

# RASSEGNA STAMPA

## DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

### DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

MERCOLEDI' 18 FEBBRAIO 2015

---

---

#### SOMMARIO

##### LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ SASSARI **Cardiochirurgia: noi pronti in 20 minuti** Verso la sospensione il dirigente del 118 di Palermo che ha fatto arrivare l'elicottero ad Alghero per farsi portare in Sicilia
- ❖ REGIONE **Trovate anche le risorse da destinare ai malati di Sla** Il fondo è stato riportato al massimo, 242 milioni di euro **Non autosufficienti: altri 43 milioni per la loro assistenza**

##### L'UNIONE SARDA

- ❖ 118, cade la testa del **direttore Il professionista in vacanza ad Alghero si era fatto venire a prendere in elicottero** L'assessore siciliano alla Sanità Borsellino: «Gravi abusi»
- ❖ **«Fatto scandaloso di proporzioni enormi»** Parla Giuseppe Zuccatelli, presidente dell'Agenas (servizi sanitari)

##### QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ Epatite C. **Arriva anche in Italia il Simeprevir della Janssen.** Senza interferone, guarigione in oltre il 90% Celiachia. **In Italia i celiaci sono oltre 164mila.** In Lombardia, Lazio e Campania la maggiore prevalenza. **La Relazione al Parlamento dei casi**
- ❖ **Liberalizzazioni.** Aifa: “Quelle già in vigore hanno fallito. Italiani hanno speso più di prima per i farmaci di fascia C: +200 milioni dal 2006”

##### SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ **Ristorazione pediatrica in corsia: le linee guida in Gazzetta**

##### DOCTOR 33. IT

- ❖ **Certificati di decesso. Obbligo d'invio online all'Inps: medici devono accreditarsi**
  - ❖ **Ospedali gestiti da infermieri. Milillo: Attenzione a responsabilità clinica paziente**
  - ❖ **La Soi al Presidente e al Premier: rischio di cecità per migliaia di pazienti**
  - ❖ **CLINICA Terapia ormonale sostitutiva associata ad aumento del rischio di ca ovarico**
- 
-

### **SASSARI Cardiochirurgia: noi pronti in 20 minuti** **Verso la sospensione il dirigente del 118 di Palermo che ha fatto arrivare l'elicottero ad Alghero per farsi portare in Sicilia**

Si va verso la sospensione dall'incarico di Gaetano Marchese, il direttore del 118 di Palermo che il 15 gennaio - colto da malore mentre era in vacanza ad Alghero - si è fatto soccorrere da una équipe arrivata direttamente con l'elisoccorso dalla Sicilia. La conferma è arrivata ieri sera dall'assessore alla Salute della regione siciliana Lucia Borsellino, figlia di Paolo, il magistrato ucciso dalla mafia: «Dal lavoro degli ispettori incaricati dall'assessorato – ha detto – ci sono già elementi che ci porteranno a chiedere provvedimenti sanzionatori nei confronti di chi ha agito senza il rispetto delle procedure». L'assessore ha sottolineato che per quel volo straordinario «non risulta pervenuta nessuna richiesta preventiva all'assessorato, neppure una telefonata». Al momento Gaetano Marchese, ricoverato in ospedale a Palermo dopo il delicato intervento chirurgico, è in convalescenza: «Noi stiamo intervenendo – ha detto Lucia Borsellino – per dare disposizioni all'azienda affinché si proceda con la sospensione, con decorrenza immediata. Non trascureremo neanche gli aspetti legati all'impiego delle risorse». E su questo aspetto ha preso posizione anche Angelo Zuccatelli, presidente dell'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari: «Se quel signore ha deciso, per scelte sue, che Sassari non andava bene e voleva Palermo, doveva pagarsi un elicottero privato e non utilizzare quello pubblico. Lo scandalo è questo. Quando prendi certe decisioni, lo fai con i tuoi soldi. Se ci fosse stata in quel momento una emergenza in Sicilia come la si giustificava? Il caso va stigmatizzato in tempo reale. Non c'è neppure bisogno di fare indagini». E il discorso torna proprio su Sassari, dove Gaetano Marchese poteva essere operato: l'Unità operativa guidata da Michele Portoghese era pronta per eseguire l'intervento nel giro di 20 minuti, giusto il tempo del trasferimento del paziente da Alghero. Il noto cardiocirurgo evita qualsiasi polemica e lascia spazio ai dati ufficiali. L'ospedale «Santissima Annunziata» è tra i migliori in Italia nella cardiocirurgia valvolare, ha conseguito performance superiori rispetto a tutti i migliori centri di eccellenza italiani. Lo rilevano le indagini dell'Agenas (l'Agenzia nazionale dei servizi sanitari). La cardiocirurgia sassarese è stata - nell'intero panorama nazionale - quella che ha conseguito l'esito «mortalità per interventi bypass aortocoronarico pari a zero, risultando la migliore d'Italia». Rispetto alla patologia del paziente che ha scelto di essere operato a Palermo, dalla cardiocirurgia sassarese fanno sapere che «i casi di dissecazione aortica così localizzata si verificano con una frequenza di 10-15 casi l'anno per milione di abitante. Si tratta di una situazione che interessa l'aorta nell'immediata prossimità del cuore». La mortalità è del 2 per cento ogni ora che passa, per questo è importante intervenire subito dopo la diagnosi. «Si tratta di una specialità che può trattare esclusivamente la cardiocirurgia, con un intervento a

cuore aperto e gli unici centri sardi di Sassari e Cagliari sono sempre disponibili nell'arco delle 24 ore». Nel caso specifico del 15 gennaio. l'unità operativa guidata dal professor Michele Portoghese era pronta per l'intervento nel giro di 20 minuti, il tempo che serve per il viaggio da Alghero a Sassari. E il fatto che il paziente abbia scelto autonomamente di andare altrove non toglie certo le certificazioni di eccellenza che fanno del reparto del "Santissima Annunziata" il migliore d'Italia.

