

# farma7

Settimanale di notizie sul mondo farmaceutico

## ● Il Punto

34

### LA PRIMAVERA DELLA RICERCA L'AUTUNNO DEI COSTI

*In occasione dell'incontro a Milano dei ministri della Sanità della Ue, l'Aifa ha organizzato un meeting con i rappresentanti delle Agenzie regolatorie e gli esperti del settore. Dal dibattito è emerso uno scenario contraddittorio: da un lato la ricerca sul farmaco promette grandi innovazioni imminenti, dall'altro gli Stati temono di non avere sufficienti mezzi economici per procurarsene (a pag. 3).*

**La spesa  
farmaceutica Ssn  
Analisi dei dati  
del semestre  
gennaio-giugno 2014**

**Campagna  
sulla fibrosi cistica  
La locandina  
da esporre  
nelle farmacie**

**Importante sentenza  
del Tar Brescia  
su "Trust"  
e sulle gestioni  
ereditarie**



E se un generico si rivelasse sorprendente?

# Dall'esperienza Pensa nasce OMEPRAZOLO di seconda generazione sorprendentemente piccolo

Grazie alla sua tecnica farmaceutica all'avanguardia Pensa è riuscita a produrre una capsula di Omeprazolo dalle dimensioni ridotte.

Piccola capsula,  
stessa quantità di principio attivo.



Deposito presso AIFA in data 14/07/2014



Una confezione dalle dimensioni ridotte



Una capsula più piccola che semplifica la deglutizione



Blister in PVC-PVDC eco-friendly

Omeprazolo pensa	Presentazione	Classe	Prezzo al pubblico	Regime di dispensazione
	10 mg 14 cps rigide gastror. in blister	A1-A48	€ 3,22	RR
	10 mg 14 cps rigide gastror. in flacone HDPE	A1-A48	€ 3,22	RR
	20 mg 14 cps rigide gastror. in blister	A1-A48	€ 6,07	RR
	20 mg 14 cps rigide gastror. in flacone HDPE	A1-A48	€ 6,07	RR

**UNA GAMMA COMPLETA: SIA IN BLISTER CHE IN FLACONE.**

**pensa** Passione equivalente.

# Il Punto

A Milano gli incontri dei ministri della Sanità e delle Agenzie regolatorie Ue

## LA PRIMAVERA DELLA RICERCA L'AUTUNNO DEI COSTI

**S**tiamo per vivere una primavera della ricerca farmaceutica, grazie alle grandi scoperte che si stanno compiendo nei laboratori d'Europa e del mondo. Dopo anni di scarsa immissione sul mercato di nuovi principi attivi, sono ora alle porte prodotti innovativi e risolutivi per malattie importanti e tanta vivacità scientifica non può che rallegrare. Stupisce allora constatare come i responsabili della sanità europea testimonino quasi più preoccupazione che soddisfazione. È successo a Milano, in occasione dell'incontro dei ministri della Sanità Ue e del meeting Aifa dedicato ai "Sistemi di innovazione e orizzonti della Salute", che ha visto riuniti il 21 e 22 settembre i maggiori esperti del mondo del farmaco e, in particolare, delle Agenzie regolatorie europee. Luca Pani, direttore generale dell'Aifa, dopo aver definito "svolta epocale" l'innovazione nell'ambito di microbiologia, nanotecnologia, immunologia, ha poi parlato di "ondata d'urto", per le ricadute sulle Agenzie, obbligate a "ricalibrare gli strumenti di valutazione e monitoraggio". E il presidente dell'Aifa, Sergio Pecorelli, ha definito l'innovatività come una "sfida", che conduce a un "crocevia epocale

tra etica ed economia", e anche il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha parlato di situazione "insostenibile", perché i nuovi farmaci hanno prezzi che fanno "saltare anche i budget di Paesi come gli Stati Uniti". Il problema, quindi, è che le nuove molecole non soltanto sono ad alto potenziale terapeutico, ma anche ad elevato impatto economico, tale da far tremare i polsi e obbligare tutti gli attori del sistema a una riflessione. E fa piacere constatare come sia proprio l'Italia a favorirla nel suo semestre di presidenza europea.

L'esempio portato dal ministro Lorenzin, quello della cura dall'epatite C (ne soffrono 5 milioni di pazienti in Europa e il costo per terapia è di 50.000 euro) è emblematico. Qui -come ha detto Nicola Bedlington, presidente dell'European patients forms (Epf)- "i pazienti non stanno aspettando, stanno morendo" e, quindi, è d'obbligo intervenire, "perché l'accesso ai farmaci è un diritto per tutti" (in tal senso va la sperimentazione dell'Aifa per favorire la prescrizione dei farmaci innovativi). Ma il rapido accesso ai nuovi "superfarmaci" rischia di far saltare ogni tetto di spesa. "Non è un problema che possiamo risolvere da soli" ha precisa-

to Beatrice Lorenzin. "Dobbiamo agire insieme, e trattare con le case farmaceutiche per cercare la giusta strada".

Le ipotesi sul tappeto sono molte. Si è parlato di cure compassionevoli, di procedure di sconto, di pagamento in base ai risultati, di abbattere le barriere a livello Ue e di elaborare un nuovo modello di valutazione dell'appropriatezza e della trasparenza dei costi. Si è parlato anche di fare "cartello" tra le varie Agenzie per calmierare i prezzi e di creare un apposito fondo speciale a livello europeo per garantire l'accesso ai nuovi "superfarmaci", in accordo non soltanto tra i ministeri della Sanità, ma anche con quelli dell'Economia di tutti i Paesi. Guido Rasi, direttore esecutivo dell'EmA, si è soffermato a lungo sui concetti di evidenza e di "incertezza accettabile", che obbligano a coinvolgere i pazienti, e sulle nuove metodologie di accesso anticipato ai farmaci, in un nuovo paradigma di licenza flessibile, secondo un metodo pilota che l'EmA ha inaugurato nel marzo di quest'anno.

"Capisco che il momento è economicamente difficile -ha precisato Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farindustria- ma è un errore considerare le medicine un costo: l'innova-

zione è un valore, porta vantaggi culturali, economici, sociali e occupazionali. Inoltre, può darsi che le risorse ci siano, e siano proprio là dove andiamo a risparmiare". E allora non basta nascondersi dietro il dito di un costo elevato del farmaco, se prima non si considerano i costi globali di una malattia e i risparmi, in termini sanitari e sociali, che l'uso del farmaco può garantire. Ma soprattutto consideriamo "l'interesse primario del paziente, che finalmente vede una luce in fondo al tunnel".

Insomma il problema è di grande spessore, come lo è stato il dibattito che ha coinvolto tutti i massimi esponenti sanitari europei. Non sono mancate neppure le tirate d'orecchie: pensiamo all'intervento di Hugo Hurts, direttore del Meb (l'Aifa olandese), che ha invitato ad abbattere le barriere e a semplificare un sistema reso ormai

troppo complesso: "Dobbiamo metterci d'accordo, altrimenti avremo 28 sistemi diversi di approccio al farmaco". Un richiamo a lavorare insieme e alla trasparenza ben evidenziato anche nel saluto del ministro Lorenzin, che ha invitato a rivedere i meccanismi regolatori a livello europeo, oltre a orientarsi verso la definizione del prezzo medio europeo e a esplorare una maggior cooperazione tra gli Stati membri in materia di R&D "per restituire all'Europa un ruolo di leadership".

Parola d'ordine, quindi, è "cooperare", con le industrie farmaceutiche, le Accademie, le Agenzie, i sanitari, i pazienti, per individuare strategie condivise, tali da garantire l'accesso del malato al farmaco. In ultima analisi, e scendendo pian piano nella catena del farmaco fino alla sua distribuzione, questo comporta un coinvolgimento sia

del medico di famiglia, sia del farmacista, di modo che la farmacia diventi punto d'arrivo anche del farmaco innovativo. E non è soltanto un discorso di carattere culturale, per non tagliar fuori dall'innovazione i sanitari a più diretto contatto con il malato -al quale peraltro va facilitato l'accesso al farmaco- ma anche a livello economico, per individuare insieme strategie che pongano un freno a una spesa farmaceutica ospedaliera che, anno dopo anno, continua a lievitare e che a breve potrebbe esplodere. La farmacia del territorio, con la sua distribuzione capillare e costi certi e programmati, può garantire un percorso strategico da rinverdire. Tutti devono collaborare, perché qui, in gioco, è l'accesso all'innovazione e la sopravvivenza stessa di un sistema sanitario equo e solidale.

**Il Consiglio di Presidenza**

**Si comunica ai Signori Farmacisti che è in commercio una NUOVA FORMULAZIONE di**

## **ESCITALOPRAM EUROGENERICI SEMPRE IN COMPRESSE MA ORODISPERSIBILI**

Confezione: **ESCITALOPRAM EUROGENERICI 28 compresse orodispersibili 10 mg** - N.AIC 042762031

Classe di rimborsabilità: **A/RR**

Prezzo al pubblico: **8,30 €**

Farmaco di riferimento: ENTACT-CIPRALEX

Confezione: **ESCITALOPRAM EUROGENERICI 28 compresse orodispersibili 20 mg** - N.AIC 042762157

Classe di rimborsabilità: **A/RR**

Prezzo al pubblico: **16,38 €**

Farmaco di riferimento: ENTACT-CIPRALEX

*Quando scelgo un generico, chiedo EG®*

*Dibattiti e interrogazioni sulla sanità alla Camera e al Senato*

## INDAGINE CONOSCITIVA SU ISS, AIFA E AGENAS IL PARERE DELLE REGIONI

*In Commissione Affari sociali si discute su ruolo, competenze e organizzazione delle grandi agenzie nazionali e dell'Istituto Superiore di Sanità e sulla loro sinergia con le istituzioni di vertice nazionali e regionali. Un sistema di governance in evoluzione*

La Commissione Affari sociali della Camera, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul ruolo, l'assetto organizzativo e le prospettive di riforma dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), dell'Aifa e dell'Agenas, ha ascoltato i rappresentanti della Conferenza delle Regioni.

**Carlo Lusenti**, assessore alla Sanità della Regione Emilia-Romagna, ha spiegato che si è ancora in una fase di considerazioni preliminari e istruttorie, perché è in corso una revisione del quadro istituzionale e quindi la stessa riorganizzazione del sistema di governance è ancora in evoluzione. Serve maggiore chiarezza in merito a ruoli e competenze. In tal senso è auspicabile un confronto anche con il Governo per lavorare meglio alla razionalizzazione e all'efficacia delle funzioni delle agenzie. Una volta delineata, con la riforma costituzionale in atto, la "cornice nazionale" di garanzia e di tenuta finanziaria del sistema, vanno definite le regole, rafforzando e qualificando la sinergia tra Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e Regioni. Fra i due livelli di governo, quasi a fungere da cerniera con un ruolo trasversale e di tenuta del sistema, vanno riviste le funzioni delle Agenzie nazionali (Agenas, Aifa) nonché dell'Istituto Superiore di Sanità.

### TAGLI ALLA SANITÀ LA RISPOSTA DEL MINISTRO

Il ministro **Beatrice Lorenzin** è intervenuto alla Camera per rispondere a un'interrogazione di alcuni deputati della Lega

Nord, primo firmatario **Guido Guidesi**, sui presunti tagli al Fondo sanitario nazionale, che, secondo quanto riportato dalla stampa, potrebbero essere previsti dalla prossima Legge di stabilità. Il Ministero della Salute -ha dichiarato Lorenzin- ha presentato una serie di proposte di riduzione del proprio stanziamento, che ammontano a circa il 3 per cento di 1,2 miliardi di euro, riduzioni non riferite al Fondo sanitario nazionale. Con riferimento ai costi standard, il Ministero della Salute e le Regioni stanno lavorando per realizzare l'obiettivo previsto dal Patto per la Salute avente a oggetto la creazione di centrali uniche di acquisto regionali, della centrale unica nazionale e di un sistema di monitoraggio dei prezzi per l'individuazione di prezzi di riferimento standard.

### PREZZO DEI FARMACI ED EXPORT PARALLELO

In Aula, alla Camera, il ministro **Beatrice Lorenzin** ha risposto a un'interrogazione del Movimento 5 Stelle, primo firmatario **Matteo Mantero**, sul costo del farmaco Leukeran e sul fenomeno delle esportazioni parallele. Il ministro ha chiarito, innanzitutto, che la limitata disponibilità di taluni medicinali in determinate parti del Paese non può essere definita tecnicamente come carenza, in quanto, dai dati in possesso dell'Aifa, non risulta alcuna interruzione della loro fornitura da parte delle aziende farmaceutiche, le qua-

li, dietro specifica richiesta, ne confermano la disponibilità. Per ovviare alle predette criticità, l'Aifa ha comunque intimato alle aziende titolari di rispettare gli obblighi di fornitura.

**Lorenzin** ha ricordato che il Decreto legislativo n. 17 del 2014, cui ha fatto seguito la circolare ministeriale del 18 giugno 2014, ha rimodulato e integrato la nozione comunitaria di obbligo di servizio pubblico, al fine di evitare o limitare situazioni contingenti di carenza o indisponibilità sul mercato interno di medicinali cosiddetti critici. Si è inteso così regolamentare il mercato parallelo dei farmaci che, sebbene destinati all'Italia, vengono di fatto venduti in altri Paesi.

Quanto al farmaco Leukeran, il ministro della Salute ha spiegato che l'Aifa ha chiesto e ottenuto l'allineamento del prezzo a quello più basso praticato attualmente in Europa.

### USO OFF LABEL DIRITTI A RISCHIO

Una donna bresciana malata di mesotelioma pleurico, patologia gravissima causata dall'esposizione all'amianto, si è rivolta all'ospedale di Borgosesia (Vercelli) con la richiesta dello specialista di utilizzo off label del farmaco Gemcitabina. In un'interrogazione al ministro della Salute il deputato **Fabio Lavagno** (Gruppo misto) denuncia che l'Asl vercellese avrebbe negato per mesi il farmaco alla donna, considerata la mancata pronuncia della commissione farmaceutica interna. Viste le notizie di stampa, che danno conto di possibili nuove riduzioni di risorse per la sanità, **Lavagno** chiede garanzie sul fatto che non saranno compromessi i diritti dei cittadini. (PB)

*Giornali e web: notizie, commenti, interviste su farmacia e sanità*

## LORENZIN: “TICKET SULLE URGENZE? NON POSSO ESCLUDERLO”

*Ancora i tagli in primo piano. La possibilità di ulteriori misure sulla sanità resta aperta e anche il pronto soccorso potrebbe essere oggetto di interventi. Intanto, si affaccia il problema dell'alto costo dei farmaci innovativi*

**A**l vertice informale tra i ministri della Salute di Bruxelles si parla di sostenibilità del sistema e quello italiano, spiega il ministro Lorenzin, è una macchina da rimettere in moto, contenendo i costi senza sacrificare le fasce più deboli. Per quanto riguarda i nuovi farmaci molto costosi, a partire da quello per l'epatite C, che può curare 5 milioni di malati in Europa e un milione e mezzo in Italia, “bisogna trovare il modo di calmierare il prezzo, in modo che gli Stati comunitari possano comprare il farmaco senza far saltare il banco” osserva Lorenzin, che, al momento, non può escludere l'introduzione di un ticket sul pronto soccorso (*Il Messaggero*, 23.9.14).

### MANOVRA DA 15-20 MILIARDI PER L'ITALIA IN RECESSIONE

Incontri tecnici in corso al Ministero del Tesoro con i rappresentanti di tutti i dicasteri per fare il punto sui tagli di spesa del 3%. Il problema è che, dopo i tagli lineari dell'epoca tremontiana, il 90% delle spese dei dicasteri è assorbito dal personale: difficile, quindi, ottenere risparmi significativi. Per quanto riguarda beni e servizi, da cui il Governo si attende 7 miliardi di risparmi, i risultati di costi standard e centralizzazioni verranno solo in tempi lunghi. Inoltre, i numeri che l'Italia presenterà nella legge di bilancio dovranno essere verificati dall'ufficio parlamentare di bilancio, (presidente Giuseppe Pisaurò). E, se le cifre non saranno credibili, la bocciatura, ancora prima che da Bruxelles, potrebbe arrivare dal nuovo organo di garanzia (*Il Messaggero*, 26.9.14).

Recessione piena nel 2014 in Italia, con il Pil che accusa una contrazione dello 0,3%, ma con il deficit in zona di sicurezza attorno al 2,8%. Numeri e stime sono all'esame dei tecnici per la nota di aggiornamento al Def, in approvazione al Consiglio dei ministri. Per il 2015 il conteggio porterebbe a prevedere, al momento, un incremento del Pil dello 0,5%. Non alto, ma migliore dello 0,1% previsto dall'Ocse e in linea con quello recentemente stimato da Confindustria (*Il Sole 24 Ore*, 26.9.14).

### SANITÀ SOTTO CONTROLLO RISPARMI NEL LAZIO

Aghi, siringhe, provette, garze, pasti, lavano: numerosi beni e servizi della sanità del Lazio sono ora acquistati tramite gare centralizzate, con un forte risparmio per la Regione, che è commissariata e chiuderà il 2014 ancora in disavanzo. “Siamo stati tra i precursori a livello nazionale a fissare i prezzi di riferimento per i dispositivi medici”, dicono alla Regione, assicurando che gare e prezzi di riferimento hanno comportato riduzione dei costi e degli sprechi, senza conseguenze negative per l'assistenza (*La Repubblica*, 21.9.14).

### QUEL SUD DOVE I LEA SONO CARTA STRACCIA

I Lea (Livelli essenziali di assistenza) dovrebbero assicurare lo stesso diritto alla salute su tutto il territorio nazionale. In realtà, osserva Ettore Jorio, esperto di diritto sanitario, nella sanità meridionale sono migliaia

i poveretti ridotti a stare quotidianamente, da ricoverati, su una barella nei corridoi, alimentati e assistiti dai parenti, costretti a comprare le medicine nella più vicina farmacia (*Il Sole 24 Ore Sanità*, 23.9.14).

### VARIE

**Sanità, lo scoperto arriva a 6,8 miliardi.** Le Regioni hanno un debito di 6,8 miliardi nei confronti dei fornitori: 3,57 miliardi per i dispositivi medici e 3,2 per i farmaci. Mediamente i creditori attendono 201 giorni per i dispositivi, 162 per i farmaci. I pagatori più scomodi per le imprese sono le Regioni del sud e quelle sotto piano di rientro (*Il Sole 24 Ore*, 20.9.14).

**Nuove regole per prescrivere i farmaci innovativi. Una sperimentazione che piace a Federfarma.** Soddisfatta la Simg per la sperimentazione con cui l'Aifa consentirà tra breve a 2.000 medici di medicina generale di prescrivere farmaci innovativi attivando il Piano terapeutico. Per Claudio Cricelli, presidente Simg, “nessuno meglio del medico di famiglia è in grado di compiere l'intero processo di conoscenza, identificazione del paziente eleggibile, selezione della terapia appropriata, valutazione degli outcome”. Soddisfazione condivisa da Federfarma: “Ci auguriamo che questa sperimentazione sia l'inizio di un percorso che porti alla riclassificazione in fascia A dei medicinali di ultima generazione e alla distribuzione nelle farmacie di tutta Italia” commenta Annarosa Racca, presidente di Federfarma (*comunicato stampa su www.federfarma.it*), osservando che la prescrizione degli innovativi da parte del medico di famiglia e la distribuzione tramite le farmacie non riduce il monitoraggio della terapia e dei consumi” (*www.sanita.ilsole24ore.com*, 24.9.14).

**Una ricetta su dieci è digitale.** La ricetta dematerializzata è un progetto molto articolato che l'Agenda digitale (dicembre 2012) prevede di portare a regime entro il 2015. Secondo gli ultimi dati (luglio 2014) raccolti da Promofarma è dematerializzato l'11% delle ricette prescritte su territorio nazionale. Le percentuali, come illustrano l'amministratore delegato Gianni Petrosillo e il direttore Daniele D'Angelo, variano molto da Regione a Regione, i risultati migliori si registrano nelle Regioni che utilizzano il Sac, la soluzione tecnologica che prevede il Sistema di accoglienza centrale, voluto dalla Ragioneria Generale dello Stato e realizzato da Sogei (*Il Sole 24 Ore Sanità*, 23.9.14).

**Veneto e Piemonte, la prescrizione on line crea qualche coda.** Per la complessità del sistema, farmacisti e medici prevedono un periodo di rodaggio per la ricetta dematerializzata introdotta in Veneto dal 1° settembre. "I pazienti dovranno portare pazienza" -commenta Roberto Grubissa, presidente di Federfarma Belluno- e capire che i disagi a cui si trovano di fronte non dipendono dai farmacisti o dai medici, ma da un nuovo

sistema che ha bisogno di essere messo a punto" (*Corriere delle Alpi*, 20.9.14). Terminali bloccati e code nelle farmacie piemontesi per colpa dei problemi di collegamento con il server ministeriale che gestisce l'erogazione dei farmaci prescritti con la nuova ricetta elettronica. Oltre alla mancata connessione al server, tra i punti critici anche il fatto che i medici spesso non riescono a stampare il promemoria e continuano a usare la ricetta tradizionale. "A tutt'oggi i difetti di funzionamento non permettono di sfruttare il sistema al massimo delle sue potenzialità", osserva il presidente di Federfarma Piemonte, Massimo Mana (*La Stampa*, 24.9.14).

**PharmEvolution: nel terzo millennio farmacia dei servizi.** "La strada giusta per mantenere i servizi sanitari ai cittadini senza aumentare la spesa pubblica è la Pharmaceutical care, la presa in carico del paziente da parte delle farmacie, con il monitoraggio dell'aderenza alle cure e ai trattamenti terapeutici" afferma Gioacchino Nicolosi, vicepresidente di Federfarma e presidente di Federfarma Catania. Risulta, invece, che meno della metà degli over 65, che

assumono mediamente 5/9 farmaci al giorno, rispetta le indicazioni del medico e questo è un tema trattato a PharmEvolution, la convention di Catania (*Giornale di Sicilia*, 25.9.14).

