimento 5 Stelle). Ai quali - si contesta - bisogna aggiungere quello del governo di cui erano però perse le tracce dall'agosto scorso. Al Senato «giace» in attesa di approvazione definitiva anche il ddl in materia di delitti contro l'ambiente. Questioni distinte sì, ma fino a un certo punto. Già perché il ddl «ecoreati» prevede comunque l'aumento dei termini di prescrizioni e norme più stringenti contro i crimini di natura ambientale, istituendo per esempio il reato di disastro ambientale che ancora manca nell'ordinamento italiano. E su questo punto si registra il nuovo «pressing» del presidente della commissione Ambiente alla Camera Ermete Realacci: «È arrivato il momento - dice - di accelerare e approvare in via definitiva il ddl». «Se lo si vuole migliorare - aggiunge - lo si migliora. Detto questo, forse il governo non ha garantito fino ad ora la «spinta» adeguata al provvedimento». Che è stato fermo «per la preoccupazione

di alcuni mondi produttivi». Insomma, per rimanere `sul pezzo´ - il clamore scatenato dalla sentenza Eternit - il modo per intervenire in tempi brevi ci sarebbe. Ora, dopo la presentazione degli emendamenti, dalla prossima settimana in Senato si procederà all'istruttoria. E si vedrà. Una partita che ha riacceso gli animi in Parlamento e su cui il presidente del Senato Grasso è categorico: «C'è una legge sulla prescrizione che è sbagliata e che va cambiata al più presto, sono 15 anni che lo dico». Dura la reazione del Movimento 5 Stelle. «Il Pd non smette di fare il solito gioco dalle due facce», dicono i deputati pentastellati della commissione Ambiente. «A parole s'indigna per la sentenza Eternit e vuole incontrare i familiari delle vittime ma poi i fatti dicono altro». Critica anche - parte - della minoranza Pd. Lucrezia Ricchiuti e Pippo Civati commentano infatti le parole di Renzi sulla prescrizione con un ironico «alla buon'ora, presidente!».

Intanto ieri la Procura di Torino ha chiuso formalmente l'inchiesta Eternit bis in cui è indagato Stephan Schmidheiny. Si procede per omicidio volontario continuato. All'imprenditore svizzero saranno contestati 256 casi di morte. I pm Raffaele Guariniello e Gianfranco Colace hanno quindi lavorato sul reato non più di disastro, ma di omicidio. Anzi: omicidio volontario. Perché il viatico all'accusa arriverà proprio da quella frase che il Procuratore generale ha pronunciato nella sua requisitoria - «Per me l'imputato è responsabile di tutte le condotte a lui ascritte» - prima di entrare nella disquisizione, molto delicata e poco condivisa, della differenza che c'è tra il diritto e la giustizia.

L'eliminazione dell'amianto in sicurezza «procede con eccessiva lentezza nel nostro Paese, anche per l'esiguità delle risorse. È necessario accelerare i tempi. È forte infatti la preoccupazione per questo minerale presente ancora in grandi quantità e in varie forme in edifici, pubblici e privati, in tutte le nostre Regioni, con la lunga scia di morti per tumore e, in particolare, per mesotelioma». Lo afferma Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), sottolineando la necessità di affrontare la problematica del riconoscimento della malattia professionale per i lavoratori già esposti. «Ogni anno nel nostro Paese sono circa 1200 le nuove diagnosi di mesotelioma - rileva Pinto -. Anche se tale tumore è stato inserito nell'elenco delle malattie professionali, vi sono ancora inconcepibili ritardi nel riconoscimento previdenziale. Vanno inoltre garantiti uguali diritti ai pazienti con mesoteliomi insorti dopo esposizioni ambientali ad amianto, ai familiari dei lavoratori e alla popolazione generale». L'AIOM, sottolinea Pinto, «è impegnata perché con un approccio sempre più multidisciplinare tutti i pazienti affetti da mesotelioma possano ricevere con equità e qualità in tutto il Paese i migliori approcci diagnostici, terapeutici e cura dei sintomi e perché, anche per il mesotelioma, si sviluppi la migliore ricerca biologica e clinica». Il prossimo gennaio, annuncia il presidente AIOM, «organizzeremo la III Consensus Nazionale per il controllo del mesotelioma della pleura a Bari, una delle aree a `rischio´. È fondamentale sensibilizzare le istituzioni e i cittadini sulla gravità e l'impatto della malattia».

OBIETTIVO SALUTE**TABAGISMO/2****Informazione ed educazione per contrastare il «big killer»**

È partita dal Piemonte nei giorni scorsi, e proseguirà in un percorso che si snoda in otto regioni, la campagna di sensibilizzazione sul tumore del polmone, una malattia che colpisce ogni anno circa 40mila persone in tutta Italia. Si tratta della terza neoplasia più frequente, dopo quelle al colon retto e al seno. Eppure i cittadini non sembrano essere bene informati sulle cause di questa neoplasia, fumo in primis. Infatti, 8 italiani su 10 non sanno che il fumo provoca il cancro del polmone. Il 71% infatti fuma regolarmente in luoghi chiusi, mentre per il 43% smettere con le sigarette non riduce il rischio di sviluppare la malattia.

Si tratta di una ignoranza diffusa che preoccupa, visto che il 49% dichiara di fumare in presenza di bambini e solo il 45% cambierebbe il suo stile di vita per prevenire la neoplasia.

Questi dati sono frutto del sondaggio condotto dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) su oltre 3.000 cittadini. L'indagine è parte integrante della campagna nazionale di sensibilizzazione sul tumore del polmone, promossa dall'Aiom. L'iniziativa ha il patrocinio della fondazione "Insieme contro il cancro" e

dell'associazione dei pazienti "Walce" (Women against lung cancer in Europe).

Continuando con i dati della ricerca, il 59% degli intervistati ritiene che chi è colpito dalla malattia, soprattutto se si tratta di un tabagista, sia "colpevole" della sua condizione. Respirare sigarette, proprie e altrui, determina il 90% del totale dei decessi per tumore del polmone. E il fumo passivo è un importante fattore di rischio, che aumenta fino al 30% le probabilità di sviluppare la malattia. Ma, come risulta dal sondaggio, troppi ignorano le regole fondamentali della prevenzione.

L'Aiom ha realizzato anche un'indagine fra i propri soci ed è prevista la diffusione in tutti i centri di oncologia della penisola di due opuscoli informativi: uno sui danni del fumo passivo (e attivo), da distribuire anche negli ambulatori dei medici di medicina generale, l'altro su come affrontare al meglio questa neoplasia, destinato ai pazienti e ai familiari.

In Italia il cancro del polmone è uno dei cosiddetti "big killer" ed è difficile individuarlo in fase iniziale. Negli ultimi anni, la percentuale di persone che hanno superato la soglia dei 5 anni senza ricadute è aumentata: negli uomini dal 10 al



14%, nelle donne dal 12 al 18%. Questi risultati positivi sono dovuti anche alla ricerca, che permette agli oncologi di somministrare terapie più efficaci. Tra le nuove molecole, afatinib ha un meccanismo d'azione innovativo e si differenzia dai trattamenti mirati attualmente disponibili perché è in grado di inibire in maniera

irreversibile i recettori che svolgono un ruolo centrale nello sviluppo e nella diffusione dei tumori più pervasivi e a mortalità elevata come il carcinoma polmonare. La prevenzione è un'arma fondamentale nella lotta contro i tumori, una prevenzione che passa dalle campagne di informazione ed educazione.