## **REGIONE Trovate anche le risorse da destinare ai malati di Sla Il fondo è stato riportato al massimo, 242 milioni di euro Non autosufficienti: altri 43 milioni per la loro assistenza**

L'ultima correzione al volo è stata ancora sul sociale, perché «questa maggioranza vuole garantire le risorse necessarie a chi ha davvero bisogno». Nella prossima Finanziaria, come anticipato, la Giunta ha fatto risalire al massimo possibile, fino a 242 milioni, il fondo per l'assistenza ai non autosufficienti (38mila) e agli oltre 2mila casi del progetto "Ritornare a casa", che da sempre paga l'assistenza a domicilio, ventiquattr'ore su ventiquattro, ai malati di Sla. L'aumento del fondo (+43 milioni) è arrivato alla vigilia della clamorosa manifestazione che proprio i malati di Sla e le loro famiglie avevano organizzato oggi a Cagliari per protestare contro i tagli. Capeggiata da Salvatore Usala, è lui il portavoce del Comitato 16 novembre e in passato ha presidiato sulla sedia a rotelle anche più di un ministero a Roma, la manifestazione si farà lo stesso. Al portone dell'assessorato alla Salute sono attese oltre 45 associazioni e quasi 200 persone, fra loro anche 72 malati. Sono quelli che da giorni hanno cominciato a digiunare e oggi erano pronti a staccare le batterie degli autorespiratori per ottenere quei 43 milioni in più. I soldi sono arrivati e alla fine la protesta di questa mattina si trasformerà con molta probabilità in un confronto serrato con l'assessore alla Salute, Luigi Arru, sulla qualità dell'assistenza. La novità. «L'ipotesi di riduzione dello stanziamento – ha detto il presidente della Regione, Francesco Pigliaru – era motivata dagli incrementi di spesa nel welfare sociale che ci sono stati in questi anni senza ci fosse mai un effettivo controllo». I controlli ci saranno, in futuro, ma adesso «abbiamo fatto uno sforzo importante per rasserenare chi, colpito da disabilità, poteva pensare di essere stato abbandonato». Nessuno è stato dimenticato – ha ribadito l'assessore alla Salute, Luigi Arru – «e questo aumento del fondo è un passaggio importante, anche se ci riserviamo il diritto di guardare presto e con attenzione ogni singolo caso, per verificare se finanziamo davvero l'assistenza ai non autosufficienti, oppure i contributi sono in realtà una meno necessaria integrazione del reddito». Arru ha confermato che comincerà un'analisi approfondita di tutte le misure del welfare sociale per «evitare subito sprechi e prestazioni non dovute». I milioni. Recuperarli non è stato facile, ha confermato l'assessore al Bilancio Raffaele Paci: «Le maglie della manovra 2015 – le sue parole – sono sempre più strette, ma con la maggioranza abbiamo fatto un buon lavoro di squadra e raggiunto un risultato importante senza intaccare altre voci della spesa sociale e solo grazie al recupero di nuove coperture finanziarie per 43 milioni».

Soddisfatti dell'obiettivo raggiunto il capogruppo del Pd Pietro Cocco, che ha parlato a nome della maggioranza, «su alcuni temi sensibili come questo ci siamo mossi con molta delicatezza» e il presidente della commissione Bilancio del Consiglio, Franco Sabatini: «Abbiamo ascoltato e accolto le contestazioni di questi giorni ma sentiamo anche il dovere di riorganizzare al più presto un welfare che da oggi sia più razionale e giusto».

## L'UNIONE SARDA

### **118, cade la testa del direttore Il professionista in vacanza ad Alghero si era fatto venire a prendere in elicottero L'assessore siciliano alla Sanità Borsellino: «Gravi abusi»**

È convalescente, e quindi per ora resta al suo posto, «nel pieno delle sue funzioni». Ma, fa sapere l'assessore regionale alla Sanità, Lucia Borsellino, la sua testa è già caduta. Gaetano Marchese, direttore della centrale operativa del 118 di Palermo, reo di avere trattato centrale e elicottero come fossero roba sua, riceverà la comunicazione ufficiale a breve per aver «agito senza il rispetto delle procedure». Non sono bei momenti per l'assessore Borsellino, ritrovatasi in pochi giorni a fronteggiare storie brutte di Sanità (pochi giorni fa, in Sicilia, era morta una neonata per non aver trovato posto in ospedale).

Insieme alla Procura della Repubblica, l'assessore dovrà tracciare la linea di confine tra la fatalità e la negligenza e tracotanza.

**LA STORIA** Il professionista era in vacanza ad Alghero, quando ha avuto un malore. Accompagnato all'ospedale civile, a mezzanotte e mezza, è stato visitato e sottoposto a tutti gli esami di rito. Dopo due ore e mezza è arrivata la diagnosi definitiva, grazie alla Tac: "Aneurisma disseccante dell'aorta". Intervento urgente, hanno detto i consulenti della Cardiochirurgia di Sassari, «stiamo approntando la sala». In venti minuti sarebbe stato sotto i ferri in uno dei reparti più accreditati d'Italia.

A quel punto la fuga, anche se l'idea di andar via sarebbe cominciata molto prima, per la verità, incoraggiata da una dottoressa amica di Marchese, definita dai colleghi algheresi «piuttosto agitata». Sarebbero stati suoi i commenti meno edificanti sulla sanità locale, forse decisivi per il direttore della centrale del 118 palermitano. Da qui la decisione: chiamo la mia centrale, mi faccio prendere dal mio elicottero e vado nel mio ospedale.

**LA REGIONE SICILIA** Un passaggio azzardato, e certo non nella possibilità di tutti, fatto di persona, dimenticando, ahimè, un passaggio fondamentale: l'autorizzazione preventiva dell'assessorato regionale alla Sanità. Che, dopo aver fatto tutti i controlli, scarica il direttore: «Per l'effettuazione del volo - ha precisato - non è stata fatta nessuna richiesta preventiva all'assessorato. Non abbiamo avuto nessuna telefonata. Dal lavoro degli ispettori emerge proprio questo. La notizia nei dettagli

l'abbiamo appresa dalla stampa».