**Campagna dei farmacisti contro il dolore.** "Non ti sopporto piu'!!! Il dolore non va sopportato, va curato" è lo slogan dei manifesti affissi nelle farmacie di Napoli per una iniziativa frutto di un accordo tra Federfarma locale e il Centro di terapia del dolore dell'Istituto Pascale (*Roma*, 24.9.14).

**Savona, diminuiscono le carenze di farmaci.** Per il presidente di Federfarma Savona, Aldo Gallo, il problema dell'assenza dagli scaffali delle farmacie di certi farmaci persiste, ma la situazione sta migliorando dopo gli ultimi aggiustamenti legislativi. Tra le cause delle carenze il fenomeno del parallel trade. "La libera circolazione delle merci è legittima, ma è illegittimo non far trovare i medicinali ai malati: se fa export, il grossista deve dimostrare che non sottrae disponibilità alle farmacie" (*Il Secolo XIX*, 24.9.14).

(US.SN - 12715/400 - 30.9.14)

*\* Gli articoli citati sono disponibili sul sito di Federfarma cliccando i link della circolare*

Si comunica ai Signori Farmacisti che è in commercio

**ALAnervAge**

Integratore alimentare a base di Acido  $\alpha$ -Lipoico, Acidi grassi omega-3 (DHA ed EPA), Vitamina E, Vitamina D e Magnesio

In tutte  
le fasi della  
vita di  
una donna

**ALFA WASSERMANN**



*A Catania la IV Edizione della Convention "PharmEvolution"*

## QUESTA LA STRADA PER LA SANITÀ DEL FUTURO

**S**i fonda sulla sinergia tra medico di famiglia e farmacia la "Sanità del futuro", così come prefigurata nella tavola rotonda clou del convegno PharmEvolution, che si è tenuto a Catania il 27 e 28 settembre. Una "due giorni" molto intensa, che ha visto un'alta partecipazione di farmacisti (non solo siciliani), 12 meeting, 5 corsi Ecm e Fad e ben 72 espositori nell'area fieristica. Il primo giorno, sabato 27, ha proposto una panoramica delle attuali problematiche: dall'assistenza Enpaf, al valore del cosmetico, alla sanità digitale, alla sostenibilità per le farmacie rurali, alla povertà sanitaria, all'aderenza alle terapie farmacologiche, fino a un approfondimento della situazione in Francia, nazione ospite di questa 4a Edizione. Più di un'occasione, quindi, per fare il punto sulle diverse sfaccettature che il Pianeta farmacia oggi propone.

Domenica 28, invece, il convegno di Federfarma Sicilia su "La sanità del futuro" ha permesso di alzare lo sguardo sugli obiettivi che la categoria deve affrontare, a livello sia nazionale sia regionale. E la partnership medico di famiglia e farmacia è stata ribadita da più voci. Innanzitutto dal presidente Annarosa Racca ("con i medici l'unione è necessaria: noi e loro siamo fondamentali nell'assistenza territoriale"), poi dal vicepresidente Gioacchino Nicolosi ("la deospedalizzazione comporta una riorganizzazione dei servizi: la farmacia, con il medico di famiglia, sono le risorse più importanti"), poi dal segretario della Fimm Catania, Domenico Grimaldi ("siamo i più vicini alla gente: non si può prescindere da noi e dal farmacista in una sanità del territorio") e anche, sul piano economico, dal presidente della Commisone Servizi sociali e sanitari dell'Ars, Pippo Digiacoimo ("non è possibile risparmiare se al nostro fianco non abbiamo medici e farmacisti") e sul piano politico dal sottosegretario alla Politiche agricole, Giuseppe Castiglione ("puntare sulla qualità significa rilanciare le professionalità").

Lo sguardo sulle problematiche regionali, invece, ha offerto l'amaro del presidente di Federfarma Sicilia, Francesco Mangano, per le promesse tradite da parte della Regione. I farmacisti hanno rispettato i patti, sia sulla Dpc ("la spesa si è ridotta del 20% in alcune province"), sia sulla ricetta elettronica ("motivo d'orgoglio per l'alta efficienza"), con grandi risparmi anche sui controlli, ma nessuna delle contropartite previste (Cup, diabete, farmacia dei servizi ecc.) è stata garantita. "Noi abbiamo fatto la nostra parte", ha concluso Mangano, "ora ci aspettiamo che la politica faccia la sua. Altrimenti saremo costretti a tornare indietro").

Altro punto dolente, espresso dal segretario della Fofi, Maurizio Pace, riguarda i danni provocati dalla revisione del Titolo V della Costituzione ("troppi servizi sono diversificati e ora il valore da coltivare è l'integrazione"), problema ribadito anche da Gioacchino Nicolosi ("registriamo diversità non soltanto tra le province, ma addirittura tra le stesse Asl") e da Annarosa Racca ("chiediamo una sanità uguale per tutti e le basi le porremo con la nuova Convenzione").

Altri temi affrontati nell'interessante tavola rotonda hanno riguardato le problematiche del lavoro per i giovani laureati, ricordate dal presidente dell'Ordine di Catania, Giovanni Puglisi, e l'evoluzione culturale della professione, sollecitata dal rettore dell'Università, Giacomo Pignataro ("bisogna spostare l'attenzione dalla sanità alla salute, quindi puntare sulla prevenzione"). E così la palla ritorna ancora una volta sul versante del farmacista e del medico di famiglia. E, per finire, una dimostrazione di quanto sia importante la farmacia sul territorio è venuta dal sindaco Enzo Bianco, che ha presentato tre progetti elaborati d'intesa con Federfarma Catania. Il primo è quello di inserire le farmacie nella rete della Protezione civile, in modo che diventino presidi di primo soccorso in caso di terremoti (la zona è ad alto rischio) o altre calamità. Il secondo prevede di effettuare con il Banco farmaceutico la raccolta dei farmaci inutilizzati, e il terzo punta a fare della farmacia il centro di informazioni sul territorio. Si rimarca così sempre più -come ha concluso il presidente Gioacchino Nicolosi- l'insostituibilità anche sociale della rete delle farmacie. (LV)

### CONVENTION DI STUDIO SUL SISTEMA-FARMACIA

**F**ederfarma Servizi e FederFarma.Co organizzano per i giorni 16-17-18 ottobre la loro prima convention congiunta ("Un motore per il sistema"), che si terrà presso il Poiano Resort a Garda (Verona). Al centro del dibattito vi saranno le attuali difficoltà economiche delle farmacie e le prospettive di razionalizzazione del settore. Tra gli appuntamenti: la sessione di venerdì 17 dedicata al tema "Il farmaco e la sostenibilità del sistema" e la successiva tavola rotonda su "Professione farmacia: le sfide del presente, le opportunità del futuro". Alla discussione parteciperanno i presidenti di Federfarma (Annarosa Racca), Fofi (Andrea Mandelli), Federfarma Servizi (Antonello Mirone), Sifo (Laura Fabrizio), Utifar (Eugenio Leopardi), Assofarm (Venanzio Gizzi), Sunifar (Alfredo Orlandi), FederFarma.Co (Cesare Guidi), il senatore Luigi D'Ambrosio Lettieri e il ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Per maggiori informazioni: 081.8375841.

## ACCADEMIA DI STORIA IL CONGRESSO A FERRARA

**G**ettare un ponte tra i musei di farmacia e quelli di storia della medicina e delle arti sanitarie, in una prospettiva interdisciplinare, per agevolare da una parte il lavoro degli studiosi, e offrire dall'altra percorsi culturali di grande attrazione per il pubblico. E' questo l'obiettivo che si è posto il presidente Angelo Beccarelli con il 64° congresso dell'Accademia di Storia della farmacia, che si è tenuto a Ferrara il 20 e 21 settembre. Numerose e interessanti le relazioni presentate, a documentare la presenza in Italia di una ventina di Musei di farmacia, arricchite poi da quelle offerte -tra gli altri- dai responsabili del Museo omeopatico e del Museo sanitario di Roma, della Biblioteca di Berna e del Museo di Montpellier. L'apprezzamento per l'attività dell'Accademia è stata espressa dal presidente di Federfarma, intervenuta all'apertura dei lavori, precisando che il prossimo anno inaugurerà, presso i locali dell'Associazione di Milano, un Museo stabile di Storia della Farmacia. "Valorizziamo la tradizione -ha detto Annarosa Racca- non

per tener vivo il ricordo di un mondo che non c'è più, ma per diffondere tra i colleghi la consapevolezza dell'importanza di un presidio che ogni giorno, da secoli, continua a dare il proprio contributo al miglioramento della qualità della vita". All'inaugurazione sono intervenuti anche il vescovo di Ferrara, il presidente dell'Associazione, Paolo Mantovani, dell'Ordine, Livio Luciani, e della Scuola di farmacia, Stefano Manfredini.

## VERONA 17-19 OTTOBRE FARMADAYS 2014

**L**a terza edizione di Farmadays, la manifestazione promossa da Utifar, si terrà a VeronaFiere, presso il Palaexpo, dal 17 al 19 ottobre. Farmadays 2014 proporrà come sempre "convegni, seminari e corsi di aggiornamento dedicati alla farmacia che cambia". Tema di apertura sarà "Il futuro della farmacia in una società che cambia". Tra gli appuntamenti da segnalare, vi è la presentazione -sabato 18 alle 10- del primo Bilancio Sociale delle farmacie italiane, uno studio condotto da Utifar in collaborazione con il Centro studi Sintesi - Cgia di Mestre, che espri-

me in cifre il valore complessivo rappresentato dalle farmacie per la collettività. Per la tavola rotonda di commento ai dati è attesa anche la titolare del Ministero della Salute, Beatrice Lorenzin, che discuterà con i rappresentanti delle categorie professionali e dell'industria. Prevista anche la partecipazione dei presidenti nazionali di Federfarma e Fofi Annarosa Racca e Andrea Mandelli. Il pomeriggio sarà dedicato al Premio Renato Grendene per i progetti di rinnovamento della farmacia. Domenica 19 ottobre, a partire dalle 10, si parlerà invece delle difficoltà nei bilanci economici delle singole farmacie, con l'intervento di alcuni tra i massimi esperti del settore.

L'area espositiva della manifestazione ospiterà oltre 100 aziende e offrirà una serie di iniziative mirate alla crescita professionale. Tra le novità dell'edizione 2014 va ricordato uno spazio dedicato allo sviluppo della galenica. In particolare, grazie alla collaborazione con Upfarm (Unione professionale farmacisti per i farmaci orfani) e con Uniamo, la Federazione italiana per le malattie rare, saranno eseguite dimostrazioni pratiche. Non mancheranno poi i corsi aziendali proposti dalle aziende partner di Farmadays.

## **TEOFARMA S.r.l.**

informa i Signori Farmacisti che i prodotti:

**FOLINA FIALE 15 mg/2 ml (AIC 002309033)**

**FIBRASE IM IV 10 fiale 1 ml 100 mg (AIC 019646013)**

**MICOTEF 100 mg ovuli vaginali (AIC 023491083)**

**MICOTEF 2% crema vaginale (AIC 023491057)**

**MICOTEF 2% crema cutanea (AIC 023491172)**

**MICOTEF 2 mg/ml soluzine vaginale (AIC 023491160)**

**STEMETIL 20 compresse 5 mg (AIC 014284018)**

**NOAN 25 cpr 5 mg (AIC 019993017)**

**EUDIGOX 0,100 mg 40 capsule molli (AIC 014166033)**

**EUDIGOX 0,200 mg 40 capsule molli (AIC 014166045)**

*sono regolarmente disponibili presso i Grossisti*

## Io posso

*essere orgogliosa di far parte di un team in cui ognuno garantisce la qualità dei nostri prodotti, indipendentemente dal luogo di produzione.*

*Io posso...*

## perché

Mylan è una delle maggiori e affermate aziende al mondo produttrici di farmaci equivalenti e specialistici. I nostri team conducono accurati controlli su tutti i medicinali, dal principio attivo alla distribuzione.

In Mylan, la priorità siete voi e i vostri pazienti.

Visitate [YourMylan.com](http://YourMylan.com)

*Veronique*

Mylan Plant Senior Director

**La nostra  
Mylan  
è la vostra  
Mylan.**

 **Mylan**

Seeing  
is believing

SAUVETEUR  
DU TR

Accordo tra i ministri della Salute e della Difesa

## CANNABIS: PIÙ SICUREZZA E COSTI RIDOTTI

Grazie a un accordo firmato dai ministri della Salute Beatrice Lorenzin e della Difesa Roberta Pinotti, lo Stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze “effettuerà le operazioni di coltivazione, fabbricazione della sostanza attiva di origine vegetale a base di cannabis e il confezionamento della stessa in imballi da distribuire su richiesta delle Regioni alle farmacie territoriali e/o ospedaliere”. Le farmacie allestiranno le preparazioni magistrali da dispensare dietro presentazione di ricetta medica non ripetibile. Entro il 31 ottobre un gruppo di lavoro definirà un protocollo operativo per la programmazione delle operazioni da compiere, la quantificazione dei fabbisogni in relazione alle patologie da trattare, la fitosorveglianza da esercitare, le verifiche da attuare e le tariffe da applicare ai prodotti. I primi farmaci arriveranno nel 2015 e il fabbisogno di materia prima è di circa 80-100 chilogrammi l'anno.

Oggi è “un buon giorno per la sanità italiana”, ha commentato con soddisfazione Lorenzin la firma dell'accordo, auspicando che esso costituisca solo un primo passo per un più ampio utilizzo dello Stabilimento per la produzione di farmaci orfani o di altri farmaci che non si trovano in commercio. Pienamente d'accordo su questo obiettivo anche il ministro Pinotti per il quale il mondo militare ha strutture e capacità di eccellenza spesso sottovalutate (basti pensare al trasporto di malati di Ebola da parte dell'Aviazione e al fatto che già oggi lo Stabilimento produce farmaci per emergenze come l'aviazione o per antiterrorismo). La volontà è di metterle a disposizione, come è giusto che sia. La collaborazione tra i due ministeri è già rodada da iniziative come lo screening effettuato su 60mila immigranti.

Attualmente il panorama della disponibilità (consentita dal 2007) di questi farmaci è molto differenziata da Regione a Regione. Inoltre, si calcola che, per il complicato iter burocratico oggi necessario per l'importazione dall'estero e per gli elevati costi che ne derivano, vengano trattati con cannabinoidi non più di un centinaio di pazienti con malattie neurovegetative. L'accordo consentirà l'accesso a queste terapie a costi adeguati, rendendole meno onero-

COMUNICATO STAMPA FEDERFARMA - 18 settembre 2014

### “LE FARMACIE SONO PRONTE”

Le farmacie sono pronte ad assicurare la disponibilità delle preparazioni con cannabis sulla base delle forniture che arriveranno dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze. Apprezziamo questa iniziativa che agevola l'accesso alle cure palliative a diverse categorie di malati gravi, proseguendo in un percorso nel quale sono fortemente impegnate anche le farmacie”. Commenta così la presidente di Federfarma, Annarosa Racca, la firma, stamattina, da parte dei ministri della Salute e della Difesa, del protocollo di intesa che affida allo Stabilimento Chimico Farmaceutico la coltivazione della cannabis a fini terapeutici.

Le forniture alle farmacie del territorio e ospedaliere, come ha ricordato il ministro Lorenzin, cominceranno non appena le Regioni avranno definito le modalità distributive sulla base del protocollo terapeutico che un gruppo di lavoro tecnico consegnerà al Consiglio Superiore di Sanità entro il 30 settembre. “In tempi di spending review è positivo anche il fatto che la produzione effettuata dallo stabilimento militare di Firenze abatterà in modo notevole i costi per il sistema sanitario nazionale -aggiunge Racca- Lodevole anche la volontà, espressa dai due ministri Lorenzin e Pinotti, di affidare allo Stabilimento militare pure la produzione di farmaci orfani destinati alle malattie rare”.

se, per il Ssn o per il paziente, e anche evitando il ricorso da parte dei malati a prodotti non autorizzati, contraffatti o illegali. Anche sul piano culturale l'accordo contribuirà a elevare

la cultura delle cure palliative, contrastando anche la disinformazione di quegli operatori sanitari che ancora non conoscono le possibilità di utilizzo terapeutico della marijuana. (SN)

### FARMACIA IERI OGGI E DOMANI

È stato un tributo di stima e d'affetti al dottor Felice Ribaldone, con tanto di consegna di targhe e medaglie, il convegno “Farmacia ieri, oggi e domani”, che si è tenuto a Genova giovedì 18 settembre, organizzato dall'Ordine, dalla Federfarma e da Farma-Trade presso il Cisef. Innanzitutto il presidente della Fofi, sen. Andrea Mandelli, ha ricordato il cammino professionale del presidente dell'Ordine di Genova, e ha poi fatto il punto sulla situazione del servizio farmaceutico e sulle sue prospettive. L'incontro ha quindi proposto un interessante intervento di Erika Mallarini sul “Futuro della professione”, con particolare riguardo alle luci e ombre del patto per la salute, seguito poi da una tavola rotonda, cui hanno partecipato il presidente

e vicepresidente dell'Ordine, Ribaldone e Mortara, il presidente della Federfarma, Giuseppe Castello, Lorenzo Manca dell'Agifar ed Erika Mallarini.

### CORSO ECM A TRENTO

Il 20 ottobre (alle 20), presso l'Ordine dei farmacisti a Trento (via Valentina Zambra 14) si terrà un corso di formazione e aggiornamento sulle ispezioni in farmacia, svolto dal dottor Valerio Cimino. Il corso sarà introdotto da Riccardo Roni, direttore del Servizio farmaceutico territoriale dell'Apss. Il corso vale 3 punti Ecm. Per ottenere i crediti è necessario confermare la propria partecipazione inviando il modulo di iscrizione alla segreteria dell'Ordine via posta o via fax entro il 14 ottobre. Per maggiori informazioni: [www.ordinefarmacistitrento.it](http://www.ordinefarmacistitrento.it)

## SPESA FARMACEUTICA SSN: I DATI DI GENNAIO-GIUGNO 2014

Sul sito di Federfarma [www.federfarma.it](http://www.federfarma.it) sono disponibili i dati della spesa farmaceutica convenzionata Ssn relativi al primo semestre 2014, di seguito commentati. Federfarma dispone dei dati mensili della spesa farmaceutica anche in forma disaggregata per singola provincia. Le Unioni regionali interessate possono, quindi, richiedere alla Federazione i dati relativi alle province della propria Regione.

### La spesa a livello nazionale

La spesa farmaceutica **convenzionata netta Ssn, nel primo semestre 2014, ha fatto registrare una diminuzione del 3,2%** rispetto allo stesso periodo del 2013. Continua, anche se attenuata, la tendenza all'aumento del **numero delle ricette, cresciuto dello 0,2%**. Nel periodo gennaio-giugno 2014 le **ricette sono state oltre 312 milioni**, pari a 5,14 ricette per ciascun cittadino. Le confezioni di medicinali erogate a carico del Servizio sanitario nazionale sono state oltre 574 milioni, con un aumento dello 0,2% rispetto al 2013. **Ogni cittadino italiano ha ritirato in farmacia in media 9,5 confezioni di medicinali a carico del Ssn.**

L'andamento della spesa nei primi sei mesi del 2014 è influenzato dal **calo del valore medio netto delle ricette (-3,4%): vengono, cioè, erogati a carico del Servizio sanitario farmaci di costo sempre più basso**. Il prezzo medio dei medicinali prescritti in regime di Ssn è diminuito del 21,6% negli ultimi 5 anni. Il calo del valore medio netto delle ricette dipende dalle **trattenute imposte alle farmacie, e in particolare dagli sconti per fasce di prezzo e dalla trattenuta dell'1,82% imposta alle farmacie dal 31 luglio 2011 e aumentata al 2,25% da luglio 2012**, dal crescente impatto dei medicinali equivalenti a seguito della progressiva scadenza di importanti brevetti (vedi Tabella n. 1) e alle misure applicate a livello regionale. Tra queste ultime, si segnalano l'appesantimento del ticket a carico dei cittadini e la **distribuzione diretta** di medicinali acquistati dalle Asl.

### L'incidenza di equivalenti e generici

Nel mese di giugno 2014, i medicinali inseriti nelle liste di riferimento Aifa, a livello nazionale, hanno superato il 73% delle confezioni erogate in regime di Ssn per una spesa superiore al 50% del totale della convenzionata. Anche i generici veri e propri sono ormai una realtà consolidata, con una quota di mercato che ha superato il 25% delle confezioni totali Ssn e il 14% della spesa. Mentre l'incidenza dei farmaci inseriti nelle liste di riferimento su spesa e consumi Ssn è piuttosto omogenea tra Regione e Regione, l'incidenza dei farmaci generici vera e propria presenta maggiori differenze a livello territoriale (vedi Tabella n. 1).

Grafico n. 1 - Spesa farmaceutica netta Ssn: differenziale rispetto agli stessi mesi dell'anno precedente

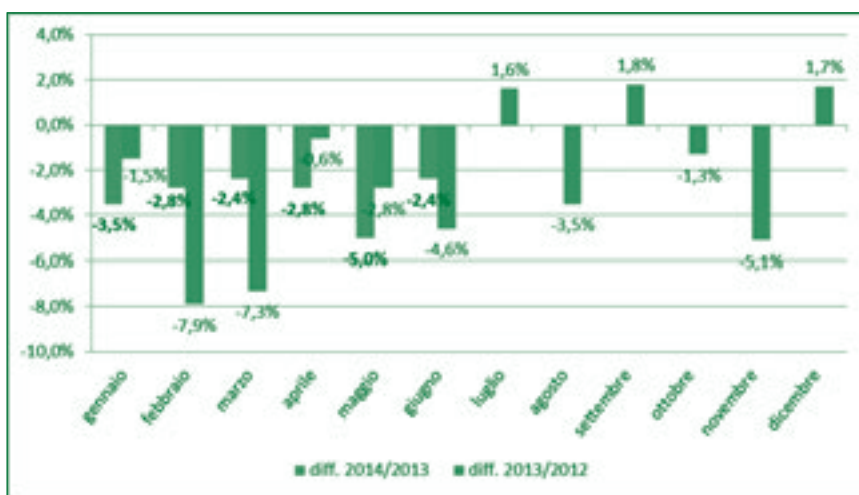


Tabella n. 1: Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto su spesa e consumi Ssn

Regione	Farmacie liste di riferimento		Farmaci generici	
	% su conf.	% su spesa	% su conf.	% su spesa
PIEMONTE 73,03%	50,22%	29,53%	17,06%	
VALLE D'AOSTA	71,74%	48,12%	28,41%	16,43%
LOMBARDIA	72,20%	46,50%	33,64%	18,83%
ALTO ADIGE (BZ)	73,09%	49,01%	31,12%	18,44%
TRENTINO (TN)	74,38%	51,93%	38,22%	23,47%
VENETO	73,32%	51,26%	30,52%	18,22%
FRIULI	73,29%	49,79%	30,04%	17,72%
LIGURIA	72,42%	50,93%	27,76%	16,64%
EMILIA-ROMAGNA	76,17%	56,23%	31,89%	20,33%
TOSCANA	74,47%	54,69%	30,33%	18,57%
UMBRIA	75,47%	54,63%	24,99%	15,12%
MARCHE	73,37%	51,36%	21,57%	12,91%
LAZIO	72,65%	49,86%	20,77%	11,75%
ABRUZZO	72,46%	48,86%	22,70%	13,34%
MOLISE	73,69%	51,67%	18,57%	10,91%
CAMPANIA	71,90%	48,64%	18,38%	9,85%
PUGLIA	73,86%	51,04%	21,08%	12,08%
BASILICATA	72,75%	51,37%	17,71%	9,99%
CALABRIA	72,98%	50,26%	18,20%	10,02%
SICILIA	72,99%	50,72%	18,25%	10,29%
SARDEGNA	71,72%	47,57%	23,00%	13,36%
<b>Totale</b>	<b>73,14%</b>	<b>50,19%</b>	<b>25,73%</b>	<b>14,83%</b>
	<b>Farmaci Ssn</b>	<b>Farmaci liste di riferimento</b>	<b>Generici</b>	
Prezzo medio	€ 9,67	€ 6,64	€ 5,58	

Nel valutare i livelli di incidenza dei farmaci a brevetto scaduto e, in particolare, dei generici, anche in confronto con altri Paesi europei, è necessario considerare che per lo Stato è indifferente se il cittadino prende il generico o il farmaco di marca, pagando la differenza di prezzo, in quanto il prezzo di rimborso a carico del Servizio sanitario nazionale è sempre lo stesso.

## Il contributo delle farmacie

Le farmacie continuano a dare un rilevante contributo al contenimento della spesa -oltre che con la diffusione degli equivalenti e la fornitura gratuita di tutti i dati sui farmaci Ssn- con gli **sconti per fasce di prezzo**, che hanno prodotto nel primo semestre 2014 un **risparmio di circa oltre 263 milioni di euro**, ai quali vanno sommati **oltre 36 milioni di euro derivanti dalla quota dello 0,64% di cosiddetto *payback***, posto a carico delle farmacie a partire dal 1° marzo 2007 e sempre prorogato. A tali pesanti oneri si è aggiunta, dal 31 luglio 2010, la trattenuta dell'1,82% sulla spesa farmaceutica, aumentata, da luglio 2012, **al 2,25%. Tale trattenuta aggiuntiva ha comportato, per le farmacie, un onere quantificabile, nei primi sei mesi del 2014, in oltre 100 milioni di euro**. Complessivamente, quindi, il contributo diretto delle farmacie al contenimento della spesa, nel primo semestre 2014, è stato di **oltre 400 milioni di euro**.

È bene ricordare che lo sconto a carico delle farmacie ha un carattere progressivo in quanto aumenta all'aumentare del prezzo del farmaco, facendo sì che **i margini reali della farmacia siano regressivi rispetto al prezzo**. Le farmacie rurali sussidiate e le piccole farmacie a basso fatturato Ssn godono di una riduzione dello sconto dovuto al Servizio sanitario nazionale (vedi *Tabella n. 2*).

**Tabella n. 2: Trattenute a carico delle farmacie**

Fascia di prezzo €	Farmacie urbane e rurali non sussidiate		Farmacie rurali sussidiate	
	Fatturato Ssn > 258.228,45 euro	Fatturato Ssn < 258.228,45 euro	Con fatturato superiore a 387.342,67 euro	Con fatturato inferiore a 387.342,67 euro
da 0 a 25,82	3,75%+2,25%	1,5%	3,75%+2,25%	1,5%
da 25,83 a 51,65	6%+2,25%	2,4%	6%+2,25%	
da 51,66 a 103,28	9%+2,25%	3,6%	9%+2,25%	
da 103,29 a 154,94	12,5%+2,25%	5%	12,5%+2,25%	
Oltre 154,94	19%+2,25%	7,6%	19%+2,25%	

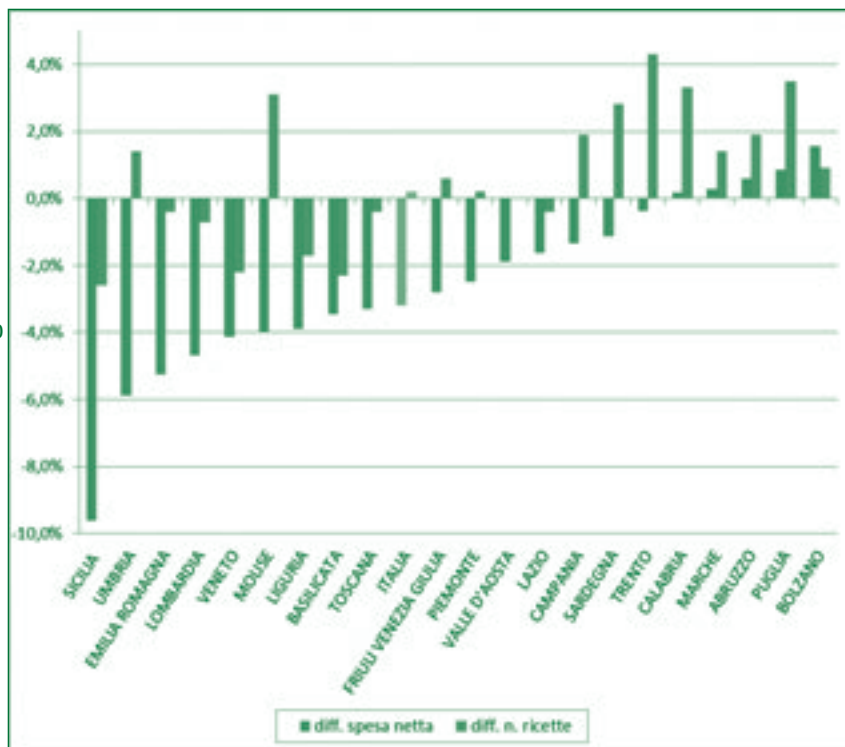
## Le quote a carico dei cittadini

L'incidenza sulla spesa lorda delle quote di partecipazione a carico dei cittadini è passata dal 12,4% di giugno 2013 al **13,2% di giugno 2014** a seguito degli interventi regionali sui ticket e del pagamento della differenza di prezzo tra medicinale di marca ed equivalente di prezzo più basso.

Nelle Regioni con ticket più incisivo le quote di partecipazione hanno un'incidenza sulla spesa lorda tra l'11,2% e il 16,7%. Complessivamente **i cittadini hanno pagato oltre 744 milioni di ticket** sui farmaci, di cui più del 62% (*dati Aifa*) dovuto alla differenza di prezzo rispetto al farmaco equivalente meno costoso.

(Per una panoramica sui ticket applicati dalle singole Regioni vedi il sito [www.federfarma.it](http://www.federfarma.it) alla voce "Ticket regionali").

**Grafico n. 2 - Andamento della spesa netta e numero di ricette nel primo semestre 2014/ 2013**



## La spesa a livello regionale

Il *Grafico n. 2* pone in correlazione, Regione per Regione, l'andamento della spesa netta e del numero delle ricette nel primo semestre 2014 rispetto allo stesso periodo del 2013. Il calo della spesa convenzionata netta è particolarmente evidente in Sicilia (-9,6%), Umbria (-5,9%), Emilia-Romagna (-6,3%), Lombardia (-4,7%).

## Il monitoraggio dell'Aifa

Dal monitoraggio effettuato dall'Agenzia italiana del farmaco sulla spesa farmaceutica del primo semestre 2014 (*il testo è consultabile sul sito di Federfarma*), al di là dell'analisi sulla spesa convenzionata, sostanzialmente coincidente con quella di Federfarma, emerge che la spesa farmaceutica territoriale -che, oltre alla convenzionata, comprende la spesa per farmaci in distribuzione diretta e per conto- si mantiene, fin qui, entro il tetto dell'11,35% del Fondo sanitario nazionale, attestandosi all'11,02% del Fsn. Da segnalare la diminuzione dello 0,2% della spesa per farmaci di fascia A erogati direttamente dalle Asl in distribuzione diretta o per conto.

Per quanto riguarda invece la spesa farmaceutica ospedaliera, i dati Aifa evidenziano come tale voce, anche nei primi sei mesi del 2014, continui a restare ampiamente al di sopra del tetto programmato del 3,5%, attestandosi al 4,77% del Fsn, con uno sfioramento che, a metà anno, è già pari a oltre 747 milioni di euro. (URIS-AGAP/PB-DR - 12479/391 - 25.9.14)

## GESTIONI EREDITARIE E TRUST Importante sentenza del Tar

Secondo il Tar Brescia, gli eredi che non hanno ancora i requisiti per acquisire la titolarità di una farmacia possono avvalersi del "trust". La legittimità del trust va, tuttavia, valutata di caso in caso, attraverso un'analisi complessiva delle sue disposizioni più significative.

In relazione alla nota problematica della gestione ereditaria di una farmacia e, in particolare, ai limiti imposti dalla legge, è stata emessa una recente sentenza nella quale si è affermato che **gli eredi di un titolare di farmacia che non hanno ancora maturato i requisiti di legge per subentrare direttamente nella titolarità, possono avvalersi dell'istituto del "trust"** (sentenza Tar Lombardia, sede di Brescia, n. 890 del 30 luglio 2014, consultabile su [www.federfarma.it](http://www.federfarma.it)). È

la prima sentenza sull'argomento, peraltro suscettibile di essere successivamente valutata in un eventuale appello in Consiglio di Stato.

### Che cos'è il "trust"

Il "trust" è un istituto giuridico di origine anglosassone, disciplinato dalla Convenzione dell'Aja del 1985, recepita in Italia con la Legge 364/1989. Ai sensi dell'articolo 2 della Convenzione, "per trust si intendono i rapporti giuridici istituiti da una persona, il costituente -con atto tra vivi o mortis causa- qualora dei beni

siano stati posti sotto il controllo di un trustee nell'interesse di un beneficiario o per un fine specifico. Il trust presenta le seguenti caratteristiche:

- a) i beni del trust costituiscono una massa distinta e non fanno parte del patrimonio del trustee;
- b) i beni del trust sono intestati a nome del trustee o di un'altra persona per conto del trustee;
- c) il trustee è investito del potere e onerato dell'obbligo, di cui deve rendere conto, di amministrare, gestire o disporre beni secondo i termini del trust e le norme particolari impostegli dalla legge.

Il fatto che il costituente conservi alcune prerogative o che il trustee stesso possieda alcuni diritti in qualità di beneficiario non è necessariamente incompatibile con l'esistenza di un trust".

### Il caso esaminato dal Tar

La peculiarità del caso risiedeva nel fatto che il trust aveva a oggetto una sede farmaceutica e la titolarità e il trasferimento delle sedi farmaceutiche sono disciplinate da una normativa speciale, volta a contemperare le esigenze privatistiche, connesse all'esercizio di un'attività di impresa, con le esigenze pubblicistiche di tutela della salute.

**Si trattava, in particolare, di stabilire se era possibile "coniugare l'art. 12, comma 11, della Legge 2 aprile 1968 n. 475 (il quale esclude la possibilità di trasferire la gestione senza contestuale cessione dell'azienda) con la particolare struttura**

Vemedia Pharma informa i Sigg. Farmacisti che i prodotti Excilor dal 1° ottobre saranno distribuiti dai concessionari di vendita sotto indicati



### CONCESSIONARI DI VENDITA DI ZONA

PIEMONTE-LIGURIA VALLE D'AOSTA-SARDEGNA	LOMBARDIA-TRIVENETO EMILIA ROMAGNA-MARCHE	TOSCANA-UMBRIA-ABRUZZO MOLISE-LAZIO	CAMPANIA-PUGLIA BASILICATA	SICILIA CALABRIA
PUNTO PHARMA srl	EFAS spa	PHARMATRE spa	FARMACEUTICI A.TONACCI srl	SAF srl
Tel. 011 3499130	Tel. 051 969158	Tel. 0742 320297	Tel. 081 7454333	Tel. 080 5354015

*del trust... che rappresenta un patrimonio separato, rispetto a cui il trustee figura come proprietario, essendo egli preposto alla gestione del patrimonio stesso, di cui ha una titolarità temporanea e strumentale alla durata del trust, oltre che limitata dalla necessità di esercitarla al fine di perseguire lo specifico obiettivo previsto all'atto della costituzione del trust (e cioè, nel caso di specie, una corretta gestione dell'attività della farmacia, al fine di poterla poi ritrasferire in piena e produttiva attività, agli eredi-beneficiari del trust una volta realizzate le condizioni che determineranno la scadenza del trust stesso)".*

### **La decisione del Tribunale**

Secondo il Tar, il trust non implica, di per sé, una violazione o un aggiramento del principio secondo cui titolarità e gestione della sede farmaceutica devono necessariamente congiungersi in capo al medesimo soggetto, in quanto **la sua istituzione comporta un vero e proprio trasferimento di proprietà dell'azienda in favore del trustee**. Il trustee, pertanto, è allo stesso tempo titolare e gestore diretto e personale dell'azienda, sia pure per un periodo di tempo limitato e con l'obbligo di ritrasferirla agli eredi (che sono anche i disponenti) nel momento indicato dall'atto istitutivo.

**Inoltre, secondo il Tar, nel caso esaminato risulta tutelato il pubblico interesse alla corretta gestione della farmacia.** In tal senso, ad avviso del Tribunale, va intesa già la circostanza che l'azienda, pur trasferita al trustee, non entri a far parte del suo patrimonio particolare, dal momento che impedisce ai creditori del trustee di aggredire i beni dell'azienda per debiti diversi da quelli contratti nella gestione della sede farmaceutica. Ma, soprattutto, è meritevole, secondo il Tar, l'obiettivo, espressamente dichiarato nell'atto costitutivo, di *"consentire una gestione ottimale dei beni in trust, conformemente alla legislazione vigente in materia di farmacie, per far fronte a ogni esigenza personale e patrimoniale dei beneficiari, effettuando una programmazione giuridico-patrimoniale tale da consentire al verificarsi dei presupposti di legge ed entro i termini indicati, l'ordinario passaggio generazionale"*.

### **Considerazioni sulla sentenza**

Il Tar non ha ammesso in astratto e in generale la legittimità del trust nella gestione di una farmacia, ma ha provveduto a verificare che, avuto riguardo alle clausole che in concreto il trust sottoposto al suo esame presentava, esso non si ponesse in contrasto con la normativa di settore. **Non si tratta, dunque, di una legittimazione "in bianco" del trust in farmacia, ma di un esame che può essere favorevole solo al ricorrere di particolari condizioni** (meritevolezza dell'interesse perseguito dagli eredi, autonomia del trustee, compatibilità degli obiettivi perseguiti con l'esigenza di una corretta gestione della farmacia, eccetera).

**Ma, soprattutto, la sentenza ribadisce la vigenza del principio della necessaria coincidenza tra titolarità e gestione della sede farmaceutica, così come si evidenzia dal percorso logico seguito:** a) *"il vero cuore della questione"* è la *"necessità di coniugare l'art. 12, comma 11, della Legge 2 aprile 1968 n. 475 (il quale esclude la possibilità di trasferire la gestione senza contestuale cessione dell'azienda) con la particolare struttura del trust"*; b) *"il trust realizzerebbe proprio quella coincidenza tra proprietà e gestione voluta dal legislatore"*; c) *il trustee diviene "a*

## **SOSTENIAMO LA RICERCA SULLA FIBROSI CISTICA**

**C**on questo numero di *Farma 7* trovate la locandina da esporre in farmacia per segnalare la XII campagna nazionale per la ricerca sulla fibrosi cistica, organizzata dalla Fondazione ricerca fibrosi cistica onlus insieme con Lific (Lega italiana fibrosi cistica) per richiamare l'attenzione della popolazione sulla malattia genetica grave più diffusa e incoraggiare il sostegno alla ricerca. Nel mese di ottobre e nei weekend 11-12, 18-19, 25-26, nelle piazze e nei centri commerciali di tanti Comuni italiani saranno promosse azioni di informazione e raccolta fondi, con l'iniziativa "Ciclamini per la ricerca", da parte dei volontari della Fondazione. Quest'anno saranno allestite oltre duemila postazioni. Sarà inoltre possibile fare donazioni per la ricerca chiamando, dall'11 al 26 ottobre, il numero telefonico 45502: due euro tramite sms da cellulare oppure 2 o 5 euro da rete fissa. Per informazioni: [www.fibrosicisticaricerca.it](http://www.fibrosicisticaricerca.it); tel. 045.8123604.

*tutti gli effetti proprietario" e i suoi poteri "coincidono con quelli che la legge riconosce al proprietario dei beni".*

La sentenza, inoltre, non si limita a verificare il rispetto della necessaria coincidenza tra proprietà e gestione della farmacia, ma specifica altresì che **entrambe devono essere "incontestatamente affidate a un farmacista professionista"**, condizione nel caso di specie rispettata in quanto *"il trustee (proprietario e gestore) è una società di farmacisti"*, confermando, in tal modo, anche la tassatività delle forme di gestione previste dall'articolo 7 della Legge n. 362 del 1991.

### **La posizione di Federfarma**

In conclusione, la sentenza in esame, oltre a considerare legittimo uno strumento utile per gli eredi dei titolari di farmacia, sembra poter essere valutata positivamente anche perché chiarisce che, in materia di gestione di farmacie, *"in tutti i casi e in tutti i momenti"* devono essere contemporaneamente garantite *"la coincidenza tra proprietà e gestione"* e *"la qualifica di farmacista del proprietario"*, ma anche perché si allinea alla posizione da sempre sostenuta da Federfarma quanto al rapporto tra disciplina generale e disciplina speciale in materia di gestione delle farmacie. A ogni buon conto, è opportuno tener presente che la sentenza commentata potrebbe essere oggetto di successive ulteriori valutazioni in Consiglio di Stato in un eventuale giudizio di appello. (UL.AC - 12428/389 - 24.9.14)

## **RINNOVO DELLA CONVENZIONE**

### **Imminente un tavolo Federfarma-Regioni**

Si è svolto mercoledì 24 settembre un incontro tra i vertici di Federfarma, nella persona del presidente Annarosa Racca e del segretario Alfonso Misasi, e una delegazione della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, composta da Sergio Chiamparino e Stefano Caldoro, rispettivamente presidente e vicepresidente della Conferenza stessa, e da Claudio Montaldo, assessore alla Sanità della Liguria e presidente del Comitato di settore Sanità delle Regioni,

**NUOVO**

# Bruciore di stomaco frequente?



Disponibile nel formato da 7 e 14 compresse



**1 COMPRESSA  
AL GIORNO**



**REGOLA LA  
PRODUZIONE  
DI ACIDO  
ALLA FONTE**



**24 ORE  
DI PROTEZIONE**

## Puoi provare Nexium Control

Nexium Control è un medicinale a base di esomeprazolo. Leggere attentamente il foglio illustrativo.  
Autorizzazione alla pubblicità del 11/08/2014

e Luigi Marroni, assessore alla Sanità della Toscana, assistiti da alcuni funzionari.

L'incontro, richiesto da Federfarma dopo l'elezione di Chiamparino e Caldoro ai vertici della Conferenza delle Regioni, aveva come obiettivo quello di favorire un tempestivo avvio del confronto in vista del rinnovo della Convenzione farmaceutica nazionale, scaduta nel 1998 e da 16 anni in regime di prorogatio.

Al termine dell'incontro le parti hanno convenuto sulla necessità di avviare in tempi brevi tale confronto anche nell'ottica di esaminare alcune questioni preliminari, in attesa che il Comitato di settore, guidato appunto da Montaldo, emani l'atto di indirizzo con le linee guida per la trattativa vera e propria, che sarà condotta dalla Sisac, struttura tecnica interregionale che si occupa dei rinnovi convenzionali.

Il tavolo Federfarma-Regioni servirà, quindi, a spianare la strada all'apertura delle trattative, chiarendo anche i possibili aspetti critici, quali quelli derivanti da un'interpretazione eccessivamente rigida della norma di cui all'articolo 2, comma 1, punto 5, del Decreto legislativo n. 153/2009, che, secondo alcuni tecnici, imporrebbe una certificazione preventiva dei risparmi ottenibili grazie all'erogazione di nuovi servizi in regime di Ssn da parte delle farmacie e sarebbe, quindi, inapplicabile. Federfarma ha ribadito l'esigenza di fare chiarezza su temi quali le modalità di dispensazione dei medicinali innovativi, la distribuzione diretta e l'erogazione di prodotti nel settore dell'assistenza integrativa.