Alla domanda se Marchese sia stato sospeso oppure no, la Borsellino risponde a Radio 1 che "in questo momento è nel pieno delle funzioni ma è in stato di convalescenza. Noi stiamo intervenendo dando disposizioni al direttore generale dell'Azienda Civico di effettuare la sospensione. Stiamo chiedendo di assumere provvedimenti con decorrenza immediata. Non trascureremo neanche gli aspetti legati all'impiego di risorse».

**RISORSE DIFFERENTI** Già. Le risorse. I conti della serva riferiscono di una spesa di 36mila euro. Ma una vita non ha prezzo, si sa. Certo, in un paese civile, non dovrebbe avere prezzo la vita di chiunque, non solo di alcuni. Soprattutto se qualche settimana dopo, una bimbetta di Catania muore in ambulanza, respinta da tre ospedali, perché non c'è posto.

Su una cosa, però, il dottor Gaetano Marchese ha ragione. Le strutture, fra le due isole, sono diverse. E molto diverse sono le risorse. In Sardegna ad esempio c'è un solo elicottero a disposizione del 118. È dei vigili del fuoco e non lavora di notte. Sta di stanza ad Alghero e avendo un'autonomia di venti minuti, (è la normativa dell'emergenza, altrimenti uno va in ambulanza) non può coprire tutta l'Isola. Da cinque anni le centrali operative sarde del 118 chiedono non solo uno straccio di convenzione ma anche un altro velivolo, magari disponibile pure dopo le otto di sera, perché no. Nell'attesa, in Sardegna, l'alternativa è di rimanere feriti gravemente solo finché c'è luce, giusto per evitare complicazioni.

**«Fatto scandaloso di proporzioni enormi»**

**Parla Giuseppe Zuccatelli, presidente dell'Agenas (servizi sanitari)**

«È uno scandalo. Uno scandalo di proporzioni enormi. Mai visto niente del genere», tuona il professor Giuseppe Zuccatelli, presidente facente funzione dell'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali). La vicenda del direttore del 118 di Palermo, Gaetano Marchese, che il 16 gennaio, in vacanza ad Alghero, si è sentito male e, rifiutandosi di farsi operare in Sardegna, ha chiamato un elicottero della "sua" struttura per farsi portare in un ospedale siciliano di sua fiducia, ha scatenato un'ondata di indignazione collettiva. Anche perché il caso è stato denunciato da L'Unione Sarda proprio nei giorni in cui un'altra storia ha commosso e fatto infuriare l'Italia: quella della morte di Nicole, la neonata di Ragusa, per la quale invece nessun elicottero è stato mobilitato.

Zuccatelli, una vita al comando di diverse Asl e attualmente alla guida dell'ente pubblico che svolge supporto tecnico e operativo alle politiche di governo dei servizi sanitari di Stato e Regioni, è furibondo. «Marchese ha usato un bene comune a fini privati, ha approfittato della sua situazione di potere, di responsabile di un servizio pubblico per fare quello che voleva, è una situazione gravissima, è stato veramente superato ogni limite».

Spiega, il professore, «che nel nostro Paese il servizio sanitario nazionale garantisce al cittadino la scelta del luogo dove preferisce curarsi». Insomma, il manager



siciliano aveva «tutto il diritto di rifiutare di farsi ricoverare e operare in Sardegna. Nonostante avesse l'opportunità di stare in un luogo altamente qualificato». Quindi, poteva legittimamente dire no ad Alghero, e pure alla proposta di andare al Brotzu di Cagliari, «anche se mi risulta abbia creato pure un disagio alla sanità sarda», prosegue Zuccatelli, «ma a quel punto doveva provvedere a sue spese per il trasferimento dove desiderava». Il fatto di avere chiamato il mezzo del 118, un elicottero che costa diverse decine di migliaia di euro ai contribuenti per ogni viaggio salva-vita, «è una cosa assolutamente intollerabile». Non c'è da stupirsi se poi la gente è arrabbiata, se si rende conto che ci sono due sanità differenti, quella per i comuni mortali e quella per i vip. «Io sono convinto che più una persona si trova in alto, in una posizione di potere, più deve dare il buon esempio. Il comportamento di Marchese, che è anche un medico, è assolutamente inaccettabile: ma cosa pensa che la cosa pubblica sia sua? Che possa disporre a suo piacimento?». Secondo il presidente dell'Agenas il primo provvedimento che dovrà essere applicato è quello del riconoscimento della «responsabilità contabile». Cioè: il conto del volo da Palermo ad Alghero e ritorno dovrà essere addebitato al malato. «Ma Marchese è inadeguato all'incarico, non è pensabile che una persona così continui a svolgere un ruolo di responsabilità», prosegue Zuccatelli. «E le istituzioni siciliane stanno agendo per il meglio, l'assessore ha fatto bene ad andare fino in fondo». Conclude: «Utilizzare un bene pubblico per fini privati è sempre odioso, ma di questi tempi lo è ancora di più. Marchese deve pagare».

## QUOTIDIANO SANITA'.IT

### **Epatite C. Arriva anche in Italia il *Simeprevir* della Janssen. Senza interferone, guarigione in oltre il 90% dei casi**

*Sarà disponibile entro questa settimana il farmaco antivirale di nuova generazione di Janssen per il trattamento dell'Epatite C genotipo 1 e 4. In base agli studi clinici effettuati, in terapia combinata con sofosbuvir ottiene il più alto successo terapeutico mai raggiunto fino a oggi. Scaccabarozzi: "Amplierà l'arsenale terapeutico per il trattamento dell'infezione da HCV"*

Entro questa settimana sarà disponibile anche in Italia *Simeprevir*, il farmaco antivirale di nuova generazione di Janssen per il trattamento dell'Epatite C di genotipo 1 e 4, che - informa una nota dell'azienda - in base agli studi clinici effettuati, in terapia combinata con *Sofosbuvir* (l'altro farmaco di ultima generazione attualmente disponibile), ottiene il più alto successo terapeutico mai raggiunto fino a oggi, dopo 12 settimane, attraverso un percorso terapeutico senza interferone.