(URIS.PB - 12644/395 - 26.9.14)

## L'ANTITRUST SANZIONA LA FNOMCEO

*"Il Codice dei medici limita la concorrenza"*

Il 24 settembre è stato pubblicato, nel Bollettino dell'Antitrust, il provvedimento (*consultabile su [www.federfarma.it](http://www.federfarma.it)*) sulle restrizioni deontologiche poste in essere dalla Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Il provvedimento ha avuto origine da numerose segnalazioni di studi odontoiatrici e della società Groupon sugli ostacoli posti da alcuni Ordini territoriali al legittimo ricorso dei medici ad attività pubblicitarie. Tale provvedimento riguarda, quindi, l'analisi della compatibilità, con le norme a difesa della concorrenza, del Codice di deontologia medica del dicembre 2006 e delle Linee guida relative a pubblicità e informazione sanitaria di cui agli articoli 55-57 del Codice.

Come è noto, il Decreto Bersani del luglio 2006 abrogava il divieto di pubblicità informativa da parte dei professionisti liberali, i quali, per effetto di tale abrogazione, possono *ex tunc* pubblicizzare titoli e specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto e il prezzo delle prestazioni. Tali norme sono state "completate" nel 2012, con il Dpr n.137/2012 recante la riforma degli ordinamenti professionali, che prevede la liceità della "... pubblicità informativa, con ogni mezzo, avente a oggetto l'attività professionale, le specializzazioni e i titoli professionali posseduti, la struttura dello studio e i compensi delle prestazioni... Le informazioni devono essere trasparenti, veritiere, corrette e non devono essere equivocate, ingannevoli, denigratorie".

Il Codice di deontologia medica del 2006, modificato nel tentativo

di conformarsi al Decreto Bersani, stabiliva che la pubblicità dei propri aderenti non potesse prescindere da principi di correttezza informativa, responsabilità e decoro professionale. Al fine di controllare l'aderenza a tali principi si stabiliva un'attività di verifica da parte degli Ordine territoriali. Inoltre, lo stesso Codice vietava la pubblicità promozionale e comparativa.

Le linee guida, invece, prevedevano la possibilità di pubblicizzare le tariffe, anche se ciò non doveva costituire l'aspetto esclusivo del messaggio. Inoltre, ogni professionista era tenuto a comunicare al proprio Ordine provinciale la pubblicità che intendesse proporre, onde consentire la citata attività di verifica da parte dell'ente ordinistico. Ogni professionista poteva anche cautelarsi sulla conformità dei propri messaggi, inoltrando una richiesta di valutazione preventiva e precauzionale alla quale sarebbe potuto seguire il rilascio, da parte dell'Ordine competente, di motivato parere sulla mancata conformità deontologica. L'inosservanza dei suddetti precetti veniva punita con le sanzioni disciplinari previste dalla legge e applicabili da parte dei Consigli direttivi degli Ordini.

In parallelo, la Fnomceo emanava una serie di circolari con le quali invitava gli Ordini a promuovere iniziative idonee a favorire la comunicazione preventiva, da parte di tutti gli iscritti, dei propri messaggi pubblicitari. In alternativa, si stabiliva l'obbligo per il soggetto interessato, di rilasciare un'autodichiarazione di conformità della pubblicità alle norme del Codice deontologico. La mancata comunicazione, sia preventiva sia autodichiarativa, avrebbe avuto rilievo disciplinare nel caso di verificata non conformità alle norme deontologiche.

Dopo l'inizio del procedimento Antitrust, la Fnomceo ha deciso di modificare il proprio Codice deontologico e di abrogare le linee guida, cosa avvenuta dopo un lungo processo conclusosi nel maggio 2014. Nella nuova versione sparisce il divieto della pubblicità promozionale, mentre resta in essere quello sulla pubblicità comparativa. Inoltre, l'Ordine mantiene il potere di verifica della conformità della pubblicità ai principi della professione medica (prudenza, obiettività, pertinenza, trasparenza, eccetera). Infine, si prevede la possibilità per il medico di effettuare visite e prestare gratuitamente la propria opera, purché tale comportamento non rivesta una connotazione esclusivamente commerciale.

Nelle valutazioni finali dell'Antitrust viene rilevato come le decisioni di un'Associazione di Ordini siano da considerare come deliberazioni di un'associazione di imprese soprattutto se hanno carattere vincolante per gli associati, come risultano essere le disposizioni deontologiche, ma anche a livello di raccomandazioni (come quelle espresse, per esempio, in una circolare) se inerenti al comportamento economico degli iscritti.

Nel merito, il primo rilievo del Garante della concorrenza riguarda il divieto imposto nel Codice 2006 di **pubblicità promozionale**, divieto palesemente ingiustificato considerando che lo scopo della pubblicità è proprio la promozione di servizi offerti.

Anche il divieto di **pubblicità comparativa**, oltre alla illiceità rispetto alle norme vigenti, tende a valorizzare gli elementi che differenziano il servizio pubblicizzato da altri già presenti sul mercato e può essere strumento di concorrenza fondamentale per le nuove imprese o per quelle che lanciano nuovi prodotti o servizi. Tale divieto, a differenza del primo, era presente nel Codice del 2006 ed è stato reiterato nel 2014.

È lieta di informare i Signori Farmacisti  
che a partire dal 6 Ottobre 2014  
inizia la promozione presso la classe medica di

# ALUSAC® Il nuovo approccio acneico integrato

**MICROSILVER BG™**

**CREMA**  
€ 19,50



**ALUKINA®**

**GLUCONATO DI ZINCO**

**ECHINACEA**

**VITAMINA B<sub>5</sub>**



**DETERGENTE**  
€ 14,00

Non rileva a riguardo, l'affermazione della Fnomceco circa l'assenza di indicatori certi per la comparazione delle performance mediche che giustificerebbero tale divieto. Ad avviso dell'Antitrust, il raffronto può benissimo riguardare altre caratteristiche quali la convenienza, l'ampiezza delle prestazioni, l'innovatività delle tecniche, eccetera.

Anche il generico richiamo al **decoro** come parametro di valutazione della correttezza del messaggio pubblicitario, risulta idoneo a produrre effetti anticoncorrenziali se non vengono forniti criteri che ne individuino l'esatto contenuto prescrittivo. Nel caso di specie, tali effetti anticompetitivi sono stati generati da interpretazioni disparate e applicazioni restrittive fornite a livello territoriale (emblematici i casi di 11 Ordini provinciali, tra cui quelli di Roma, Milano, Genova e Palermo). Né tantomeno il legislatore, come si evince dall'articolo del Dpr 127/2012 citato, pone il decoro tra i principi che il messaggio pubblicitario deve rispettare per essere conforme al dettato normativo.

Anche il divieto di pubblicizzare soltanto le **tariffe** (ovvero il costo della prestazione) risulta un'ingiustificata limitazione rispetto alle modalità con le quali un professionista può promuovere l'offerta di un servizio. Il prezzo da solo, infatti, può costituire un importante elemento informativo nella determinazione delle scelte del consumatore.

Ugualmente grave, ad avviso dell'Antitrust, è la richiesta di comunicare agli Ordini, sia *ex ante* che *ex post*, i messaggi pubblicitari al fine di riceverne un **visto di conformità**. Tale richiesta si sostanzia in un vero e proprio obbligo, la cui mancata osservanza costituiva, di fatto, una forma di illecito disciplinare. Ciò ha portato, da parte degli Ordini, a una prassi di controllo preventivo delle pubblicità effettuata in modo generalizzato e sistematico.

In conclusione, l'Antitrust sostiene che Fnomceco abbia continuato a perseguire condotte anticoncorrenziali dal 2006 a oggi, considerando che le stesse norme inserite nel rinnovato Codice deontologico del 2014 *"...non consentono di ritenere superate le problematiche concorrenziali contestate nell'ambito del presente procedimento istruttorio"*. Indicativa, a tale scopo, la sostituzione del termine "decoro", riferito alla pubblicità sanitaria, con aggettivi -quali prudente, obiettiva, pertinente- considerati ugualmente generici e, quindi, altamente discrezionali. Non meno paradigmatico è il mantenimento del divieto sia della pubblicità comparativa, sia di iniziative promozionali basate sulla gratuità delle prestazioni. Quest'ultime, in base alle risultanze dell'istruttoria, risultano essere una forma di promozione prevalentemente utilizzata dalle società odontoiatriche e da giovani professionisti che si affacciano sul mercato.

Per tutte le ragioni suesposte l'Antitrust ha qualificato tale fattispecie come intesa restrittiva della concorrenza, dandone una chiara connotazione di gravità, cosa che ha fatto propendere per una sanzione pari al 5% del fatturato dell'ultimo esercizio (pari a 8.318.156 euro), moltiplicato per gli otto anni della durata dell'infrazione. La **sanzione** così calcolata, pari a oltre 3,3 milioni di euro, è stata poi ridotta a **831.816 di euro** per rispettare il limite imposto *ex lege* del 10% del fatturato.

Contro il provvedimento dell'Antitrust Fnomceco potrà proporre ricorso innanzi al Tar del Lazio.  
(URI.ML - 12683/397 - 29.9.14)

## IUC: TARI - TASI - IMU

### Un'analisi complessiva del tributo

**Precedenti:** circolari Federfarma prot. nn. 464/10 del 13/1/2014, 3873/121 del 17/3/2014, 6766/195 del 12/5/2014, 7335/208 del 21/5/2014, 7794/224 del 3/6/2014, 8379/248 del 16/6/2014, 8779/263 del 24/6/2014, 10024/308 del 17/7/2014.

Con la nota di lettura del 1° settembre 2014 (*consultabile su [www.federfarma.it](http://www.federfarma.it)*), l'Ifel, Istituto per la finanza e l'economia locale dell'Anci, ha svolto un'articolata analisi della disciplina della IUC, la nuova "Imposta unica comunale" (nelle sue tre componenti Tari, Tasi e Imu), introdotta, a decorrere dal 1° gennaio 2014, dalla Legge di Stabilità 2014, n. 147/2013, e modificata, successivamente, dal Decreto legge 16/2014. Si illustrano, di seguito, le parti di maggior interesse del documento.

### L'Imposta unica comunale

L'articolo 1, comma 639, della Legge 147/2013, Legge di Stabilità 2014, ha istituito l'Imposta unica comunale (IUC), che si basa su due presupposti impositivi:

- possesso di immobili, collegato alla natura e al valore dell'immobile
- erogazione e fruizione dei servizi comunali.

In base a questi due presupposti, la IUC si compone, quindi, di una imposta di natura patrimoniale (Imu), dovuta dal possessore di immobili, con esclusione delle abitazioni principali, e di una componente riferita ai servizi, che si articola, a sua volta, nella Tasi, riguardante i servizi indivisibili dei Comuni (quali illuminazione pubblica, vigilanza urbana, manutenzione delle strade eccetera), che è a carico sia del possessore sia dell'utilizzatore dell'immobile, e nella Tari, che si riferisce, invece, al finanziamento dei costi del servizio di raccolta e smaltimento dei rifiuti ed è a carico dell'utilizzatore.

### Tari

Il legislatore ha individuato il presupposto della Tari, alternativamente, nel possesso e nella detenzione di locali o aree scoperte, prescindendo dal loro effettivo utilizzo, purché si tratti di immobili che potenzialmente siano in grado di produrre rifiuti urbani. Pertanto, il soggetto passivo della imposizione è individuato nel possessore o nel detentore dell'area o del fabbricato che potrebbe produrre rifiuti.

Per quanto riguarda l'individuazione della superficie assoggettabile alla Tari, la norma stabilisce che, fino alla completa attuazione delle procedure previste e relative all'interscambio delle informazioni tra Comuni e Agenzia delle Entrate, tesi a una corretta individuazione degli immobili soggetti all'imposizione, la superficie assoggettabile al tributo è costituita da quella calpestabile dei locali e delle aree suscettibili di produrre rifiuti urbani e assimilati. Successivamente al completamento di tale procedura, la superficie imponibile sarà pari all'80% della superficie catastale. Il tributo Tari è corrisposto in base a tariffa che è commisurata ad anno solare, a cui corrisponde una autonoma obbligazione tributaria.

In ordine a tale tipologia di tributo, il legislatore ha inserito l'obbligo, in capo ai Comuni, di effettuare riduzioni tariffarie, connesse alla fruizione del servizio di gestione dei rifiuti, in caso di mancato svolgimento del servizio oppure di grave violazione delle

norme in materia e nel caso di zone nelle quali non è effettuata la raccolta dei rifiuti, stabilendo, in tale ultimo caso, la misura massima del tributo al 40%. La norma prevede, poi, una disciplina facoltativa delle agevolazioni e riduzioni in generale che confluiscono nella disciplina regolamentare della Tari.

Un aspetto importante della nuova disciplina, rispetto a quella previgente che prevedeva una riduzione massima fino al 30%, riguarda la mancata previsione di un limite percentuale per la riduzione dell'imposta dovuta e la possibilità di disporre l'esenzione della stessa in determinati casi.

## Tasi

L'intervento normativo riguardante l'imposta Tasi, di cui all'articolo 2, lettera f, del Decreto legge 16/2014, ha inteso escludere la sua applicazione sui terreni e ha evitato, anche, il precedente riferimento ambiguo alle "aree scoperte". Con riferimento alle aree edificabili che, in regime Imu, sono fiscalmente considerate come terreni agricoli, il dipartimento delle Finanze ha risolto le incertezze in ordine all'applicazione della imposizione Tasi, ritenendo di non applicare a essi detta nuova imposizione.

Con questo suo ultimo intervento, il legislatore ha fatto rientrare, tra gli immobili oggetto dell'imposizione Tasi, anche le aree scoperte pertinenziali o accessorie a locali imponibili e le aree comuni condominiali indicate dall'articolo 1117 del Codice civile, che non siano detenute oppure occupate in via esclusiva.

Un'altra novità del tributo riguarda l'individuazione, tra i soggetti

passivi, anche dei detentori degli immobili, oltre ai proprietari. La norma stabilisce infatti che, in caso di pluralità di detentori o di pluralità di proprietari, ciascuna categoria è obbligata in solido, tra i suoi componenti (detentori o proprietari), al pagamento dell'obbligazione tributaria.

Il legislatore ha disciplinato anche situazioni in cui sussista un contratto di locazione finanziaria, stabilendo la sussistenza della soggettività passiva verso la Tasi anche del locatario, che decorre dalla data di stipula del contratto e per tutta la sua durata. Mentre, nel caso in cui la detenzione dell'immobile sia inferiore a sei mesi, la norma stabilisce che la Tasi è dovuta soltanto dal possessore a titolo di proprietà, usufrutto, uso, abitazione e superficie. Per quanto riguarda la base imponibile, essa è la stessa prevista per l'applicazione dell'Imu di cui all'articolo 13 del DL 201/2011.

Un altro aspetto importante della nuova disciplina riguarda la mancata reintroduzione di una detrazione equivalente a quella già prevista per l'Imu sull'abitazione principale, soprattutto con riferimento alle abitazioni con rendita catastale molto bassa e, per tale motivo, escluse dall'Imu. Il legislatore, infatti, ha voluto lasciare ai Comuni la responsabilità di introdurre tali detrazioni.

Occorre aggiungere che il vincolo di manovrabilità delle aliquote Tasi a regime è stato ristretto rispetto alla versione iniziale del Disegno di Legge di Stabilità. Infatti, l'aliquota base della Tasi rimane fissa all'1 per mille, mentre l'aliquota Tasi da applicarsi a ciascuno dei due comparti principali (altri immobili e Abp), sommato alla corrispondente aliquota Imu, non può superare il valore dell'aliquota

# ZirComBi

INTEGRATORE ALIMENTARE A BASE DI BIFIDOBACTERIUM LONGUM BB536®,  
LACTOBACILLUS RHAMNOSUS HN001 E VITAMINA B6

## Sinergia per un nuovo equilibrio

ALFA WASSERMANN

Imu massima (10,6 per mille per gli “Altri immobili” e 6 per mille per l’Abp); infine, per il 2014, l’aliquota Tasi non può superare il 2,5 per mille. Vale a dire che i Comuni che avranno deliberato un’aliquota ordinaria “Altri immobili” al massimo o vicina al 10,6 per mille, non saranno in grado di applicare l’aliquota Tasi di base su tale comparto e, per riottenere il gettito perduto, dovranno attivare la propria leva fiscale sull’abitazione principale.

In ordine, invece, ai limiti delle aliquote dell’imposta, la norma consente, al verificarsi di determinate condizioni e per il solo 2014, di accedere al superamento dei limiti massimi dell’aliquota Tasi per un ulteriore 0,8% complessivo, il quale deve essere riferito complessivamente sia al limite della somma delle aliquote Imu e Tasi, sia al limite che fissa al 2,5% l’aliquota Tasi per l’anno 2014.

In ogni caso, il legislatore ha voluto dare una ampia libertà ai Comuni che intendano avvalersi dell’applicazione dell’aliquota maggiorata nella determinazione del sistema agevolativo Tasi da riservare all’abitazione principale e alle abitazioni ad essa assimilate. Il sistema attuale, infatti, permette di assicurare effetti agevolativi inferiori a quelli a suo tempo vigenti per l’Imu e non necessariamente equivalenti. In altri termini, il Comune potrebbe introdurre detrazioni di minor impatto rispetto al livello equivalente, pur applicando la maggiorazione dell’aliquota permessa dalla legge.

Una novità introdotta con la nuova disciplina riguarda la situazione di immobili occupati da soggetti diversi dal titolare del diritto reale. In tale caso, infatti, la norma stabilisce che l’occupante versa una quota della Tasi, stabilita dal Comune, compresa tra il 10% e il 30%, e la restante parte rimane a carico del possessore.

In ordine, poi, al regime delle esenzioni della Tasi, si evidenzia una equivalenza con le esenzioni previste per il regime Imu. Infatti, la norma dispone l’esenzione della Tasi per gli immobili posseduti dallo Stato e, nel proprio territorio, da Regioni, Province, Comuni, comunità montane, centri del Servizio sanitario nazionale e, inoltre, per i rifugi alpini non custoditi, per i punti di appoggio e per i bivacchi. Sono, altresì, esclusi dal regime Tasi gli immobili posseduti da enti non commerciali, quali associazioni, enti ecclesiastici e simili, utilizzati direttamente dai possessori per lo svolgimento di attività non commerciali (sanitarie, didattiche, ricreative, previdenziali, eccetera).

Infine, i fabbricati rurali strumentali ubicati nei Comuni classificati montani o parzialmente montani, al pari degli altri fabbricati rurali strumentali di pianura, sono assoggettati alla Tasi, pur se con aliquota non superiore all’uno per mille. Non si applica, invece, l’esenzione per gli immobili merce, ossia gli immobili posseduti da imprese edilizie, destinati alla vendita ma rimasti invenduti, per i quali si dovrà versare la Tasi, mentre sussiste una esenzione con riferimento all’imposizione ImuU.

### **Norme comuni**

Il legislatore ha voluto definire i contenuti del regolamento comunale per l’applicazione della luc, relativamente alle componenti Tari e Tasi, facendo salva l’applicazione della disciplina dell’Imu.

Con riferimento alla Tari va menzionata la disciplina attinente alle riduzioni facoltative di natura sociale con riferimento alla capacità contributiva familiare e all’applicazione dell’Isee. Viene, inoltre, espressa la facoltà di indicare le percentuali di superfici da considerare forfettariamente riconducibili alla produzione di rifiuti speciali, nel caso in cui risulti difficile la determinazione analitica di

tali superfici.

Con riferimento alla Tasi, il legislatore ha introdotto l’obbligo di elencare, nel regolamento, i servizi indivisibili al cui finanziamento la Tasi concorre, con l’indicazione dei relativi costi.

La norma indica, quale termine per la dichiarazione della luc, la data del 30 giugno dell’anno successivo alla data di inizio occupazione o possesso dei locali o, comunque, delle aree imponibili. La dichiarazione ha effetto anche per gli anni successivi fino a quando non si verificano modificazioni da cui consegue un diverso ammontare del tributo, che dovrà essere denunciato entro la data del 30 giugno dell’anno successivo a quello in cui è intervenuta la variazione.

La norma concede inoltre al singolo Comune la possibilità di utilizzare tutte le informazioni in suo possesso relative a un immobile ai fini della gestione della Tari.

Per quanto attiene alle scadenze di pagamento, il DI 16/2014 crea una differenza strutturale delle due componenti dell’imposta luc. Nel regime ordinario, le scadenze della Tasi vengono uniformate a quelle in vigore per l’Imu, che prevede l’acconto entro il 16 giugno e il saldo entro il 16 dicembre.

Per la Tasi, il legislatore ha previsto che, per i Comuni che hanno inviato le delibere entro il 23 maggio 2014, la scadenza della rata di acconto resta fissata al 16 giugno; mentre, per i Comuni che non hanno inviato le delibere entro la data sopra indicata, la nuova scadenza della rata di acconto 2014 è fissata al 16 ottobre, a condizione però che le delibere siano inviate al Mef entro la data del 10 settembre; infine, nel caso di mancato invio entro tale data, il versamento della Tasi è effettuato in una unica soluzione entro la data del 16 dicembre 2014, applicando l’aliquota base dell’uno per mille a tutti gli oggetti imponibili, fermo restando il limite imposto in base al quale la somma delle aliquote Imu e Tasi non può superare l’aliquota massima prevista per l’Imu. In tale ultimo caso, il detentore dell’immobile dovrà versare una quota pari al 10% dell’imposta Tasi complessivamente dovuta.

Per quanto riguarda, invece, la Tari, resta in vigore la normativa già definita con la Legge di Stabilità 2014, che lascia al Comune la possibilità di determinare il numero e le scadenze di pagamento del tributo.

### **Modifiche sull’Imu**

Importanti e rilevanti innovazioni sono state introdotte dal legislatore con riferimento all’imposta Imu. Innanzitutto, occorre evidenziare che tale imposta, da sperimentale è divenuta stabile.

La norma ha stabilito che l’abitazione principale non è più oggetto di imposizione Imu, a eccezione delle unità classificate nelle categorie catastali A/1, A/8 e A/9, per le quali rimangono in vigore le aliquote previste dal comma 7 e le detrazioni previste dal comma 10 dell’articolo 13 del DI. 201/2011. La nuova disciplina concede, comunque, al Comune la possibilità di ampliare la nozione di abitazione anche ad altre possibili categorie.