*Simeprevir* verrà prodotto in Italia, presso lo stabilimento italiano Janssen di Latina, dal quale proprio oggi è stato dato l'annuncio della prossima disponibilità del medicinale anche nel nostro Paese alla presenza del ministro della Salute **Beatrice**

**Lorenzin**, del direttore dell'Aifa **Luca Pani** e del presidente della Regione Lazio **Nicola Zingaretti**.

Il nuovo farmaco è un inibitore di proteasi di nuova generazione per il trattamento degli adulti con Epatite C di genotipo 1 e 4, i quali rappresentano i casi più comuni in Italia: circa il 60% dei pazienti italiani, infatti, è infettata dal genotipo 1 del virus, mentre il genotipo 4 è responsabile di circa il 20% di infezioni croniche nel mondo.

Il trattamento combinato con *Simeprevir* e *Sofosbuvir* rappresenta l'associazione di antivirali orali, senza interferone, con la più alta percentuale di successo, in termini di risposta virologica sostenuta, mai ottenuta per questi pazienti, dopo un percorso terapeutico di sole 12 settimane: l'eliminazione del virus è stata raggiunta in oltre il 90% dei casi trattati. Lo studio clinico ha dimostrato come l'associazione ottenga gli stessi risultati sia con, che senza l'aggiunta di ribavirina.

“Si apre una nuova era nel trattamento dell'Epatite C dove, con l'arrivo di Simeprevir, che potrà essere associato ad altri antivirali, finalmente possiamo parlare di una terapia solo orale, senza interferone, di alta efficacia e tollerabilità ed utilizzabile, quindi, anche nelle categorie più difficili ed in passato orfane di terapia” ha spiegato il Professor **Alfredo Alberti**, Ordinario di Gastroenterologia presso l'Università di Padova. “La disponibilità in Italia di *Simeprevir* rappresenterà indubbiamente una tappa fondamentale per poter finalmente ottimizzare la terapia in alcuni sottogruppi di pazienti con Epatite C, in particolare in quelli infettati dai genotipi 1 e 4, inclusi quelli con 1b che è il genotipo prevalente in Italia”.

Gli sforzi che le aziende farmaceutiche stanno compiendo per introdurre nella pratica clinica farmaci nuovi sempre più efficaci, tollerati e maneggevoli per il trattamento dell'Epatite C aprono un orizzonte terapeutico davvero innovativo e ricco di prospettive interessanti. “Il virus HCV, infatti, come l'HIV, possiede una enorme capacità replicativa e una altrettanto straordinaria abilità nel modificare il proprio corredo genetico in risposta alla pressione selettiva esercitata dai farmaci – afferma la Professoressa **Gloria Taliani**, Ordinario di Malattie Infettive alla Sapienza Università di Roma - Tali proprietà del virus HCV rendono necessario l'attacco antivirale su diversi siti funzionali, così da impedire la comparsa di ceppi resistenti e mantenere elevata l'efficienza del trattamento, obiettivo che può essere raggiunto con i farmaci di nuova generazione. Inoltre, grazie a Simeprevir – continua Taliani - nei pazienti con infezione da genotipo 1 e 4 potremo per la prima volta fare a meno dell'interferone e potenziare l'efficacia terapeutica”.

**Il virus dell'epatite (HCV) colpisce nel mondo circa 170 milioni di persone. In Italia le stime parlano di 1 milione e 500 mila.** Ogni anno si verificano circa 1.000 nuovi casi di epatite C e, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la patologia causa il maggior numero di decessi tra le malattie infettive trasmissibili ed è la prima causa di trapianto di fegato nel mondo. In Italia muoiono ogni anno più di 20 mila persone per malattie croniche del fegato, dove l'epatite C risulta unica causa o concausa nel 65% dei casi.

“Gli enormi progressi compiuti dalla ricerca farmacologica e la conseguente offerta di soluzioni terapeutiche all'avanguardia, mirate al massimo recupero dei pazienti

affetti da malattie gravi e invalidanti come l'Epatite C, hanno rivoluzionato l'intero percorso di cura – ha dichiarato **Massimo Scaccabarozzi**, Presidente e Amministratore Delegato di Janssen Italia – Simeprevir amplierà l'arsenale terapeutico per il trattamento dell'infezione da HCV e il suo ingresso nella pratica clinica porterà, per la prima volta, una reale modifica della storia naturale della malattia”.

### **Lo studio Cosmos**

COSMOS è il primo protocollo clinico che ha studiato l'efficacia di una terapia senza interferone per eradicare il virus dell'Epatite C, associando due antivirali ad azione diretta, con o senza aggiunta di ribavirina. Sono stati arruolati pazienti con infezione cronica da HCV di genotipo 1 che non avevano risposto precedentemente al trattamento con interferone pegilato e ribavirina o che erano *naïve* al trattamento. I pazienti sono stati randomizzati 2:2:1:1 a ricevere Simeprevir 150 mg e Sofosbuvir 400 mg al giorno per 12 settimane, con o senza ribavirina, o per 24 settimane con o senza ribavirina. L'endpoint primario è stato la risposta virologica sostenuta (SVR12) 12 settimane dopo l'interruzione del trattamento.

Sono stati arruolati e randomizzati 168 pazienti, di cui 167 hanno iniziato il trattamento. La SVR a 12 settimane è stata raggiunta da 154 pazienti, pari al 92%. Gli eventi avversi più comuni sono stati senso di affaticamento (31%), cefalea (33%) e nausea (16%) e sono stati di grado lieve o moderato.

### **I costi dell'epatite C**

In Italia, i pazienti con Epatite C attualmente trattati o in osservazione dal SSN ammontano a circa 300 mila (a cui vanno aggiunti 18-25 mila individui detenuti nelle carceri italiane). Partendo da tale *burden* epidemiologico, siamo andati a valutare qual è l'onere reale a carico del Sistema – dichiara il Professor **Francesco Mennini**, *Research Director Centre for Economic Evaluation and HTA* dell'Università Tor Vergata di Roma - Abbiamo, quindi, distinto, in prima battuta, i costi diretti da quelli indiretti.