Con riferimento agli italiani non residenti nel territorio dello stato, iscritti all’Aire e già pensionati nel rispettivo Paese di residenza, il legislatore ha voluto considerare direttamente adibita ad abitazione principale una sola unità immobiliare, detenuta a titolo di proprietà o usufrutto in Italia, a condizione che non risulti locata o data in comodato d’uso. Con riferimento a tali tipi di immobili, la Tari e la Tasi sono applicate in misura ridotta di due terzi.

Il legislatore ha riformulato la norma che determina la detrazione di 200 euro per l'abitazione principale, limitandola alle abitazioni principali classificate nelle categorie A/1, A/8 e A/9 e riconoscendone l'applicazione anche agli alloggi regolarmente assegnati degli IACP/Ater, e ha previsto una parziale deducibilità (pari al 20%) dell'Imu relativa agli immobili strumentali ai fini della determinazione del reddito di impresa e del reddito da arti o professioni. La norma prevede, inoltre, l'esenzione ai fini Imu per i fabbricati rurali a uso strumentale.

## Imu su terreni agricoli montani

La nuova disciplina, poi, prevede che il Mef, di concerto con i ministri delle Politiche agricole e dell'Interno individuerà, con decreto, i Comuni nei quali si applica l'esenzione (prevista dalla lettera "h" del comma 1 dell'articolo 7 del D.lgs. 504/1992) sulla base dell'altitudine riportata nell'elenco dei Comuni italiani predisposto dall'Istat, prevedendo una diversificazione tra i terreni posseduti da coltivatori diretti e imprenditori agricoli professionali, iscritti nella previdenza agricola, e gli altri.

È stata prevista, altresì, l'esenzione Imu per i terreni a immutabile destinazione agro-silvo-pastorale a proprietà collettiva indivisibile e inusucapibile che non ricadono in zone montane o di collina.

## Enti non commerciali

Il legislatore, con riguardo agli enti non commerciali, ha ritenuto di applicare una disciplina specifica per la dichiarazione e il

pagamento dell'Imu, stabilendo che essi sono obbligati a presentare la dichiarazione in via telematica. Il legislatore aveva fissato alla data del 30 settembre il termine entro il quale presentare la dichiarazione per gli anni 2012 e 2013. Successivamente, con il Comunicato stampa del 23 settembre 2014, il Ministero dell'Economia e delle Finanze (Dipartimento delle Finanze), ha reso noto che il termine per la presentazione della **dichiarazione Imu-Tasi per gli enti non commerciali relativa agli anni 2012 e 2013**, è differito dal 30 settembre 2014 al **30 novembre 2014**. Tale proroga -concessa alla luce delle difficoltà gestionali riscontrate dai più rappresentativi operatori del settore a gestire il nuovo adempimento entro il predetto termine del 30 settembre 2014- è prevista da un Decreto del ministro dell'Economia e delle Finanze in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

Secondo la norma, gli enti non commerciali versano l'Imu in tre rate, indicando quale termine ultimo le date del 16 giugno e del 16 dicembre, con importo ciascuna pari al 50 per cento dell'imposta dovuta l'anno precedente, e la data del 16 giugno dell'anno successivo per il conguaglio dell'imposta dovuta.

## Disciplina dei rimborsi Imu

Il legislatore ha voluto disciplinare anche i casi di erroneo versamento di imposta tra i Comuni, disponendo che il Comune, che riceve la segnalazione dal contribuente, attiva la procedura di riversamento delle somme percepite indebitamente al Comune soggetto attivo dell'Imu. Nel caso in cui il singolo contribuente abbia

## COMUNICATO AI SIGG. FARMACISTI



Informa tutti i farmacisti italiani che dal 20 agosto il Parlamento ha introdotto l'immediata entrata in vigore delle **SANZIONI** per chi utilizza shopper **NON** compostabili e quindi rischia multe a partire da **2.500 a 25.000 EURO**. La legge è pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 192 del 20 Agosto scorso.

### IMPORTANTE:

Ricordiamo che le shoppers e i sacchetti compostabili devono avere stampati i loghi dei certificatori con il numero di licenza Vincotte o CIC e la seguente dicitura: **"sacchetto biodegradabile e compostabile conforme alla normativa europea UNI EN 13432 utile per la raccolta differenziata di rifiuti umido organici"**.



**CONTATTATE L'AGENTE DI ZONA PER ROTTAMARE LA PLASTICA E USUFRUIRE DELLA NUOVA PROPOSTA.**



è partner ufficiale **Novamont** con licenza



Via Grecia, 14 - PADOVA - Tel. 049.8701544

• [info@pharmabag.com](mailto:info@pharmabag.com) - [www.pharmabag.com](http://www.pharmabag.com)

versato una imposta maggiore del dovuto, il Comune destinatario dell'istanza di rimborso avvierà la procedura di restituzione, all'esito della chiusura dell'istruttoria. L'erario, infine, effettuerà l'eventuale rimborso della quota di pertinenza statale.

(UTP.LC - 12244/382 - 19.9.14 e 12600/392 - 26.9.14)

## EDILIZIA E FISCALITÀ IMMOBILIARE

### Le norme del Decreto "Sblocca Italia"

Nell'ambito del Decreto legge 12 settembre 2014, n. 133, recante "Misure urgenti per l'apertura dei cantieri, la realizzazione delle opere pubbliche, la digitalizzazione del Paese, la semplificazione burocratica, l'emergenza del dissesto idrogeologico e per la ripresa delle attività produttive" (il cosiddetto Decreto "Sblocca Italia"), pubblicato sulla G.U. n. 212, di pari data, ed entrato in vigore il giorno successivo, 13 settembre 2014, sono state inserite talune disposizioni in materia di tassazione degli immobili che vengono di seguito brevemente illustrate.

**Liberalizzazione del mercato delle grandi locazioni a uso non abitativo (art. 18)** - L'articolo 18 -introducendo un nuovo comma all'articolo 79 della legge che disciplina le locazioni di immobili urbani (Legge 392/1978)- prevede la liberalizzazione delle locazioni a uso commerciale e turistico (anche industriale e artigianale) nel caso in cui i relativi contratti prevedano un canone annuo superiore a euro 150.000. Nel concreto, la norma consente alle parti (locatore e conduttore) di derogare, in forma scritta, ai termini e alle condizioni prescritti dalla citata legge (durata minima del rapporto contrattuale, rinnovo tacito, indennità, eccetera).

Tali previsioni determinano il superamento del riconoscimento al conduttore della qualità di "contraente debole" nell'ambito della stipula di contratti per locazioni a uso non abitativo, con l'intento di promuovere gli investimenti nel mercato italiano e lo sviluppo del mercato delle locazioni commerciali e degli immobili a uso turistico.

**Esenzione da ogni imposta degli accordi di riduzione dei canoni di locazione (art. 19)** - È stato previsto che la registrazione dell'atto con il quale le parti dispongono esclusivamente la riduzione del canone di un contratto di locazione ancora in essere sia esente dalle imposte di registro e di bollo.

**Incentivazione degli investimenti in abitazioni in locazione (art. 21)** - È prevista una deduzione dal reddito complessivo ai fini Irpef in favore dell'acquirente, persona fisica non esercente attività commerciale per l'acquisto, effettuato dal 1° gennaio 2014 al 31 dicembre 2017, di unità immobiliari a destinazione residenziale di nuova costruzione od oggetto di interventi di ristrutturazione edilizia di cui all'articolo 3, primo comma, lett. d), del Dpr 380/2001, cedute da imprese di costruzione o ristrutturazione immobiliare e da cooperative edilizie o da quelle che hanno effettuato i predetti interventi.

La deduzione è pari al 20% del prezzo di acquisto dell'immobile stesso risultante dall'atto di compravendita; è ripartita in otto quote annuali di pari importo ed è riconosciuta nel limite massimo complessivo di spesa di euro 300.000. La deduzione è riconosciuta alle condizioni e nei limiti precisati dalla disposizione in esame: in particolare, il contribuente deve destinare l'unità immobiliare alla locazione per almeno otto anni con previsione di un canone concordato (art. 2, terzo comma, della Legge 431/1998) o da social housing (art. 18 del Dpr 380/2001; art. 3, comma 114, Legge

350/2003). La deduzione spetta anche per le spese sostenute per prestazioni di servizi, dipendenti da contratti d'appalto, per la costruzione di un'unità immobiliare a destinazione residenziale su aree edificabili già possedute dal contribuente stesso prima dell'inizio dei lavori o sulle quali sono già riconosciuti diritti edificatori, nonché per l'acquisto o realizzazione di ulteriori unità immobiliari da destinare alla locazione. Le disposizioni attuative sono demandate a un successivo decreto interministeriale. (UTP.LC - 12601/393 - 26.9.14)

## AGENZIA DELLE ENTRATE

### Modalità di presentazione di F24

**Precedenti:** circolari Federfarma prot. 6324/191 del 2/5/2014 e 9342/279 del 3/7/2014.

L'articolo 11, comma 2, del Decreto legge 66/2014, convertito, con modificazioni, dalla Legge 89/2014, ha introdotto, a decorrere dal 1° ottobre 2014, ulteriori obblighi di utilizzo dei sistemi telematici per la presentazione delle **deleghe di pagamento F24**. L'Agenzia delle Entrate, con la circolare n. 27/E del 19 settembre 2014, è intervenuta per chiarire i nuovi obblighi, precisando che le nuove disposizioni non si applicano ai pagamenti effettuati con strumenti diversi dal Modello F24 (per esempio, bonifici e versamenti diretti in tesoreria).

### Obbligo di presentazione on line

Per effetto delle disposizioni normative introdotte, a decorrere dal 1° ottobre 2014:

1) I modelli F24 a saldo zero potranno essere presentati, esclusivamente, mediante i servizi telematici messi a disposizione dall'Agenzia delle Entrate:

- direttamente dal contribuente, utilizzando i servizi "F24 web" o "F24 online" dell'Agenzia delle Entrate, attraverso i canali telematici Fisconline o Entratel;
- per il tramite di un intermediario abilitato (professionisti, Caf, associazioni sindacali di categoria tra imprenditori, eccetera), che può trasmettere telematicamente le deleghe F24 in nome e per conto degli assistiti avvalendosi del servizio "F24 cumulativo", disciplinato da apposita convenzione con l'Agenzia delle Entrate, e del servizio "F24 addebito unico"

2) I modelli F24 contenenti crediti utilizzati in compensazione, con saldo finale maggiore di zero, oppure i modelli F24 con saldo superiore a euro 1.000 (a prescindere dalla presenza di crediti utilizzati in compensazione), potranno essere presentati esclusivamente per via telematica:

- mediante i servizi telematici messi a disposizione dall'Agenzia delle Entrate di cui sopra;
- mediante i servizi di internet banking messi a disposizione dagli intermediari della riscossione convenzionati con l'Agenzia delle Entrate (banche, Poste Italiane e agenti della riscossione, prestatori di servizi di pagamento).

### Per i titolari di partita Iva

Circa gli ulteriori casi di obbligo di utilizzazione dei servizi telematici per la presentazione dei modelli F24, l'Agenzia delle Entrate ha precisato che per i soggetti titolari di partita Iva restano

applicabili anche le disposizioni relative all'obbligo di utilizzare:

- modalità di pagamento esclusivamente telematiche per il versamento di imposte, contributi e premi, nonché delle entrate spettanti agli enti e alle casse previdenziali;

- esclusivamente i servizi telematici messi a disposizione dall'Agenzia delle Entrate, per effettuare la compensazione, tramite il modello F24, del credito Iva annuale o relativo a periodi inferiori all'anno, per importi superiori a euro 5.000 annui.

Tali soggetti, pertanto, sono tenuti a utilizzare, esclusivamente, le modalità telematiche messe a disposizione dall'Agenzia delle Entrate per la presentazione del Modello F24 in tutti i casi di delega con saldo finale pari a zero, ferma restando la possibilità di utilizzare anche i servizi telematici resi disponibili dagli intermediari della riscossione convenzionati per la presentazione del Modello F24 con saldo maggiore di zero.

## Il Modello F24 cartaceo

Nel documento di prassi in esame, viene chiarito anche in quali casi è ancora possibile utilizzare il Modello F24 cartaceo. In particolare, i versamenti con il Modello F24 cartaceo potranno continuare a essere effettuati presso gli sportelli degli intermediari della riscossione convenzionati (Banche, Poste Italiane e agenti della riscossione), dai soggetti non titolari di partita Iva, nel caso in cui debbano versare, senza utilizzo di crediti in compensazione, somme per un importo totale pari o inferiore a euro 1.000.

La presentazione del Modello F24 cartaceo è, inoltre, ammessa nei seguenti casi.

- **F24 precompilati dall'ente impositore** - Per evitare complicazioni per i contribuenti e possibili errori nella compilazione dei modelli F24, i contribuenti che utilizzano deleghe di pagamento precompilate, inviate dagli enti impositori (per esempio, Agenzia delle Entrate, Comuni, eccetera), con saldo finale superiore a euro 1.000, possono presentare detti modelli in formato cartaceo presso gli sportelli degli intermediari della riscossione convenzionati, a condizione che non siano indicati crediti in compensazione.

- **Versamenti rateali in corso** - Tenuto conto che per numerosi contribuenti non titolari di partita Iva - alla data del 1° ottobre 2014 - sono in corso, per il corrente anno, versamenti rateali di tributi, contributi e altre entrate tramite Modello F24 cartaceo, sarà possibile continuare a effettuare i versamenti delle rate successive utilizzando la medesima modalità, fino al 31 dicembre 2014, anche per importi superiori a euro 1.000 e/o utilizzando crediti in compensazione, oppure se il saldo del modello è pari a zero.

- **Utilizzo di crediti d'imposta fruibili in compensazione esclusivamente presso gli agenti della riscossione** - I soggetti che hanno diritto ad agevolazioni fiscali, nella forma di crediti d'imposta, utilizzabili in compensazione esclusivamente presso gli agenti della riscossione, per tale finalità possono continuare a presentare il Modello F24 cartaceo presso gli sportelli degli agenti medesimi.

## Contribuenti senza conto corrente

Circa i versamenti dovuti dai contribuenti **oggettivamente impossibilitati a detenere un conto corrente**, l'Agenzia delle Entrate ha precisato quanto segue.

1) I Modelli F24 con saldo superiore a euro 1.000, senza l'utilizzo di crediti in compensazione, potranno essere inviati

telematicamente rivolgendosi a un intermediario abilitato a Entratel, disponibile all'addebito del pagamento sul proprio conto corrente, ovvero a intermediari della riscossione che consentono di presentare il Modello F24 con modalità telematiche anche a soggetti non titolari di conto corrente, in quanto, in tali ultimi casi, il pagamento è eseguito con modalità diverse rispetto all'addebito in conto, per esempio tramite addebito di carte prepagate. In via residuale, nel caso in cui non fossero disponibili tali canali, potrà essere utilizzato anche il Modello F24 cartaceo;

2) I Modelli F24 contenenti crediti utilizzati in compensazione, con saldo finale maggiore di zero, potranno essere presentati con le modalità telematiche di cui sopra. In via residuale, nel caso in cui non fossero disponibili tali canali, potrà essere presentato, esclusivamente tramite i servizi telematici messi a disposizione dall'Agenzia delle Entrate, un Modello F24 a saldo zero nel quale compensare il totale dei crediti a disposizione con una parte del debito da versare; il versamento del restante debito potrà essere effettuato anche con Modello F24 cartaceo.

(UTP.LC - 12384/388 - 23.9.14)

## OBESITY DAY 2014

### Federfarma dà il patrocinio alla campagna

Federfarma ha fornito il proprio patrocinio alla Campagna Obesity Day 2014, promossa nella giornata del **10 ottobre 2014** dall'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica Adi onlus.

L'iniziativa, che ha il patrocinio anche del Senato della Repubblica e del Ministero della Salute e ha ricevuto la Medaglia del Presidente della Repubblica, ha come finalità:

- sensibilizzare l'opinione pubblica nei confronti dell'obesità
- far conoscere l'attività dei servizi di dietetica all'interno e all'esterno della struttura sanitaria di appartenenza
- trasmettere un messaggio forte, riguardo al ruolo dei servizi di dietetica, ai mass media, all'opinione pubblica e al management delle aziende sanitarie.

Per maggiori informazioni è possibile consultare il sito [www.obesityday.org](http://www.obesityday.org), in fase di aggiornamento, dove è anche disponibile l'elenco dei centri Obesity Day presenti in ciascuna Regione.

Nell'invitare le farmacie a dare diffusione all'iniziativa, Federfarma mette a disposizione sul proprio sito la locandina relativa alla campagna, che le farmacie potranno stampare e affiggere, un documento contenente alcuni consigli per combattere l'obesità, che le farmacie potranno stampare e consegnare ai cittadini interessati ad avere maggiori informazioni su tale patologia, nonché un questionario, che potrà essere consegnato ai cittadini, i quali potranno compilarlo e spedirlo alla segreteria Obesity Day ai recapiti indicati in calce al questionario stesso. Ovviamente tali documenti potranno essere utilizzati anche successivamente alla giornata del 10 ottobre.

Federfarma provvederà a rendere disponibile il materiale nella sezione del sito internet della federazione aperta al pubblico, al fine di consentire a tutti gli utenti di prenderne visione e utilizzarlo.

Infine, martedì 7 ottobre a Roma, presso il Senato della Repubblica, si svolgerà una conferenza di presentazione dell'iniziativa, in occasione della quale è previsto un intervento del presidente di Federfarma.

(ADIR.EC - 12430/390 - 24.9.14)

# Notiziario economico

Ufficio Rapporti Economici Federfarma

## FORSTEO E PRAMIPEXOLO IN PHT LE INIZIATIVE DI FEDERFARMA

**Precedenti:** circolare Federfarma prot. 9319/277 del 3 luglio 2014.

Come si ricorderà (vedi circolare citata tra i precedenti), in seguito all'inserimento della specialità medicinale **Forsteo** in Pht, Federfarma aveva proposto ricorso al Tar Lazio, ottenendo un provvedimento cautelare favorevole, ossia la sospensiva, che lo aveva provvisoriamente escluso dal Pht e quindi "riportato" in assistenza convenzionata. Tuttavia, nel giudizio di merito, il Tar ha inteso assumere una diversa prospettiva da quella fatta valere in via cautelare, respingendo, con le sentenze 6384, 6386 e 6387 del 17 giugno 2014, i ricorsi presentati da Federfarma contro l'inserimento del medicinale Forsteo in Pht. Come già preannunciato, Federfarma ha già presentato appello contro le citate sentenze del Tar.

Per quanto riguarda i **farmaci contenenti Pramipexolo**, si tratta di una categoria di medicinali utilizzati nella terapia del morbo di

Parkinson, sinora distribuiti in assistenza convenzionata e che, in seguito alla pubblicazione sulla G. U. n. 137 del 16 giugno 2014 della Determinazione 30 maggio 2014 dell'Aifa recante "Modalità e condizioni di impiego delle specialità medicinali a base di Pramipexolo", sono stati inseriti in Pht a decorrere dal 17 giugno 2014. Anche in questo caso Federfarma ha impugnato il suddetto provvedimento davanti al Tar del Lazio, affidando il ricorso al professor Massimo Luciani.  
(UE.AA - 12713/398 - 30.9.14)

## CARENZE DI FARMACI

In applicazione del protocollo d'intesa sottoscritto tra Federfarma, Farmindustria e le altre Associazioni della filiera distributiva concernente la temporanea carenza di farmaci sul territorio, si ha cura di trasmettere le segnalazioni pervenute a Federfarma relative alla temporanea carenza dei farmaci elencati a pag. 30.

### TRIBUNALE DI PARMA

#### AVVISO DI VENDITA

#### FALLIMENTO CON ESERCIZIO PROVVISORIO DELLA FARMACIA SILVIA DEL DR.ZACCHE' GIUSEPPE (REG. FALL. N. 9/2014) GIUDICE DELEGATO DOTT. PIETRO ROGATO

La dott.ssa Barbara Piermarioli con studio in Parma Galleria Polidoro n. 7, nella sua qualità di curatore del fallimento indicato, comunica di porre in vendita l'azienda titolare del diritto di esercizio della **Farmacia Silvia del Dr. Zacchè Giuseppe**, esercente in Colorno (PR) Via Cavour n. 23, con relative dotazioni patrimoniali e merci (avviamento commerciale, beni mobili strumentali all'esercizio dell'attività, giacenze di magazzino). L'asta si terrà in data 25/11/2014 ore 12.00 presso l'ufficio del giudice Delegato ai fallimenti del Tribunale di Parma dott. Pietro Rogato. Le condizioni di vendita dell'attività e la stima redatta dal Curatore, sono consultabili presso il sito internet [www.fallimentiparma.it](http://www.fallimentiparma.it) nella sezione "dataroom fallimenti".

**Prezzo base d'asta** per l'avviamento e i beni mobili strumentali dell'attività **€ 1.315.000** oltre ai tributi ed oneri inerenti e conseguenti.

**Rilancio minimo in caso di gara € 5.000,00**

**Obbligo di acquisto**, da parte dell'aggiudicatario, delle **giacenze di magazzino**.

**Subentro nei contratti in corso.**

Per ulteriori informazioni c/o il Curatore, tel. 0521/206357, fax 0521/384286

e-mail: [m.piermarioli@rsadvnet.it](mailto:m.piermarioli@rsadvnet.it)

AIC	Farmaco	Periodo presumibile di carenza	Presunto ripristino forniture
015148149	FARLUTAL*OS SOSP 15FL 1G/10ML (Pfizer Italia)	Dal 22.9.2014	9.10.2014
033007016	TORVAST*10CPR RIV 10MG (Pfizer Italia)	Dal 19.9.2014	Fine 10.2014
033007028	TORVAST*30CPR RIV 10MG (Pfizer Italia)	Dal 19.9.2014	Fine 10.2014
027860042	ZITROMAX*3CPR RIV 500MG (Pfizer Italia)	Dal 19.9.2014	17.10.2014
023722135	NERISONA FORTE*CREMA IDROF 20G (Bayer)	Dal 15.9.2014	20.10.2014
020910067	ULTRALAN*CREMA 30G 0,25%+0,25% (Bayer)	Dall' 1.7.2014	19.10.2014
025764010	ISMO*50CPR 20MG (Adienne)	-	Fine 11.2014
022643011	LANITOP*30CPR 0,1MG (Adienne)	-	Fine 11.2014
022643023	LANITOP*40CPR 0,05MG (Adienne)	-	Fine 11.2014

## COMUNICAZIONI DALLE AZIENDE

In riferimento alla carenza sul mercato della specialità **Piros\*scir 100ml 2,4g/100ml - Aic 035854025** (cfr. *Farma 7 n. 20-21/2014*), la società Menarini comunica che viene ripresa la regolare distribuzione del farmaco sul mercato.

\*\*\*

La società Biofutura, in merito alla specialità medicinale **Zaditen\*15cpr 2mg rp - Aic 024574042** (cfr. *Farma 7 n. 22-23/2014*), comunica che il farmaco è nuovamente disponibile.

\*\*\*

La società Krka Farmaceutici Milano Srl informa che sono nuovamente disponibili sul mercato le specialità **Galnora\*28cps 8mg rp - Aic 039889136** e **Galnora\*28cps 24mg rp - Aic 039889504**.

\*\*\*

La società Chiesi informa che è nuovamente disponibile il farmaco **Asalex\*60cpr 800mg rm - Aic 027122124** (cfr. *Farma 7 n. 1/2014*).

\*\*\*

In riferimento alla diminuzione di prezzo della specialità medicinale **Mirapexin**, la società Boehringer Ingelheim comunica che riconoscerà alla filiera distributiva la diminuzione di prezzo in vigore dal 16 e dal 18 settembre 2014, limitatamente all'ultima spedizione effettuata prima dell'efficacia della differenza di prezzo ed escluse le spedizioni effettuate prima dell'8 settembre 2014. Le confezioni interessate alla diminuzione di prezzo sono le seguenti: **Mirapexin\*10cpr 0,26mg rp - Aic 034090136**; **Mirapexin\*10cpr 0,52mg rp - Aic 034090163**; **Mirapexin\*30cpr 1,05mg rp - Aic 034090201**; **Mirapexin\*30cpr 2,1mg rp - Aic 034090237**; **Mirapexin\*30cpr 3,15mg rp - Aic 034090264**.

\*\*\*

La società Msd Italia ha informato che, dal mese di settembre 2014, i prodotti Msd a temperatura controllata compresa nel range +2°/+8°C non verranno più allestiti in colli d'imbollo di colore bianco bensì di colore celeste. I nuovi colli continueranno ad avere il logo Msd, l'etichetta con la dicitura "Conservare tra 2° e 8°C" (scritta in rosso su sfondo bianco) e a essere trasportati esclusivamente con mezzi a temperatura controllata al fine di dare maggiore visibilità e quindi velocizzare le tempistiche e lo stoccaggio di questa tipologia di prodotti.

\*\*\*

La società Sandoz informa che è cessata la commercializzazione della specialità medicinale **Omeprazole he\*14cps 10mg - Aic 037877014**. Le confezioni presenti nel canale distributivo potranno essere esitate fino a esaurimento scorte.

## IMMISSIONI IN COMMERCIO DI SPECIALITÀ GIÀ AUTORIZZATE

SPECIALITÀ	N. C	PREZZO	CLASSE
DERMOMYCIN CORT*CR 30G 0,03+2% (Avantgarde-Sigma-Tau)	022705040	15,30	C
DERMOMYCIN*CREMA DERM 30G 2% (Avantgarde-Sigma-Tau)	021266059	12,95	C
ADEMPAS*42CPR RIV 0,5MG (Bayer)	043333018	-	C
ADEMPAS*42CPR RIV 1MG (Bayer)	043333044	-	C
ADEMPAS*84CPR RIV 1MG (Bayer)	043333057	-	C
ADEMPAS*42CPR RIV 1,5MG (Bayer)	043333071	-	C
ADEMPAS*84CPR RIV 1,5MG (Bayer)	043333083	-	C
ADEMPAS*42CPR RIV 2MG (Bayer)	043333107	-	C
ADEMPAS*84CPR RIV 2MG (Bayer)	043333119	-	C
ADEMPAS*42CPR RIV 2,5MG (Bayer)	043333133	-	C
ADEMPAS*84CPR RIV 2,5MG (Bayer)	043333145	-	C
MUCOSOLVAN*SCIR 200ML 15MG/5ML (Boehringer Ingel. It.)	024428272	-	C
NOVAZOL*OS GTT 20ML 500MG/ML (Benedetti & Co.)	038867014	6,00	C
EPIDUO*GEL FL 45G 0,1%/2,5% (Galderma Italia)	038261095	39,99	C
OMEPRAZOLO HE*14CPS GASTR 10MG (Hexal)	039610023	3,22	A
AUGMENTIN*12CPR RIV 875+125MG (Medifarm)	039785050	10,20	A
MONTELUKAST PEN*28CPR MAST 4MG (Pensa Pharma)	042125029	14,50	A
MONTELUKAST PEN*28CPR MAST 5MG (Pensa Pharma)	042125056	14,50	A
MONTELUKAST PEN*28CPR RIV 10MG (Pensa Pharma)	042125082	14,50	A

## In pubblicità

Redazione

### TELEVISIONE

**Lattecrecita** (Mellin)  
**Bioscalin** (Giuliani)  
**Sustenium Plus e You-Derm** (Menarini)  
**Okitask** (Dompé)  
**Vibovit, Olaz e Metamucil** (Procter & Gamble)  
**Multicentrum** (Pfizer)  
**Mag 2** (Sanofi Aventis)  
**Nivea Cellular Anti-Age** (Beiersdorf)  
**Buscofen Act** (Boehringer Ingelheim)  
**Brioschi Pocket** (Manetti & Roberts)

### RADIO

**Paranix** (Chefaro Pharma)  
**Multicentrum** (Pfizer)  
**Spididol** (Zambon)  
**Vita Sohn Junior e Tricorene** (Antonetto)  
**Rigenforte** (Esi)  
**Trio Carbone Pancia Piatta e Kilocal** (Pool Pharma)  
**Olio di Pid** (Derbe)

### STAMPA

**Dermovitamina** (Pasquali)  
**Master-Aid** (Pietrasanta)  
**Migliocres** (Consulteam)  
**Ialuset** (Ibsa Farmaceutici)  
**Remy** (Sella)  
**Tisanoreica** (Gianluca Mech)  
**Papaya Act** (F&F)  
**Prodigi della Terra** (Sitar)  
**Tricorene** (Antonetto)  
**Clinique Smart** (Henkel)

Fonte: dati servizio Nielsen Media per la farmacia, elaborazioni New Line (info@newl.it)

CORSO FAD

# Patologie di interesse per il farmacista e il relativo counselling

Evento n. 12 - 99019

## Modulo Didattico 2 Il trattamento delle lesioni da pressione (LdP)

### AUTORE

Dott.ssa Angela Peghetti, Presidente AISLeC - Società Scientifica  
per lo studio delle lesioni cutanee - Bologna

DISPONIBILE ONLINE SU  
[WWW.FARMA7FAD.IT](http://WWW.FARMA7FAD.IT)

### 19 Settembre - Modulo 1

Riconoscere e trattare  
la faringotonsillite

### 7 Novembre - Modulo 5

La farmacogenomica  
nelle patologie  
a prevalenza femminile

### 3 Ottobre - Modulo 2

Il trattamento delle lesioni  
da pressione (LdP)

### 14 Novembre - Modulo 6

I farmaci biotecnologici:  
principi generali  
di classificazione

### 20 Ottobre - Modulo 3

Osteoporosi indotta da farmaci:  
i medicinali che compromettono  
la densità minerale ossea

### 21 Novembre - Modulo 7

La medicina cinese:  
nozioni generali

### 24 Ottobre - Modulo 4

Aggiornamento della normativa  
sui medicinali veterinari

### 5 Dicembre - Modulo 8

Trattamento dei sintomi tipici  
e atipici della MRGE (Malattia  
da Reflusso Gastroesofageo)

### Obiettivi formativi del modulo didattico 2:

Dopo aver completato la seguente monografia di aggiornamento, il farmacista dovrebbe essere in grado di:

- **descrivere** l'eziologia e la fisiopatologia delle lesioni da pressione;
- **discutere** i molteplici fattori di rischio e la stadiazione delle lesioni da pressione;
- **identificare** le strategie per la prevenzione delle lesioni da pressione e le opzioni terapeutiche utili a un management efficace e appropriato delle stesse;
- **esaminare** il potenziale contributo del farmacista nella cura dei pazienti a rischio o portatori di lesioni da pressione.

### ➔ Scopo dell'attività

Fornire una panoramica relativa all'eziologia, fisiopatologia, diagnosi e trattamento delle lesioni da pressione e del paziente portatore delle stesse.

*Sanitanova è accreditato dalla Commissione Nazionale ECM (accreditamento standard n.12 del 7.2.2013) a fornire programmi di formazione continua per tutte le professioni. Sanitanova si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività ECM.*

## Il trattamento delle lesioni da pressione (LdP)

Autrice: Dott.ssa **Angela Peghetti**, Presidente AISLeC - Società Scientifica per lo studio delle lesioni cutanee - Bologna

*La prevalenza in Italia delle lesioni da pressione, emersa da due studi condotti dall'AISLeC (Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee) negli anni '90, risulta essere intorno al 13%. Il nuovo tessuto che si forma non riprenderà mai le caratteristiche del tessuto originario, in quanto la cavità viene riempita di tessuto connettivo indifferenziato; ciò comporta che un individuo con anamnesi positiva per lesioni da pressione, indipendentemente dalla valutazione con la scala di Braden, sia da considerare comunque a rischio di sviluppo di nuove lesioni.*

*Il trattamento immediatamente efficace nella cura di una lesione da pressione consiste nella rimozione della causa principale, cioè nella riduzione della pressione alla quale sono sottoposti i tessuti.*

*Diversi studi evidenziano l'importanza del mantenimento di un adeguato stato nutrizionale, sia nella fase di prevenzione, sia per favorire la guarigione delle lesioni da pressione eventualmente insorte.*

### ↔ Introduzione

La prevalenza in Italia delle lesioni da pressione, emersa da due studi condotti dall'AISLeC (Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee) negli anni '90, risulta essere intorno al 13%. La lesione da pressione è la conseguenza diretta di una elevata e/o prolungata compressione associata o meno a forze di taglio o stiramento che causano uno stress meccanico sui tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni, con una conseguente riduzione dell'apporto di ossigeno e di sostanze nutritive ai tessuti compressi; questi, di conseguenza, vanno incontro a ipossia e necrosi.

È ormai consolidata la consapevolezza che le lesioni da pressione tendono a formarsi prevalentemente nei soggetti affetti da patologie che ne compromettono la funzionalità neuromotoria e nei soggetti anziani allettati. Alla luce di ciò è facile dedurre che tale problema è destinato a crescere in ragione dell'invecchiamento della popolazione. Le lesioni da pressione possono insorgere in pazienti di qualsiasi età: peggiorano la prognosi, determinando un aumento della morbilità e mortalità e influenzando negativamente sulla qualità di vita della persona, e aumentano notevolmente i costi e la frequenza degli interventi assistenziali.

La prevenzione delle lesioni da pressione (LdP) rappresenta, in tutti i setting di cura, a partire dall'ambito ospedaliero fino all'assistenza domiciliare o alle strutture residenziali, un problema rilevante, che richiede un notevole impegno gestionale in termini di risorse umane, materiali e tecnologiche.

Un'analisi della letteratura evidenzia che a tutt'oggi gli approcci di prevenzione e di cura sono disomogenei e molte volte si osserva un'assoluta mancanza di uniformità nei comportamenti assistenziali, terapeutici e diagnostici malgrado i numerosi studi condotti sull'argomento. Le varie figure professionali coinvolte e l'ampia disponibilità di ausili, presidi e dispositivi medici reperibili sul mercato incrementano una difformità di approccio, con conseguenze dolorose per il soggetto che si trova a rischio e/o affetto da questa tipologia di problema.

La gestione delle lesioni era, ed è ancora, basata su falsi miti e convinzioni, esito di retaggi culturali obsoleti e sorpassati. Esistono infatti approcci difformi a dispetto di evidenze molto forti, sia per

quanto concerne la prevenzione sia il trattamento. Spesso il paziente non si rivolge neppure ai servizi di assistenza credendo di poter risolvere da solo il problema; altre volte sono le stesse strutture territoriali a non offrire un servizio di assistenza mirato. Anche gli stessi professionisti sanitari concorrono a determinare una cattiva gestione del problema delle lesioni cutanee, non applicando protocolli uniformi derivati da studi ben condotti o basati sulle raccomandazioni delle principali Linee Guida di riferimento.

### ↔ Fisiopatologia della riparazione tissutale

La cute è costituita da tre strati principali: l'epidermide (strato più esterno), il derma (tessuto connettivo in cui trovano sede nervi, vasi sanguigni e linfatici) e lo strato sottocutaneo (composto prevalentemente da tessuto adiposo). La riparazione tissutale è un processo naturale del corpo che coinvolge diversi passaggi complessi; la guarigione di una lesione cutanea viene pertanto generalmente suddivisa in fasi, per permettere la descrizione semplificata dei vari fattori che intervengono nel processo di riparazione, tuttavia i meccanismi riparativi si sovrappongono, per cui generalmente è possibile che la stessa lesione mostri in contemporanea le diverse fasi di guarigione.

Le suddette fasi possono essere quindi distinte in maniera macroscopica in: emostasi/infiammazione, proliferazione e riepitelizzazione/rimodellamento (vedi **Tabella 1**)<sup>1</sup>.

L'**emostasi** si sviluppa come prima risposta al danno al fine di proteggere il corpo da un'eccessiva perdita di sangue e da un'aumentata esposizione alla contaminazione batterica. Si contraddistingue per:

- vasocostrizione (controlla la perdita di sangue);
- vasodilatazione e aumentata permeabilità capillare per leucociti e



ATTUALMENTE LA LETTERATURA DI RIFERIMENTO FORNISCE DIVERSE SCALE PER LA VALUTAZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE; QUELLE MAGGIORMENTE UTILIZZATE SONO LA SCALA NPUAP E LA SCALA EPUAP

piastrine (la fuoriuscita di materia nell'interstizio causa un edema locale che permette in un certo senso una compressione e una protezione nei confronti della perdita di sostanza);

- formazione del coagulo: in questa fase la perdita di sostanza viene compensata da un coagulo ematico costituito da una rete di fibrina nella quale sono contenuti globuli rossi, globuli bianchi, piastrine e altri componenti del sangue.

L'**infiammazione** (o fase infiammatoria) corrisponde a un processo che prepara il letto della lesione per la guarigione mediante il meccanismo fisiologico dell'autolisi. È caratterizzata dalla disintegrazione o liquefazione dei tessuti o cellule per azione dei leucociti e degli enzimi. In questa fase compaiono macrofagi e cellule mononucleate dotate di capacità fagocitica e, quindi, attive nel ripulire la ferita/lesione dalla fibrina, dai residui cellulari e dai detriti eventualmente depositati.

Nella **fase proliferativa** si innesca il meccanismo di riempimento e di chiusura del letto della lesione che è caratterizzato da:

- neoangiogenesi, che consiste nella creazione di una rete di capillari e arteriole;
- granulazione, che consiste nella produzione di tessuto connettivo;
- contrazione, in cui i margini della lesione si contraggono, tendendosi l'uno verso l'altro (per diminuire le dimensioni della lesione stessa).

Dopo le prime 24-48 ore, compare un tessuto detto di granulazione costituito da alcuni elementi cellulari, i fibroblasti, i quali, originatisi dal connettivo, penetrano nella ferita lungo i filamenti che costituiscono la rete di fibrina, sostituendoli con fibre dotate di elevata capacità contrattile, le miofibrille. Contemporaneamente sui margini della ferita inizia la produzione di abbozzi vascolari e successivamente linfatici, che si allungano progressivamente verso il centro fino a incontrare gli abbozzi provenienti dal lato opposto. Avvenuta l'anastomosi dei monconi si avvia un processo di canalizzazione, per cui i cordoni cellulari diventano vasi e formano una nuova rete vascolare. I fibroblasti hanno inoltre la capacità di secernere una sostanza, l'acido ialuronico, componente attivo nella formazione delle fibre di collagene e del processo di guarigione. In questa fase la ferita appare tumefatta e arrossata per la ricchezza di tessuto vascolare neoformato.

La **riepitelizzazione** consiste nella copertura della lesione di neo-epitelio e nella chiusura della lesione stessa. Col passare del tempo diminuiscono il numero e l'attività dei fibroblasti, i capillari sanguigni si riducono e contemporaneamente aumentano le fibre di collagene. Avviene così la trasformazione del tessuto di granulazione in tessuto cicatriziale, le cui caratteristiche sono la scarsa elasticità, l'irrorazione e l'innervazione ridotta, la modesta epitelizzazione, l'assenza di annessi cutanei. L'epitelio prolifera per scorrimento dai bordi fino a ricoprire la superficie della lesione.

Il **rimodellamento** consiste nella maturazione della lesione: questo processo porta alla formazione di una cicatrice solida in circa due settimane. In questo arco di tempo essa si contrae progressivamente per l'azione delle miofibrille. Successivamente intervengono ulteriori trasformazioni che la porteranno nel giro di alcuni mesi ad appiattirsi e a modificare il suo colore, assumendo l'aspetto definitivo: la resistenza alla trazione del tessuto cicatriziale recupera fino a un massimo dell'80%; nelle persone più giovani la resistenza originaria è comun-

**Tabella 1 - Fasi della riparazione tissutale**

<b>Fase infiammatoria</b>	Stravasamento ematico Aggregazione piastrinica Emostasi Migrazione dei leucociti Rilascio di citochine (PDGF, TGF- $\beta$ , VEGF)
<b>Fase proliferativa</b>	Riepitelizzazione Angiogenesi Fibroplasia Contrazione della ferita
<b>Fase del rimodellamento tissutale</b>	Produzione di collagene Produzione di proteine di matrice

que inferiore a quella dei tessuti non lesionati.

Va inoltre sottolineato il fatto che, in presenza di perdita di sostanza, il nuovo tessuto che si forma non riprenderà mai le caratteristiche del tessuto originario, in quanto la cavità viene riempita di tessuto connettivo indifferenziato: questo presupposto comporta che un individuo con anamnesi positiva per lesioni da pressione, indipendentemente dalla valutazione con la scala di Braden, sia da considerare comunque a rischio di sviluppo di nuove lesioni.

### Stadiazione delle lesioni da pressione

La valutazione di una lesione da pressione comprende molti aspetti, in quanto una singola caratteristica non fornisce i dati necessari per definirne in maniera accurata l'eziologia, l'adeguatezza del trattamento o il monitoraggio della sua evoluzione. Generalmente le Linee Guida di riferimento, gli studi condotti nel settore e gli esperti consigliano di valutare la sede della lesione (di solito le sedi più frequenti sono la regione sacrale e i talloni ma altre sedi sono i gomiti, i trocanteri, le scapole, l'occipite), la profondità, le dimensioni, lo stadio, le condizioni dei margini, la presenza di fistole o di tratti sottominati, le caratteristiche del tessuto necrotico e dell'essudato, i tessuti circostanti, la cute perilesionale, la situazione clinica e psicosociale del paziente, la presenza di infezione e, quando la lesione guarisce, le caratteristiche del tessuto di granulazione e della riepitelizzazione (vedi **Figura 1**). Anche la presenza di dolore rappresenta un aspetto da valutare sebbene alcune volte sia uno degli aspetti trascurati, sia nella fase di valutazione, sia nella fase di trattamento<sup>2</sup>.

Attualmente la letteratura di riferimento fornisce diverse scale per la valutazione delle lesioni da pressione: quelle maggiormente utilizzate sono la scala NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*), che proviene dal contesto statunitense, e la scala EPUAP (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*) che proviene dal contesto europeo. Le due scale, pressoché sovrapponibili, si differenziano sostanzialmente per il fatto che nella scala NPUAP, recentemente aggiornata (febbraio 2007), la stadiazione prevede una definizione specifica del sospetto danno dei tessuti profondi e dell'ulcera non stadiabile.

**Sospetto danno dei tessuti profondi:** area localizzata, di color porpora o rosso scuro, di cute integra o vescica a contenuto ematico, secondaria al danno dei tessuti molli sottostanti dovuto a pressione e/o forze di stiramento. L'area potrebbe essere preceduta da tessuto

che appare dolente, duro, cedevole, edematoso, più caldo o più freddo quando comparato al tessuto adiacente. Il danno dei tessuti profondi potrebbe essere difficile da individuare nelle persone con pelle scura. L'evoluzione potrebbe includere una sottile vescica su un letto di lesione di colore scuro. La lesione potrebbe evolvere a sua volta ed essere ricoperta da un'escara sottile (gangrena superficiale chiusa e secca, espressione di necrosi dell'epidermide e degli strati superficiali del derma, adesa agli strati profondi). L'evoluzione potrebbe esporre in tempi rapidi ulteriori strati di tessuto anche applicando un trattamento ottimale.

**Stadio I:** cute integra con eritema non reversibile alla digito-pressione di un'area localizzata solitamente in corrispondenza di una prominente cutanea. Nei soggetti con pelle scura il reperimento di questo dato potrebbe essere difficoltoso: andrebbero valutate le modificazioni del colore della cute in corrispondenza delle prominente ossee, in quanto questo potrebbe essere differente dall'area adiacente. L'area potrebbe essere dolente, dura, cedevole, più calda o più fredda quando comparata al tessuto adiacente. Può indicare i soggetti "a rischio" di sviluppare una lesione profonda.