Per quanto riguarda i costi diretti, quelli, cioè, collegati all'assistenza del SSN, al 2013 sono oltre 400 milioni euro. I costi indiretti, intesi come perdita di produttività dovuti alle giornate di assenza dal lavoro, ammontano a circa 640 milioni euro. Di conseguenza, l'onere complessivo di trattamento/monitoraggio della patologia si attesta intorno al miliardo di euro all'anno, dove i costi indiretti pesano un po' di più rispetto a quelli diretti (60% vs 40%).

Per calcolare il totale di questi costi, abbiamo anche effettuato una suddivisione per stadio di malattia, per comprendere quale di questi abbia un impatto maggiore sull'onere economico per il SSN e altre voci della spesa pubblica. Abbiamo preso in considerazione: l'infezione da HCV cronica, la cirrosi, il carcinoma, i trapianti e il decesso. In termini di costi diretti, la cirrosi è al primo posto, con oltre 200 milioni di euro sostenuti dal Sistema Sanitario (rappresentano circa la metà dei costi complessivi), seguito dall'infezione da HCV cronica con 125-126 milioni di euro, e poi, a seguire, i trapianti che pesano per circa 40-45 milioni di euro, infine il carcinoma epatico, che impatta in termini di costo per 26-27 milioni di euro.

Per quanto riguarda i costi indiretti, la distribuzione è simile, nel senso che anche in



questo caso, il peso maggiore è imputato alla cirrosi, seguito dall'infezione da HCV cronica. Possiamo dire, riassumendo, che i pazienti che rappresentano un onere maggiore per quanto riguarda questa patologia, siano quelli affetti da cirrosi e da HCV cronica.

Da quanto sopra esposto si evince che, ad oggi, il SSN sopporta un peso economico molto importante per il trattamento/monitoraggio di questi pazienti. Per tale ragione, l'introduzione di farmaci che permettono la guarigione dalle patologie HCV correlate, può diventare un importante driver anche dal punto di vista economico. Infatti, in funzione dell'elevata efficacia di questi nuovi farmaci il SSN consentirebbe la guarigione di un maggior numero di pazienti ogni anno ..... Nel 2014 abbiamo, inoltre, pubblicato uno studio dove abbiamo utilizzato un modello che ci ha permesso di prevedere che cosa potrebbe accadere dal 2015 fino al 2030 con l'introduzione dei nuovi farmaci, in termini di riduzione di mortalità, di numero di trapianti, di impatto in termini di pazienti guariti, ecc.

Da questo modello ... si nota che c'è una fortissima riduzione a partire dal 1°-2° anno, nella prevalenza. C'è, poi, una consistente riduzione di morti da epatocarcinoma, del numero dei trapianti e, a partire dal 2° anno di inizio di trattamento, anche una riduzione dei costi diretti sanitari.... Ipotizzando, poi, una differenza tra i costi che attualmente si sostengono e quelli che deriverebbero dall'acquisto di nuovi farmaci, si dimostrerebbe sicuramente una sostenibilità per il Sistema, e quindi una disponibilità ad investire. Senza dimenticare, tra l'altro, che in questo modo andiamo a guarire persone da una patologia molto impattante e debilitante.

■ [Epatite C. Tavolo permanente al ministero per monitoraggio accesso nuovi farmaci. Ritardi in tutta Italia](#)

## **Celiachia. In Italia i celiaci sono oltre 164mila. In Lombardia, Lazio e Campania la maggiore prevalenza. La Relazione al Parlamento**

*Nel 2013 sono stati rilevati 15.830 celiaci in più rispetto al 2012. Il dato nella Relazione annuale al Parlamento sulla celiachia 2013, giunta alla sua settima edizione, inviata dal Ministro Lorenzin alle Camere. La regione più colpita la Lombardia, con il 17.4 %, seguita da Lazio con il 10.1 e Campania con il 9.4. La malattia colpisce in proporzione 2 donne per ogni maschio. [LA RELAZIONE](#)*

*Anche quest'anno sono lieta di presentare la Relazione annuale al Parlamento sulla celiachia, ormai giunta alla sua settima edizione. Un documento tecnico-scientifico completo che descrive le attività istituzionali riconducibili alla gestione della celiachia in Italia, contiene i dati epidemiologici ufficiali del nostro Paese e le recenti acquisizioni scientifiche in materia di diagnosi. È un documento unico che ha lo scopo di fornire informazioni utili su una patologia di grande diffusione, in Italia e*

*nel mondo, agli utenti che abbiano interesse a conoscere e approfondire una tematica di così grande importanza e attualità.*

*La prevalenza della celiachia calcolata in Italia sulla base del censimento dei soggetti affetti del 2013 risulta essere intorno allo 0,27 %, mentre analizzando i dati all'interno delle singole popolazioni, maschile e femminile, la prevalenza nei maschi risulta essere mediamente dello 0.16 % mentre nelle femmine è risultata intorno allo 0.37 %.*

*Ad oggi nel nostro Paese risultano 164.492 celiaci, 15.830 in più rispetto al 2012. Il 46% della popolazione celiaca italiana risulta residente al nord, il 22 % al centro, il 19 % al sud ed infine il 13 % nelle isole. La Regione dove sono concentrati più celiaci risulta la Lombardia, con il 17.4 %, seguita da Lazio con il 10.1 e Campania con il 9.4.*

*La celiachia è una malattia autoimmune che si sviluppa in soggetti geneticamente predisposti in seguito all'assunzione del glutine e colpisce in proporzione per ogni maschio almeno 2 femmine. Nel 2013 i maschi celiaci risultano essere 47.837 mentre le femmine 115.933, più del doppio. In circa 12 Regioni la proporzione addirittura raggiunge l'1:3.*

*Saper affrontare la condizione di celiaco è il punto di partenza per poter gestire la propria giornata e la propria vita sociale in modo consapevole e sereno. Per fare questo, dopo la diagnosi, è buona prassi iniziare con una corretta educazione alimentare senza allarmismi e medicalizzazioni della dieta partendo dall'analisi degli ingredienti e dal profilo nutrizionale di un alimento, entrambi dichiarati in etichetta dal produttore. L'etichetta rappresenta la carta di identità di ciascun prodotto alimentare e insegnare al consumatore a leggerla in modo corretto significa potergli consentire un acquisto informato, sicuro e consapevole anche all'estero.*