**Stadio II:** perdita a spessore parziale del derma con il letto della lesione di color rosso rosa, privo di *slough* (tessuto devitalizzato di colore giallastro-grigio che appare sul fondo della lesione). Potrebbe anche presentarsi sotto forma di una vescica a contenuto sieroso intatta oppure aperta/rotta. Si presenta come un'ulcera superficiale, lucida o asciutta, priva di *slough* o ematoma in quanto l'ematoma indica un sospetto danno a carico dei tessuti profondi.

**Stadio III:** perdita di tessuto a tutto spessore. Può essere presente *slough*, che però non nasconde la profondità della perdita tissutale. Potrebbe includere sottominatura e tunnelizzazione. La profondità di un'ulcera da pressione di stadio III varia a seconda della regione anatomica. Le narici del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e l'ulcera di stadio III può essere superficiale. Al contrario, aree con significativa adiposità possono sviluppare ulcere da pressione di stadio III estremamente profonde. Ossa/tendini non sono visibili o direttamente palpabili.

**Stadio IV:** perdita di tessuto a tutto spessore con esposizione di osso, tendine o muscolo. Potrebbero essere presenti *slough* o escara su alcune parti del fondo della lesione. Spesso include sottominatura e tunnelizzazione. La profondità di un'ulcera da pressione di stadio IV varia a seconda della regione anatomica. Le narici del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e queste ulcere possono essere superficiali. Le ulcere da pressione di stadio IV possono estendersi a muscoli e/o strutture di supporto (ad es. fascia, tendine o capsula articolare) rendendo probabile l'osteomielite. Ossa e tendini sono esposti, visibili o direttamente palpabili.

**Non Stadiabile:** perdita di tessuto a tutto spessore in cui il fondo dell'ulcera è nascosto da *slough* (di color giallo, beige, grigiastro, verde o marrone) e/o escara (di color beige, marrone o nero) presenti nel letto della lesione. Fino a quando lo *slough* e/o l'escara non vengono rimossi, esponendo la base dell'ulcera, la reale profondità, e di conseguenza lo stadio, non possono essere determinati. Un'escara stabile (secca, adesa, integra, senza eritema o fluttuazione) localizzata sui talloni ha la funzione di "naturale (biologica) copertura del corpo" e non dovrebbe essere rimossa.

## ➔ Opzioni di trattamento

Il trattamento immediatamente efficace nella cura di una lesione da pressione consiste nella rimozione della causa principale, cioè nella riduzione della pressione alla quale sono sottoposti i tessuti. Per questo motivo dovrebbe essere valutata la necessità di utilizzare dispositivi atti a ridurre/alleggerire la pressione, quali materassi o cuscini antidecubito. La scelta dell'ausilio da utilizzare dovrebbe essere effettuata sulla base dell'esame complessivo del paziente, in considerazione degli obiettivi assistenziali prefissati (es. palliazione, riabilitazione, ecc.); alcune altre importanti variabili da considerare sono: lo stato clinico (acuzie, compenso, cronicità), la mobilità residua della persona, il contesto organizzativo, il comfort della persona, il contesto assistenziale, la necessità di cure intensive e l'accettazione da parte del paziente e/o dei familiari/caregiver del tipo di ausilio proposto.

## Il wound care

Per raggiungere una guarigione efficace è necessario ripristinare l'integrità e la funzionalità della cute: va comunque sottolineato che, anche favorendo il miglior processo di guarigione, i tessuti neoformati che vanno a riempire la cavità non potranno mai recuperare le caratteristiche iniziali del tessuto perso a causa del danno. In ogni caso, da diversi anni è stato provato che il processo di riparazione tissutale è favorito e migliorato dall'utilizzo della *moist wound healing*, cioè della guarigione in ambiente umido, che si ottiene utilizzando le medicazioni avanzate.

## La guarigione in ambiente umido

La cura delle lesioni cutanee è stata per secoli limitata a rimedi naturali e medicazioni semplici. I primi medicinali antisettici, a base di ipoclorito di sodio, furono utilizzati nei campi di guerra della prima guerra mondiale a opera di Milton e Dakin. Nella seconda guerra mondiale, invece, vi fu l'avvento delle penicilline. L'innovazione si ebbe nel 1962 quando George Winter pubblicò il suo lavoro sulle lesioni acute superficiali indotte su due maiali domestici<sup>3</sup>. Egli notò, durante i suoi esperimenti, che una pellicola occlusiva (impermeabile al vapore acqueo) a base di polietilene garantiva un ambiente umido, in grado di ottenere una riepitelizzazione della lesione due volte più rapida rispetto alla guarigione di una lesione lasciata seccare all'aria. Winter osservò che la formazione di croste e l'essiccamento dei tessuti rendono difficile e particolarmente dispendiosa sul piano metabolico la migrazione cellulare per la riparazione delle lesioni.

I benefici dell'ambiente umido sono:

- la prevenzione della disidratazione dei tessuti e della morte cellulare;



PER RAGGIUNGERE UNA  
GUARIGIONE EFFICACE  
È NECESSARIO RIPRISTINARE  
L'INTEGRITÀ E LA  
FUNZIONALITÀ DELLA CUTE:  
VA COMUNQUE SOTTOLINEATO  
CHE ANCHE FAVORENDO  
IL MIGLIOR PROCESSO DI  
GUARIGIONE, I TESSUTI  
NEOFORMATI CHE VANNO A  
RIEMPIRE LA CAVITÀ NON  
POTRANNO MAI RECUPERARE  
LE CARATTERISTICHE INIZIALI  
DEL TESSUTO PERSO A CAUSA  
DEL DANNO

Tabella 2 - Evoluzione della struttura TIME

Acronimo TIME	Termini proposti dall'Advisory Board EWMA
T = Tessuto non vitale o carente	Trattamento del tessuto
I = Infezione o infiammazione	Controllo dell'infezione e dell'infiammazione
M = Macerazione o secchezza (squilibrio dei fluidi)	Bilancio dei fluidi
E = Epidermide (margini non proliferativi o sottominati)	Margini epiteliali in attiva proliferazione

- l'accelerazione dell'angiogenesi;
- l'aumento dell'eliminazione dei tessuti necrotici e della fibrina;
- la riduzione del dolore.

#### ↔ La preparazione del letto di ferita

Garantire un'accurata preparazione del letto della ferita è il prerequisito indispensabile per tendere verso una guarigione naturale e ottenere così i massimi benefici dai prodotti di medicazione attualmente disponibili. La preparazione del letto di ferita (*Wound Bed Preparation, WBP*) suggerisce agli operatori un approccio completo alla gestione del paziente con lesioni cutanee, rimuovendo le barriere locali alla guarigione e stimolando i processi di riparazione tissutale, in modo da trarre il massimo beneficio da queste tecniche innovative<sup>4</sup>.

Il trattamento delle LdP, eseguito seguendo le indicazioni sintetizzate nell'acronimo TIME (*Tissue, Infection or inflammation, Moisture imbalance, Epidermal margin*) utile a individuare gli elementi da correggere, permette di realizzare un'ottima WBP, riducendo edema ed essudato, controllando la carica batterica e, cosa importante, correggendo le anomalie che concorrono a sviluppare una guarigione non corretta (vedi **Tabella 2**).

Tutti questi passaggi sono assolutamente imprescindibili e si integrano a vicenda per cui, al fine di ottenere una corretta gestione della lesione da pressione, non si può non conoscere l'interdipendenza che essi presentano.

**Trattamento del tessuto necrotico/devitalizzato:** è ormai appurato che la presenza di tessuto necrotico o devitalizzato rappresenta un ostacolo alla guarigione delle ferite. La rimozione del tessuto non vitale, attraverso il *debridement*, consente il ripristino del fondo della lesione e delle funzioni della matrice extracellulare.

**Controllo dell'infezione e dell'infiammazione:** tutte le ferite sono colonizzate da microrganismi, ma la loro presenza di per sé non indica necessariamente l'esistenza di un'infezione. Una carica batterica elevata o un'infiammazione prolungata determina un incremento delle citochine infiammatorie e dell'attività proteasica con riduzione dell'attività dei fattori di crescita. L'evidenza dimostra che una carica batterica >106 organismi per grammo di tessuto limita seriamente la guarigione. È importante ridurre la carica attraverso un'accurata detersione.

**Bilancio dei fluidi:** valutare la quantità di essudato, ma contenere anche l'eccessiva secchezza. L'essudato presente in quantità sproporzionate nelle ferite causa macerazione, blocca la proliferazione cellulare e l'angiogenesi, oltre a contenere quantità eccessive di metalloproteasi della matrice (*Matrix Metalloproteinase MMP*), in grado di degradare le proteine della matrice extracellulare. La disidratazione cutanea rallenta, invece, la migrazione delle cellule epiteliali. In questi casi è indicato il ricorso a medicazioni atte a garantire la giusta umidità all'interno della ferita.

**Margini epiteliali in attiva proliferazione:** valutare lo stato della cute perilesionale fino a un raggio di 4-5 cm. dai margini della ferita rilevandone la consistenza, il colore, l'edema, la cellulite, la quantità di essudato, la presenza di sottominature e tunnellizzazioni, eventuali ulcere satelliti,

ecc. Qualora il processo di riparazione non stia progredendo, è necessario ripristinare la migrazione dei cheratinociti e la risposta delle cellule della ferita anche attraverso il *debridement* o altre terapie aggiuntive.

Le azioni principali della WBP sono:

- detersione;
- *debridement*/sbrigliamento;
- medicazione;
- controllo dell'infezione.

#### La detersione

Consiste nel "lavaggio" dell'ulcera e deve essere eseguita generalmente prima di ogni trattamento e a ogni cambio di medicazione: ciò favorisce la diluizione della carica batterica presente che può essere causa/favorire l'infezione<sup>5</sup>. La detersione della lesione inoltre permette l'eliminazione di detriti metabolici, essudato, tessuto non vitale che si è sbrigliato e residui della vecchia medicazione.

Diversi studi hanno confrontato la detersione della ferita effettuata con soluzione fisiologica, acqua sterile, Ringer lattato o acqua potabile e non hanno riscontrato significative differenze nella prevenzione delle infezioni<sup>6,7</sup>; tuttavia la scelta del tipo di detergente dovrebbe tener conto del *setting* di cura e orientarsi, per i pazienti che si trovano in regime di ricovero, verso l'utilizzo di soluzioni sterili, che permettono la prevenzione della trasmissione di infezioni crociate.

La detersione deve essere compiuta in modo tale da minimizzare il trauma alla lesione e nel contempo ottenere la detersione del letto della stessa; inoltre la pulizia di routine della lesione dovrebbe essere condotta riducendo al minimo i traumi chimici e meccanici e, quindi, evitando l'utilizzo di prodotti chimici quali gli antisettici<sup>5</sup>.

Molte Linee Guida internazionali raccomandano di non utilizzare gli antisettici topici allo scopo di ridurre il numero di batteri presenti nelle lesioni quando le stesse non sono infette<sup>8</sup>. Vengono riportati numerosi studi in cui sono stati documentati gli effetti tossici secondari all'esposizione agli antisettici da parte delle cellule delle lesioni in via di guarigione<sup>9</sup>: alcuni autori descrivono gli antisettici come prodotti chimici altamente reattivi che distruggono in modo indiscriminato le cellule, affermando che è controindicato un loro impiego routinario per diminuire la carica batterica nelle lesioni da pressione. L'utilizzo di soluzioni colorate, come ad esempio merbromina, eosina, fucsina fenica (tintura rubra di Castellani), violetto di genziana (cristal violetto)<sup>10</sup>:

- impedisce la possibilità di una corretta valutazione della lesione;
- diminuisce la possibilità di impostare un piano di trattamento adeguato;
- abbassa la possibilità di riconoscere precocemente alcuni dei principali segni di infezione;
- crea traumatismi sul fondo della lesione a causa della difficoltà di rimozione.

## Debridement

Il termine *debridement*, dal francese *débridement* che significa “eliminare un vincolo”, (o sbrigliamento) è l’atto della rimozione di materiale necrotico, escara, tessuto devitalizzato, materiale estraneo o infetto, *slough*, pus, frammenti di osso, ipercheratosi, ecc. dal letto della lesione, con l’obiettivo di promuoverne la guarigione. L’allontanamento del tessuto necrotico, ricettacolo di batteri e barriera fisica alla riparazione tissutale, ha l’obiettivo di ridurre la carica batterica, limitando i rischi infettivi.



LA WOUND BED PREPARATION  
RIMUOVE LE BARRIERE LOCALI  
ALLA GUARIGIONE E STIMOLA  
I PROCESSI DI RIPARAZIONE  
TISSUTALE. LE AZIONI PRINCIPALI  
DELLA WOUND BED PREPARATION  
SONO DETERSIONE, SBRILGAMENTO/  
DEBRIDEMENT, MEDICAZIONE E  
CONTROLLO DELL'INFEZIONE

In una visione più ampia diventa chiaro che non soltanto il letto, ma anche i bordi della ferita e il tessuto perilesionale sono importanti per la ripresa del processo riparativo. Questo supporta una definizione di sbrigliamento che non si riferisce soltanto alla rimozione del tessuto necrotico dal letto della ferita, ma anche la liberazione dei lembi e della cute perilesionale dalla ferita. Una volta stabilito che il *debridement* è necessario, occorre tenere presente che le diverse modalità hanno una serie di vantaggi e svantaggi<sup>11</sup>. La scelta

della tecnica di sbrigliamento dovrebbe basarsi su:

- valutazione della lesione;
- valutazione generale della cute perilesionale;
- precedente effetto positivo di tecniche di sbrigliamento;
- caratteristiche della medicazione/tecnica, indicazioni e controindicazioni per l’uso fornite dal produttore;
- rischio di effetti collaterali;
- preferenze del soggetto (stile di vita, capacità e comfort);
- obiettivi del trattamento.

Lo sbrigliamento può essere eseguito secondo varie tecniche, coerentemente con gli obiettivi prefissati:

- *debridement* chirurgico;
- *debridement* autolitico;
- *debridement* enzimatico;
- *debridement* meccanico;
- *debridement* biochirurgico.

Il ***debridement* chirurgico**<sup>12</sup> permette di rimuovere il tessuto necrotico attraverso l’uso di bisturi, forbici o di altri strumenti taglienti. I vantaggi di questa tecnica sono l’immediatezza del risultato e la velocità di risposta nei confronti del rischio di infezione.

Il ***debridement* autolitico**<sup>12</sup> prevede l’utilizzo di medicazioni che favoriscano un ambiente umido. Le medicazioni che svolgono un effetto sbrigliante sono ad esempio idrogeli, idrocolloidi, idrofibra,

pellicole di poliuretano, ecc.

Il ***debridement* enzimatico**<sup>12</sup> prevede l’utilizzo di enzimi proteolitici esogeni, generalmente sotto forma di unguento, come ad esempio la collagenasi, la fibrinolisi e la papaina-urea, quest’ultima non disponibile in Italia. L’enzima deve essere applicato esclusivamente sul tessuto necrotico, mai sulla cute perilesionale, che deve essere adeguatamente protetta con prodotti barriera. Questo trattamento prevede frequenti rinnovi.

Il ***debridement* meccanico** è un metodo non selettivo per la rimozione di materiale necrotico. Le varie tecniche includono il *wet-to-dry*, l’idroterapia, gli ultrasuoni, ecc.

Il ***debridement* biochirurgico** consiste nell’applicazione di larve sterili (larve di *Lucilia*) sul tessuto devitalizzato. Questa tecnica si basa sulla produzione, da parte delle larve, di enzimi proteolitici con azione antibatterica ad ampio spettro.

**Attenzione:** In presenza di una escara secca del tallone, la necrosi non deve essere rimossa. Potrà essere asportata solo in caso di edema, eritema, fluttuazione o secrezione. Rimuovendo l’escara secca del tallone si rischia di necrotizzare il periostio del tallone stesso, a causa della scarsa vascolarizzazione di questo distretto anatomico.

### Controllo della carica batterica

Le lesioni da pressione, al pari di tutte le ferite croniche, sono frequentemente e generalmente colonizzate da batteri o funghi: ciò è correlabile al fatto che queste lesioni, oltre a permettere il passaggio di microrganismi a causa del perdurare nel tempo della soluzione di continuo della cute, sono spesso associate ad altri fattori sia locali sia sistemici, come ad esempio una cattiva circolazione, presenza di ipossia tissutale, malattie del metabolismo o altre comorbidità, identificabili anche nei fattori descritti nel paragrafo relativo alla prevenzione.

### Il trattamento topico delle lesioni con colonizzazione critica e/o infezione: l’uso di antisettici

L’uso di antisettici va riservato alle lesioni che risultano chiaramente infette o contaminate: l’impiego degli antibiotici topici è sempre un tema di discussione a causa dell’insorgenza di ceppi batterici resistenti; per questo motivo le più recenti linee guida sconsigliano l’utilizzo di antibiotici topici<sup>4</sup> anche in relazione al fatto che la disponibilità di alternative per un corretto trattamento locale garantisce comunque sia un appropriato trattamento topico. Va peraltro specificato che, in caso di lesione infetta, il trattamento con antibiotici deve essere effettuato per via sistemica.

### L’utilizzo delle medicazioni antisettiche

All’interno di questa categoria di prodotti rientrano le medicazioni all’argento, sia a lento rilascio (es. argento ionizzato), sia senza rilascio (es. sulfadiazina argentea, oppure argento unito a carbone). Queste medicazioni possono essere considerate antisettiche, hanno un buono spettro antibatterico ed esplicano un’azione di assorbimento sull’essudato e, quindi, di deterzione<sup>13</sup>. In alternativa è possibile utilizzare medicazioni iperosmotiche, come ad esempio quelle a base di sodio cloruro al 20% o cadexomero iodico. Sono poi disponibili medicazioni imbevute di antisettici quali iodopovidone e clorexidina. Anche medicazioni non occlusive, come gli alginati, l’idrofibra o i poliaccrilati

Tabella 3 - Caratteristiche delle medicazioni tradizionali e avanzate a confronto

Medicazioni tradizionali	Medicazioni avanzate
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emostasi</li> <li>- Copertura</li> <li>- Assorbimento dell'essudato</li> <li>- Disidratazione dei tessuti</li> <li>- Traumaticità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente umido</li> <li>- Stabilità termica</li> <li>- Isolamento e protezione dagli agenti e/o microrganismi esterni</li> <li>- Atraumaticità</li> </ul>

permettono il controllo della carica batterica con una buona gestione dell'essudato, particolarmente abbondante in caso di infezione.

#### ↔ Le medicazioni

La pubblicazione degli studi di Winter negli anni '60 ha comportato radicali cambiamenti alle tipologie di medicazioni, alle modalità di approccio e alla gestione delle lesioni cutanee. In precedenza le medicazioni tradizionali, utilizzate per il trattamento delle LdP, erano esclusivamente NON occlusive (es. garza iodoformica). Successivamente, è stato dimostrato che la disidratazione dei tessuti influisce negativamente sulla guarigione delle ferite.

L'occlusività di una medicazione è misurata in base alla quantità di vapore acqueo che la medicazione rilascia all'esterno (MVTR = *Moist Vapor Transmission Rate*).

La gestione delle lesioni da pressione dovrebbe prevedere l'uso di medicazioni in grado di creare un microambiente umido, medicazioni definite comunemente "medicazioni avanzate"<sup>14</sup> in contrapposizione alle "medicazioni tradizionali"<sup>15</sup>. Per medicazione avanzata si intende un materiale di copertura che abbia caratteristiche di biocompatibilità. L'utilizzo di medicazioni avanzate garantisce il mantenimento del giusto gradiente di umidità all'interno della ferita, favorendo una riparazione tissutale più rapida rispetto alle medicazioni tradizionali (vedi **Tabella 3**).

Le medicazioni vengono definite primarie quando il materiale di medicazione viene posto a diretto contatto con i tessuti lesi, secondarie quando il materiale di medicazione serve per riempire ulteriormente una cavità o svolge la funzione di fissaggio della medicazione primaria. Quando si seleziona la medicazione è necessa-

rio conoscere il tipo di materiale che entra in contatto diretto con il letto della ferita, in quanto la selezione stessa deve tener conto di una serie di fattori che definiscono la medicazione "ideale" per i diversi tipi di ferita.

È necessario comprendere che l'impiego di combinazioni inappropriate di prodotti potrebbe rivelarsi potenzialmente dannoso per il paziente, oltre che dispendioso in termini umani (aumento dei tempi di assistenza e disagi per il paziente) e materiali (costo dell'inappropriatezza). La scelta della medicazione deve essere effettuata sulla base della valutazione globale del paziente e della lesione, in relazione agli obiettivi assistenziali definiti; occorre, infatti, avere presente che la guarigione non sempre è l'obiettivo prefissato (ad esempio, nei pazienti terminali è molto più importante applicare un trattamento sintomatologico per la gestione di eventuale dolore, cattivo odore, ecc.). Oggi sul mercato sono disponibili numerose classi di medicazioni, ognuna con una propria specificità, in grado di gestire con efficacia una lesione cutanea.

I tempi di sostituzione della medicazione indicati nel protocollo sono solo esemplificativi, in quanto nella realtà sono correlati alla tipologia di ferita e ai tempi di saturazione della medicazione stessa.



LA GESTIONE DELLE LESIONI  
DA PRESSIONE DOVREBBE  
PREVEDERE L'USO  
DI MEDICAZIONI  
IN GRADO DI CREARE  
UN MICROAMBIENTE UMIDO

## Come ottenere 26 Crediti Ecm

- La lettura di questo modulo didattico 2 permette di verificare e approfondire le proprie conoscenze in tema di "Lesioni da pressione (LdP)".
- I farmacisti che desiderassero ottenere i 26 Crediti Ecm previsti dall'intero corso FAD possono formalizzare il rapporto con il Provider Sanitanova, accedendo alla piattaforma **www.farma7fad.it**, pagando la quota d'iscrizione (75 €, oppure 50 € per acquisti multipli) e compilando il questionario pubblicato alla fine di ogni lezione.
- Il corso può essere completato alla pubblicazione del singolo modulo, oppure in un'unica sessione, ma tassativamente entro il 31 dicembre 2014.