*Oggi la garanzia di poter disporre di alimenti sicuri non è limitata al consumo casalingo, ma coinvolge anche la ristorazione nelle scuole, negli ospedali, nei luoghi di lavoro e negli esercizi pubblici. Nel 2013, sul territorio nazionale sono state censite ben 41.597 mense di cui 29.113 scolastiche, 3.921 ospedaliere e 8.563 mense riconducibili alle pubbliche amministrazioni.*

*La Lombardia con le sue 6.087 mense risulta la Regione con il più alto numero, seguita dal Piemonte con 5.103 mense e dal Veneto con 4.409 mense.*

*A contribuire al servizio sicuro nella ristorazione ci sono gli operatori del settore alimentare che vengono formati ad hoc per lavorare senza glutine. Nel 2013 sono stati organizzati 877 corsi di formazione che hanno coinvolto 19.755 operatori del settore alimentare che, in modo diretto o indiretto, ogni giorno producono, somministrano e/o distribuiscono alimenti senza glutine.*

*Ad oggi l'unica terapia resta ancora la dieta priva di glutine, garantita da un numero sempre maggiore sul mercato di prodotti sostitutivi di alimenti tradizionalmente prodotti con cereali contenenti glutine. L'evoluzione della normativa di tali prodotti ha reso gli alimenti chiamati un tempo dietetici, alimenti di consumo corrente responsabilizzando sempre di più il produttore nei confronti del prodotto messo in commercio senza per questo ridurre l'attenzione sulla questione da parte*

*degli organi ufficiali deputati al controllo.*

*La trasparenza e diffusione capillare delle informazioni, l'aumento della sensibilità della collettività e del mondo produttivo rendono questa malattia meno gravosa da affrontare per il celiaco nel quotidiano. Tutelare significa assistenza, prevenzione ma anche valore sociale che si traduce in un Servizio Sanitario Nazionale che si prende cura del paziente e che, per le sue peculiarità, può essere un esempio non solo per l'Europa ma anche per il mondo.*

*Mi auguro che il lavoro svolto possa essere utile contributo informativo e ringrazio tutti coloro che hanno partecipato alla sua realizzazione.*

**Beatrice Lorenzin**

Dalla Relazione annuale al Parlamento

■ [La relazione al Parlamento sulla celiachia - anno 2013](#)

**Liberalizzazioni. Aifa: “Quelle già in vigore hanno fallito. Italiani hanno speso più di prima per i farmaci di fascia C: +200 milioni dal 2006”**

*La causa è l'effetto intrinseco di spinta al consumo. Lo rileva l'Agenzia del farmaco che ha analizzato il mercato dal 2006 ad oggi per i farmaci C (Sop e da banco). “Se l'obiettivo della liberalizzazione era quello di rappresentare un vantaggio per i pazienti, con una riduzione dei prezzi tramite una vera concorrenza e un complessivo risparmio a loro vantaggio, i dati obiettivi e certificati evidenziano il completo fallimento di tale presupposto”.*

In relazione a recenti notizie di stampa a supporto del DDL in discussione sulle liberalizzazioni, l'Agenzia Italiana del Farmaco intende fare chiarezza mostrando l'analisi dei medicinali di fascia C a partire dal 2006, anno di emanazione del cosiddetto “Decreto Bersani” (decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248), che evidenzia consumi totali stabili fino al 2010 (**tabella 1**).

Successivamente, probabilmente per effetto della crisi economica, il consumo (ma non i costi) di questi medicinali ha visto una progressiva flessione fino al 2013, attestandosi ad una riduzione dell'11,5%, rispetto al 2006. Tale contrazione dei consumi rispetto al 2006 ha riguardato in particolare i medicinali di fascia C con ricetta medica, dispensati esclusivamente attraverso le farmacie aperte al pubblico (-15,7% vs. 2006). Al contrario, la riduzione dei consumi dei SOP/OTC, dispensabili anche attraverso le parafarmacie e la GDO, è stata più contenuta (-7,4%), probabilmente, sia per effetto dell'ampliamento del numero dei punti di dispensazione di questi medicinali legati al Decreto Bersani, sia per gli effetti del Decreto del Ministero della Salute 18 aprile 2012 (“Attuazione delle disposizioni dell'articolo 32, comma 1, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni,

dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, sulla vendita dei medicinali previsti dall'articolo 8, comma 10, lettera c) , della legge 24 dicembre 1993, n. 537") che ha riclassificato da C-RR in C-SOP diverse specialità medicinali.

**Gli effetti di tali provvedimenti di liberalizzazione in realtà non sembrerebbero aver portato alcun vantaggio ai pazienti**, a parte la comodità di avere una più facile disponibilità di punti vendita che però potenzialmente li espone alle conseguenze di consumare più farmaci che non sono – come da AIFA più volte sottolineato – una merce simile a qualunque altra. Non vi sono stati risparmi per i cittadini visto che la spesa a loro carico ha avuto una crescita del +2,2% dal 2006 al 2013 (**tabella 2**).

In altri termini, a fronte di un paziente che per effetto della crisi tendeva a contrarre il volume dei propri acquisti di medicinali di fascia C, il sistema produttivo e distributivo ha “compensato” sfruttando la nota attitudine al consumo del mondo occidentale con un costante incremento dei prezzi di questi medicinali (**figura 1**).

In realtà, se l'obiettivo della liberalizzazione della vendita dei medicinali di fascia C-SOP/OTC era quello di rappresentare un vantaggio per i pazienti, con una riduzione dei prezzi tramite una vera concorrenza e un complessivo risparmio a loro vantaggio, i dati obiettivi e certificati evidenziano il completo fallimento di tale presupposto, perlomeno nel settore dell'assistenza farmaceutica.

**Infatti l'effetto economico di provvedimenti, nell'intento pro-concorrenziali, ha paradossalmente determinato un complessivo aggravio per i cittadini di circa 200 milioni di euro** (2.298 vs. 2.094, pari a +9,7% nel 2013 vs. 2006), nonostante la contrazione dei consumi.

**Tale scenario non ha caratterizzato i medicinali di fascia C con ricetta** che, oltre ad aver subito una rilevante riduzione del consumo (soprattutto dopo il 2012, ovvero dopo la riclassificazione da DM 18 aprile 2012), hanno avuto anche una contrazione della spesa a carico del cittadino del -3%

**Tabella 1.**

<b>Consumi in milioni di confezioni</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>var% 2013/2006</b>
C con ricetta	299	297	296	288	283	284	267	252	<b>-15,7%</b>
SOP e OTC	311	316	311	325	308	300	280	288	<b>-7,4%</b>
Totale fascia C	610	613	607	613	591	584	547	540	<b>-11,5%</b>

**Tabella 2**

Spesa in milioni €	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	var% 2013/2006
C con ricetta	3.057	3.084	3.106	3.154	3.093	3.207	3.000	2.966	-3,0%
SOP e OTC	2.094	2.134	2.054	2.140	2.105	2.113	2.125	2.298	9,7%
Totale fascia C	5.151	5.218	5.160	5.294	5.198	5.320	5.125	5.264	2,2%

Da Rapporto Osmed [Figura 1](#)

## **SOLE 24 ORE SANITA'.IT**

### **Ristorazione pediatrica in corsia: le linee guida in Gazzetta**

Dalla prima valutazione del rischio malnutrizione al momento del ricovero alla somministrazione di una dieta adeguata in corsia. Il tutto rigorosamente affidato a personale qualificato ed esperto. Sono uscite nella Gazzetta Ufficiale di oggi le Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera pediatrica. Il [documento](#) era stato da noi anticipato al vaglio della Conferenza Stato-Regioni.

Il provvedimento passa in rassegna tutti gli ambiti d'intervento: il capitolato e il dietetico della ristorazione ospedaliera così come l'aspetto della nutrizione artificiale e, nell'Appendice, entra nel dettaglio degli schemi dietetici consigliati per fascia d'età: da 0 a 6 mesi, da 6 a 12 mesi, da 12 a 36 mesi, senza tralasciare un "esempio di giornata alimentare" in caso di vitto comune e i fabbisogni in energia, in proteine e lipidi e il fabbisogno in vitamine e minerali.

[IL PROVVEDIMENTO IN GAZZETTA](#)

## **DOCTOR 33. IT**

### **Certificati di decesso. Obbligo d'invio online all'Inps: medici devono accreditarsi**

Online all'Inps non solo i certificati di malattia ed invalidità: da quest'anno - anzi, da lunedì scorso - il medico di famiglia deve inviare una "comunicazione di constatazione del decesso" quando rileva la morte di un assistito ai sensi del

regolamento di polizia mortuaria del 1990. Altrettanto deve fare il medico ospedaliero delegato dal direttore sanitario (previ elettrocardiogramma "muto" di 20 minuti e relativo referto od osservazione più complessa, il riferimento è la legge 29/12/93). L'adempimento del medico "necroscopo" deve avvenire entro 48 ore dall'evento-morte. Previsto dalla Finanziaria 2015 (legge 190/2014) e dalla circolare Inps 33 del 13 febbraio scorso, evita che l'Istituto di previdenza versi la pensione sui conti correnti di persone non più in vita: Inps infatti farà scattare meccanismi di versamento con riserva a banche e poste, più facile da bloccare. Oltre al certificato di constatazione del decesso, compilato dal medico che per primo vede il defunto (necroscopo) e contenente generalità, ora data e luogo del decesso, c'è il certificato necroscopico che, redatto tra la 15ma e la 30ma ora dal decesso, serve all'Ufficiale di stato civile per cancellare il defunto dall'Anagrafe e autorizzare la sepoltura; infine c'è la denuncia delle cause di morte su scheda Istat a cura del mmg o del necroscopo. Per il medico che non effettua la spedizione online - di fatto, il quarto certificato - la legge prevede una sanzione da 100 a 300 euro. Per i medici di famiglia le credenziali sono le stesse utilizzate per inviare i certificati di malattia. Gli altri medici consapevoli di essere coinvolti nell'iter dovrebbero invece recarsi alla sede Inps di riferimento. «Qui si consegna fotocopia della carta d'identità e si chiede un Pin ad hoc, inizialmente di 16 lettere (consegnato in busta chiusa) poi da modificare con un accesso apposito al sito Inps dopo qualche ora; all'Istituto inoltre il medico deve fornire l'indirizzo della sua casella di posta elettronica certificata», dice Luigi Tomasso esperto comunicazione su temi previdenziali ed Inps.

Come spiega la circolare 33, per spedire il certificato online il medico deve linkarsi al portale <http://www.inps.it> e selezionare nella sezione "Servizi Online", la voce "Per tipologia di utente"; qui deve posizionarsi sulla categoria dei "Medici Certificatori" e selezionare la voce "Certificato di constatazione del decesso". Una volta forniti Codice fiscale e PIN, al medico autenticato sarà presentata la Pagina di accoglienza con i suoi dati identificativi, da lui modificabili. «Il menù di scelta rapido - precisa Tomasso - consente di trasmettere in modo rapido il certificato digitando il Codice Fiscale del deceduto, e di consultare e stampare i certificati di competenza emessi e trasmessi o l'elenco dei soggetti per i quali la trasmissione del certificato non sia riuscita; eventualmente, consente di annullare un certificato».

## **Ospedali gestiti da infermieri. Milillo: Attenzione a responsabilità clinica paziente**

Nel nuovo piano di riorganizzazione degli standard ospedalieri, a breve pubblicato in Gazzetta Ufficiale, ha fatto certamente discutere il taglio di ben 3000 posti letti. Ma crea qualche perplessità anche la decisione di prevedere ospedali gestiti dagli infermieri: avranno dai 15 ai 20 posti letto e l'assistenza medica dovrebbe essere assicurata da medici di medicina generale o pediatri o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn, secondo criteri che saranno scelti a livello locale. Questi ospedali faranno capo ai distretti sanitari. Gli ospedali, nel Piano generale, saranno poi divisi in tre livelli a seconda della complessità della loro organizzazione: quello di



base, con un bacino d'utenza tra gli 80.000 e 150.000 abitanti, il primo livello tra gli 150.000 e i 300.000 abitanti e il secondo livello tra i 600.000 e 1.200.000 abitanti. Giacomo Milillo, segretario nazionale della Fimmg, spiega a DoctorNews33 quali possibili rischi ci sarebbero in mancanza di un opportuno e preventivo riordino strutturale e ordinamentale.

***Dottor Milillo, come interpreta questo aspetto della riorganizzazione ospedaliera a "mano infermieristica"?***

Un commento generale è difficile anche se, comunque, va valutata la singola situazione. Bisogna capire cosa si intende per 'gestione degli infermieri', perché in molti ospedali già funziona così per quanto riguarda alcuni aspetti. Il problema non è chi gestisce, il problema è chi si assume la responsabilità ultima dei sistemi di assistenza, di diagnosi e di cura e credo che questo aspetto, con l'ordinamento attuale, non possa che essere del medico.

***Bisognerebbe quindi prima cambiare l'ordinamento?***

Direi che la questione è strutturale e ordinamentale. Si può certo valorizzare la capacità degli infermieri di gestire alcuni aspetti del processo ma, dove finisce la loro responsabilità? E questo, eventualmente, chi è che lo decide: il tecnocrate, l'amministratore, la singola regione, una legge? Il problema vero è che si rischia il caos perché ormai le tecnocratie regionali stanno vivendo un delirio di onnipotenza gestionale.

***Questa "gestione infermieristica" riguarderebbe comunque solo i cronici...***

Finché parliamo di gestione non ci sono grossi problemi, ma ripeto, il problema vero è chi si assumerà, realmente, la responsabilità della condizione clinica del paziente. Ci tengo a precisare poi che un cronico non è sempre più semplice di un acuto, quindi la responsabilità clinica, oggi come oggi, è attribuita dall'ordinamento in essere sempre al medico.

## **La Soi al Presidente e al Premier: rischio di cecità per migliaia di pazienti**

La Società oftalmologica italiana (Soi) ha deciso di indirizzare una lettera al Presidente della Repubblica e al Primo Ministro per denunciare il grave rischio di cecità in cui potrebbero incorrere i pazienti affetti da maculopatia degenerativa senile. In Italia infatti, denuncia la Soi, nonostante le pronunce del Tar del Lazio e dell'Antitrust continuano a essere disattese le indicazioni che permetterebbero ai pazienti over 75 di essere curati. Ciò - si sottolinea - pur essendosi pronunciata nuovamente l'Autorità garante riconoscendo la validità delle istanze della Soi, intimando al ministro della Salute e ad Aifa di abrogare l'incostituzionale discriminazione tra pubblico e privato riguardo l'uso di Avastin, oggi illegittimamente riservato a esclusivo impiego negli ospedali pubblici. «Dei 130.000 pazienti che ogni anno necessitano di terapie intravitreali, la metà non ha più accesso

ad alcuna cura, sia per la scarsa diffusione di Lucentis nelle strutture pubbliche (a causa degli alti costi) sia per le assurde difficoltà (derivanti da impedimenti normativi e burocratici di varia natura) nel reperimento e nell'uso di Avastin» denuncia **Matteo Piovella**, presidente Soi, che sottolinea come l'Italia sia l'unico Paese dove si assista a una diminuzione del numero di terapie intravitreali, con una riduzione solo nell'ultimo anno del 40% rispetto all'Inghilterra e del 30% rispetto a Germania e Spagna».

## **CLINICA Terapia ormonale sostitutiva associata ad aumento del rischio di ca ovarico**

L'assunzione, anche solo per qualche anno, della terapia ormonale sostitutiva (TOS) in menopausa si associa a un significativo aumento del rischio di cancro ovarico, secondo i risultati di una metanalisi pubblicata su The Lancet e svolta su 52 studi epidemiologici per un totale di 21.488 donne con tumore ovarico in Nordamerica, Europa e Australia. «Chi fa uso di terapia ormonale sostitutiva anche per pochi anni ha circa il 40% di probabilità in più di sviluppare il cancro ovarico rispetto alle coetanee che non l'hanno mai utilizzata» afferma Richard Peto dell'Università di Oxford, Regno Unito, facendo qualche numero: le cinquantenni trattate con tale terapia per un quinquennio avranno un cancro ovarico in più per ogni 1.000 utenti e una morte in più di cancro ovarico ogni 1.700 utenti. Sebbene l'uso di terapia ormonale sostitutiva si sia gradualmente ridotto nell'ultimo decennio, questa diminuzione sembra essersi stabilizzata e solo in Gran Bretagna e Stati Uniti sono circa sei milioni le donne ancora in cura con la terapia ormonale sostitutiva. Tuttavia le attuali linee guida dell'OMS, ma anche quelle europee e statunitensi non trattano in modo approfondito la relazione tra cancro ovarico e tale terapia ormonale, accennando solo che il rischio del primo può aumentare con l'uso a lungo termine della seconda. Così l'Università di Oxford, coinvolgendo oltre 100 ricercatori di tutto il mondo, ha formato l'International Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer, che ha analizzato i dati di 52 studi epidemiologici sull'uso della terapia ormonale sostitutiva e sul cancro ovarico. E l'effetto della terapia ormonale sostitutiva sul rischio di sviluppare la neoplasia dell'ovaio si è rivelato il medesimo per i due principali tipi di terapia sostitutiva in uso, ovvero quella con farmaci contenenti estrogeni, oppure quella che prevede l'utilizzo combinato di estrogeni e progestinici. «L'aumento di rischio è indipendente dall'età di inizio della cura, dalla massa corporea, dall'uso di contraccettivi, tabacco o alcolici, da una precedente isterectomia o da una storia familiare di tumore al seno o alle ovaie» riprende Peto, concludendo che dei quattro tipi principali di cancro ovarico noti, un aumento del rischio è stato visto solo per i due più comuni (tumori sierosi ed endometriomi), e non per i meno frequenti (mucinoso e a cellule chiare).

[The Lancet 2015](#)

**RASSEGNA STAMPA** CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584