La medicazione deve avere le seguenti caratteristiche:

- mantenere un ambiente umido;
- controllare l'essudato mantenendo il letto della lesione umido e la cute circostante asciutta e integra;
- fornire l'isolamento termico e mantenere stabile la temperatura della lesione;
- proteggere la lesione dalla contaminazione di microrganismi;
- mantenersi integra senza rilasciare fibre né corpi estranei all'interno della lesione;
- non essere traumatica alla rimozione;
- essere facile da usare ed economica sul piano dei costi e del tempo.

#### Classificazione delle medicazioni - Principali classi di medicazioni

Esistono diverse tipologie di medicazioni, con le caratteristiche generali riportate in **Tabella 4** di pag.17.

#### Le principali medicazioni bioattive

Le medicazioni bioattive interagiscono attivamente con la ferita, inducendo direttamente o indirettamente la proliferazione cellulare, la migrazione cellulare, il rilascio di citochine e la neoangiogenesi, con il fine di stimolarne la guarigione. Sono costituite da materiali polimerici sintetici, ma anche da materiali di origine biologica, come l'acido ialuronico e il collagene.

L'acido ialuronico (*Hyaluronic Acid*, HA) è un polisaccaride naturale presente in tutti i tessuti connettivi (derma), prodotto dai fibroblasti. In natura, l'HA è un gel. La sua concentrazione all'interno dei tessuti tende a ridursi con l'avanzare dell'età, determinando non soltanto il cedimento strutturale della cute, ma anche una perdita dell'elasticità e del turgore, nonché minore idratazione cutanea. L'HA ha un'alta capacità idratante, in grado di assorbire e trattenere saldamente grandi quantità d'acqua, garantendo sempre il giusto grado di umidità. È una molecola essenziale per la formazione della matrice di collagene, delle fibre elastiche e per il mantenimento dell'idratazione cutanea. L'acido ialuronico svolge anche un importante ruolo nel prevenire il danneggiamento delle cellule e del tessuto da stress fisici, agendo come molecola anti-urto e lubrificante. Le sue principali funzioni sono:

- funzione strutturale, in quanto componente della matrice extracellulare e idratante naturale;
- funzione biologica, modulatore delle funzioni cellulari.

Le medicazioni a base di acido ialuronico possono essere utilizzate solo come medicazioni primarie e possono essere addizionate con

argento.

Le medicazioni a base di collagene possono utilizzare collagene liofilizzato di origine bovina o equina, addizionate con cellulosa ossidata, argento, ecc.

Il collagene è coinvolto nei meccanismi di riparazione tissutale attraverso varie funzioni:

- supporto alla migrazione dei fibroblasti e all'attività metabolica del tessuto di granulazione;
- emostatica, come attivatore delle piastrine e dei fattori della coagulazione;
- di stimolo biologico, attraverso l'attivazione di fibronectina, fibroblasti e monociti;
- neoangiogenica, stimolante la neoformazione di capillari.

#### ↔ La terapia a pressione topica negativa

La terapia a pressione topica negativa (*Topical Negative Pressure*, TNP) ha innovato la gestione delle lesioni cutanee acute e croniche; può essere applicata con efficacia e sicurezza, offrendo al professionista sanitario e al paziente benefici clinicamente visibili durante la terapia. Il suo impiego risale a migliaia di anni fa, in quanto utilizzato in aggiunta alle tecniche di agopuntura nella medicina cinese. Il trattamento con pressione negativa si realizza mediante l'utilizzo di dispositivi che consentono un'applicazione controllata e localizzata di una pressione sub-atmosferica in corrispondenza del sito della ferita. I primi studi sperimentali di laboratorio evidenziarono come l'impiego di medicazioni in schiuma, alle quali veniva applicata una pressione negativa creata con una semplice unità di aspirazione murale o con aspiratori portatili, fosse in grado di promuovere la formazione del tessuto di granulazione e la conseguente riparazione tissutale delle ferite.

Gli obiettivi principali del trattamento possono essere così riassunti:

- eliminare l'essudato e ridurre l'edema perilesionale;
- incrementare il flusso sanguigno microvascolare locale e controllare la vascolarizzazione;
- promuovere la formazione di tessuto di granulazione;
- ridurre la complessità e le dimensioni della ferita;
- ottimizzare il letto della ferita prima e dopo l'atto chirurgico;
- ridurre la complessità delle procedure di chiusura chirurgica di una ferita.

Morykwas e coll. hanno studiato l'effetto della TNP sul flusso sanguigno locale, inducendo ferite profonde su tessuti di suini e medicandole poi con schiuma in poliuretano. I risultati ottenuti indicano che con una pressione negativa di 125 mmHg si arriva a quadruplicare l'irrorazione sanguigna, ma con pressioni maggiori vi è il

Tabella 4 - Caratteristiche delle principali classi di medicazioni

#### Medicazioni passive/inerti

Medicazioni che non modificano il loro stato fisico o non interagiscono con la ferita. Possono assorbire l'essudato. Utilizzate come barriere inerti, per proteggere la lesione dall'ambiente esterno. Tra queste medicazioni possiamo includere: garze in cotone e TNT, garze impregnate, ecc.

#### Medicazioni avanzate/interattive

Medicazioni che favoriscono un ambiente umido attraverso mezzi chimici e fisici. Garantiscono le caratteristiche ideali per agevolare il processo riparativo.

#### Medicazioni attive

Medicazioni che svolgono un ruolo attivo a contatto con il letto della lesione.

rischio che i capillari si deformino e il flusso sanguigno diminuisca, inibendo l'irrorazione sanguigna<sup>16</sup>. I possibili ambiti di utilizzo della TPN riguardano lesioni di varia natura ed eziologia, quali:

- ferite acute: traumi, ustioni;
- ferite croniche: ulcere da pressione, ulcere delle gambe, ulcere diabetiche;
- ferite deiscienti: ferite infette, ferite infette post sternotomia;
- ferite chirurgiche: trapianti di cute, lembi, preparazione del letto della ferita.

I fattori che possono aumentare le probabilità di successo della terapia possono riguardare sia il paziente sia la ferita e sono elencati nella **Tabella 5**.

L'applicazione della pressione topica negativa provoca l'allontanamento di componenti nocivi dal letto della ferita (es. citochine, metalloproteinasi di matrice, ecc.), associati all'eccesso di essudato, contribuendo così a una riduzione della carica batterica (chiusura ermetica) e migliorando l'irrorazione ematica, promuovendo una guarigione attiva. Inoltre, il vuoto parziale creato dalla pressione negativa provoca il riavvicinamento dei margini della lesione, facilitando la chiusura della ferita stessa.

#### ↔ La nutrizione

Diversi studi evidenziano l'importanza del mantenimento di un adeguato stato nutrizionale, sia nella fase di prevenzione, sia per favorire la guarigione delle lesioni da pressione eventualmente insorte<sup>18,19</sup>. Per una corretta identificazione dello stato nutrizionale è necessario considerare sia i parametri antropometrici del paziente (peso e altezza), sia i valori dei dosaggi biochimici, come ad esempio sieroalbumina, proteine totali, sideremia, ecc. Una nutrizione ottimale in ogni caso agevola la riparazione della ferita, mantiene il sistema immunitario efficiente e aiuta a prevenire il rischio di infezione<sup>19</sup>.

Per identificare il soggetto malnutrito o a rischio di malnutrizione è necessario, dopo una valutazione iniziale, monitorare il peso corporeo, definire il fabbisogno nutrizionale della persona, registrare la quantità e la qualità degli alimenti assunti.

Nei pazienti portatori di LdP, il controllo e l'integrazione della quota proteica deve tener conto della necessità di sopperire alle perdite di sostanza dovute a iper-essudazione e/o alla necessità di sostenere i bisogni metabolici generati dai processi di riparazione tissutale. La letteratura suggerisce che la quota di proteine da introdurre nei soggetti con lesioni si aggiri intorno a 1-1,5 g/kg/die. Alcuni studi hanno evidenziato una significativa riduzione delle lesioni quando, in associazione al trattamento topico ottimale, si provvedeva all'introduzione di micronutrienti, in particolare vitamine, acido ascorbico e zinco<sup>20</sup>.

In soggetti apparentemente ben nutriti, ma con un ridotto apporto calorico/proteico, è opportuno come primo intervento scoprire e correggere i fattori che compromettono tale assunzione e fornire loro un sostegno per favorire l'alimentazione (per esempio pazienti anziani con problematiche di deglutizione e/o di masticazione). Se ciò non è sufficiente, intervenire con la prescrizione di supporti nutrizionali o integratori, tenendo comunque conto di eventuali patologie concomitanti, come ad esempio diabete o insufficienza renale. Considerare ove si ritiene necessario una valutazione specialistica<sup>20</sup>.

#### ↔ Il controllo del dolore

È ormai noto che il dolore non trattato influenza negativamente la guarigione delle ferite e ha un impatto negativo sulla qualità di vita del paziente. Data l'ampia varietà di ferite e di risposte individuali, è impossibile avere la sicurezza che tutti i pazienti non provino dolore ed è importante fissare obiettivi realistici per ognuno. Il paziente si aspetta di provare sensazioni fastidiose durante la medicazione, ancora prima della procedura stessa. Occorre, quindi, ridurre al minimo il dolore e il disagio attraverso il coinvolgimento del paziente e l'utilizzo di un metodo di valutazione condiviso. Età, cultura e differenze di interpretazione del dolore o delle parole utilizzate per descriverlo possono rendere difficile la comprensione dei pazienti, soprattutto se il dolore riportato risulta sproporzionato rispetto agli stimoli percepiti.

Si dovrebbe definire un piano di trattamento specifico per ogni persona e ogni ferita: il dolore non controllato dovrebbe portare a una immediata revisione del piano.

Il dolore non controllato durante o dopo i cambi di medicazione deve prevedere modifiche nella gestione della ferita. Un dolore valutato come "moderato" o punteggi >4 (in una scala da 1 a 10) raccomandano la necessità di momenti di pausa durante la procedura e di un trattamento analgesico di sostegno e/o di mantenimento, nonché un controllo delle tecniche procedurali e di medicazione utilizzate.

Le opzioni farmacologiche per il controllo del dolore comprendono gli antinfiammatori non steroidei (come il naproxene o l'ibuprofene) o il paracetamolo, che sono usati per il dolore lieve-moderato. Gli oppioidi possono essere necessari durante il cambio della medicazione e il *debridement* chirurgico. Nei pazienti con deterioramento cognitivo la presenza di dolore può essere registrata attraverso il monitoraggio e la variazione dei parametri vitali. Quando e se possibile, gli oppioidi dovrebbero essere evitati, in quanto la sedazione promuove l'immobilità.

#### ↔ Il ruolo del farmacista

Le pietre angolari per la terapia delle lesioni da pressione rimangono l'eliminazione della causa e l'applicazione di un corretto piano di trattamento. La prevenzione è fondamentale, in quanto la formazione di una LdP aumenta i tempi di ospedalizzazione e i costi assistenziali. Il ruolo del farmacista nella prevenzione delle ulcere da pressione comprende l'educazione dei pazienti e dei *caregiver* sui



GLI OBIETTIVI PRINCIPALI DEL TRATTAMENTO A PRESSIONE TOPICA NEGATIVA SONO ELIMINARE L'ESSUDATO E RIDURRE L'EDEMA PERILESIONALE, INCREMENTARE IL FLUSSO SANGUIGNO MICROVASCOLARE LOCALE E CONTROLLARE LA VASCULARIZZAZIONE, PROMUOVERE LA FORMAZIONE DI TESSUTO DI GRANULAZIONE, RIDURRE LA COMPLESSITÀ E LE DIMENSIONI DELLA FERITA, OTTIMIZZARE IL LETTO DELLA FERITA PRIMA E DOPO L'ATTO CHIRURGICO, RIDURRE LA COMPLESSITÀ DELLE PROCEDURE DI CHIUSURA CHIRURGICA DI UNA FERITA

Tabella 5 - Fattori influenzanti positivamente il successo della terapia a pressione topica negativa

Fattori relativi alla ferita	Fattori relativi al paziente
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La ferita è ben irrorata</li> <li>• Il letto della ferita è sano e ha un aspetto granuleggiante</li> <li>• La ferita ha subito un debridement recente (se appropriato)</li> <li>• La ferita produce alte quantità di essudato</li> <li>• La larghezza della ferita è di oltre 2 cm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le condizioni del paziente sono state rese per quanto possibile stabili (es. nutrizione, pressione arteriosa, glicemia, bilancio idrico, infezione)</li> <li>• Il paziente presenta poche comorbidità o le comorbidità sono ben controllate</li> <li>• Il paziente non soffre (non ha dolore)</li> <li>• Il paziente si attiene alle indicazioni del trattamento</li> </ul>

fattori di rischio e sulla corretta cura della cute. È vitale che il farmacista suggerisca l'utilizzo di idonei prodotti per la cura della cute, quali ad esempio saponi neutri e prodotti barriera, oltre a consigliare dispositivi di medicazione utilizzabili nella fase di prevenzione come per esempio pellicole accuratamente applicate dal *caregiver*, in quanto spesso nella nostra realtà i pazienti assistiti al domicilio sono affi-

dati alle loro cure), per garantire la guarigione della lesione qualora questa fosse insorta. L'educazione del paziente/*caregiver* circa l'uso corretto dei farmaci e dei dispositivi prescritti e l'applicazione delle misure preventive necessarie a garantire che l'ulcera non si formi di nuovo è molto importante, in quanto ciò contribuirebbe a ridurre gli oneri che le lesioni da pressione operano sulla società.

## Bibliografia

1. Registered Nurses' Association of Ontario (2005). Risk assessment and prevention of pressure ulcers. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario
2. Harding KG et al. Healing chronic wounds. *BMJ* 2002;321:160-3
3. Winter GD. Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature* 1962; 193: 293-4
4. www.evidencebasednursing.it Linee Guida prevenzione delle Lesioni da pressione. Aggiornamento anno 2010
5. Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence The management of pressure ulcers in primary and secondary care: A Clinical Practice Guideline. www.rcn.org.uk/ Final Version June 2005
6. Janna Briggs Institute Solutions, techniques and pressure in wound cleansing Best Practice 10(2). 2006 ISSN: 1329-1874 www.joanabriggs.edu.au
7. Moore ZEH, Cowman S. Wound cleansing for pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD004983. DOI: 10.1002/14651858.CD004983.pub2
8. Registered Nurses Association of Ontario (2002). Assessment and Management of Stage I to IV Pressure Ulcers. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.
9. Moore Z, Cowman S. Reviewing the evidence for selecting cleansing fluids for pressure ulcers. *Nurs Times*. 2009 Feb 10-16;105(5):22-4. Review.
10. Mak SS, Molassiotis A, Wan WM, Lee IY, Chan ES. The effects of hydrocolloid dressing and gentian violet on radiation-induced moist desquamation wound healing. *Cancer Nurs*. 2000 Jun;23(3):220-9
11. Ramundo J, Gray M. Enzymatic wound debridement. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2008 May-Jun;35(3):273-80. Review
12. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004
13. Rudolph P et al Studies on the microbicidal efficacy on wound dressing *Hyg Med*. 2000;25 (59): 184-86)
14. Assobiomedica (2000). Le Medicazioni Avanzate. www.assobiomedica.it
15. Fonder MA, Lazarus GS, Cowan DA, Aronson-Cook B, Kohli AR, Mamelak AJ Treating the chronic wound: A practical approach to the care of nonhealing wounds and wound care dressings. *J Am Acad Dermatol*. 2008 Feb;58(2):185-206. Review.
16. Morykwaw MJ, Argenta LC, Shelton-Brown EI, McGuirt W. Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treatment: animal studies and basic foundation. *Annals of Plastic Surgery* 1997; 38(6): 553-62
17. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principles of best practice: Vacuum assisted closure: recommendations for use. A consensus document. London: MEP Ltd, 2008
18. Theilla M, Singer P, Cohen J, Dekeyser F., A diet enriched in eicosapentanoic acid, gamma-linolenic acid and antioxidants in the prevention of new pressure ulcer formation in critically ill patients with acute lung injury: A randomized, prospective, controlled study. *Clin Nutr*. 2007 Dec;26(6):752-7. Epub 2007 Oct 22. PMID: 17933438 [PubMed - indexed for MEDLINE]
19. Lindholm C, Sterner E, Romanelli M, Pina E, Torra y Bou J, Hietanen H, Iivanainen A, Gunningberg L, Hommel A, Klang B, Dealey C. Hip fracture and pressure ulcers - the Pan-European Pressure Ulcer Study - intrinsic and extrinsic risk factors. *Int Wound J*. 2008 Jun;5(2):315-28
20. Desneves KJ, Todorovic BE, Cassar A, Crowe TC. Treatment with supplementary arginine, vitamin C and zinc in patients with pressure ulcers: a randomised controlled trial. *Clin Nutr*. 2005 Dec;24(6):979-87. Epub 2005 Nov 15

## Questionario ECM

**1** La presenza di cute integra con eritema localizzato che non scompare alla digitopressione, generalmente sopra una prominenza ossea, è indice di quale stadio relativo alle ulcere da pressione?

- a. stadio I
- b. stadio II
- c. stadio III
- d. stadio IV

**2** Quale deve essere lo scopo della medicazione di un'ulcera da pressione?

- a. mantenere il letto della lesione secco per trattenere i fattori di crescita tissutale
- b. mantenere la pelle che circonda la lesione umida e morbida
- c. facilitare il debridement autolitico
- d. non creare alcuna barriera per le infezioni

**3** Quale stadio di ulcere da pressione è stato aggiunto nel 2007 dall'NPUAP?

- a. stadio VIII
- b. stadio X
- c. non stadiabili
- d. stadio VII

**4** Quale fra le seguenti affermazioni sulle ulcere da pressione è vera?

- a. gli alimenti ad alto contenuto calorico e gli integratori non dovrebbero essere usati per prevenire la malnutrizione
- b. la detersione con antisettici è fondamentale a ogni cambio di medicazione
- c. gli alginati hanno alto potere assorbente e sono utili per lesioni con essudato abbondante
- d. lo screening nutrizionale deve necessariamente essere parte della valutazione generale dei pazienti affetti da ulcera gastrica

**5** Fra le misure non farmacologiche atte a ridurre lo sviluppo delle ulcere da pressione sotto elencate una sola NON è corretta. Quale?

- a. aumento della pressione tissutale
- b. riposizionamento frequente
- c. utilizzo di ausili protettivi e di supporto
- d. frequente valutazione e controllo della cute del paziente

**6** In quale zona insorgono più frequentemente le ulcere da pressione?

- a. coscia
- b. stinco
- c. zona sacrale
- d. polso

**7** Quale tipo di medicazione è maggiormente indicato per stimolare la migrazione di neutrofili, macrofagi e fibroblasti nelle lesioni e favorire la produzione di collagene?

- a. medicazione che crea un ambiente umido
- b. garza iodoformica
- c. antisettico
- d. garza a piatto

**8** "Medicazioni che favoriscono un ambiente umido attraverso mezzi chimici e fisici. Garantiscono le caratteristiche ideali per agevolare il processo riparativo". Quali medicazioni rispondono a questa definizione?

- a. medicazioni passive/inerti
- b. medicazioni avanzate/interattive
- c. medicazioni attive
- d. nessuna delle risposte indicate

**9** Fra le diverse soluzioni per il controllo del dolore nel trattamento delle ulcere da pressione una NON è corretta. Quale?

- a. antinfiammatori non steroidei
- b. ibuprofene
- c. paracetamolo
- d. analgesici oppiacei

**10** Cosa fa parte del ruolo del farmacista nella prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione?

- a. consigliare particolari cure mediche e fornire un'adeguata educazione del paziente
- b. supportare l'uso di terapie che non rappresentano soluzioni a basso impatto economico
- c. consegnare bendaggi stretti
- d. acquistare materassi specializzati per l'assistenza domiciliare

## Domande-Offerte

Redazione

Per informazioni tel. 02.6888775 - e-mail [a.scotti@giornalidea.it](mailto:a.scotti@giornalidea.it)

### Acquisti

- Basilicata e Puglia: acquistasi farmacia di giro medio. Si valutano anche altre proposte in paesi possibilmente nelle vicinanze di zone marittime. Per contatti telefonare al 339.1686339; e-mail a: [terzazona@libero.it](mailto:terzazona@libero.it)
- Bari e provincia o Taranto: acquistasi farmacia. Si gradiscono proposte adeguate ai tempi attuali. Per contatti telefonare al 340.5901459.
- Rilevasi farmacia con costituzione di rendita vitalizia. Per contatti telefonare al 340.7409399.
- Roma centro: all'interno del raccordo anulare, farmacista referenziata acquisterebbe farmacia di giro medio. Si valutano solo proposte in linea con i nuovi parametri. Preferibilmente esclusi intermediari. Rapida definizione e pagamento in contanti. Per contatti telefonare, soltanto dalle 14 alle 16, al 328.3271980; e-mail: [degxxx@excite.it](mailto:degxxx@excite.it)

### Vendite

- Provincia di Messina: nelle vicinanze di Taormina, in piccolo Comune collinare, vendesi, per motivi familiari, farmacia rurale sussidiata. Solo se veramente interessati, telefonare allo 0942.36064.
- Provincia di Napoli: in posizione centrale, vendesi quarantennale farmacia urbana di giro alto. Ampio bacino d'utenza e ampi locali anch'essi cedibili. Per contatti telefonare al 320.9703297.
- Provincia di Taranto: in Comune non interessato dal Decreto Monti, vendesi storica farmacia di giro medio. Per contatti, solo se veramente interessati, telefonare al 393.3388548.
- Provincia di Alessandria: vendesi farmacia rurale sussidiata di giro medio-piccolo. Esclusi intermediari. Per contatti telefonare al 347.5784297.
- Provincia di Oristano: a 10 km da Bosa, vendesi farmacia rurale sussidiata di giro piccolo. Richiesta in linea con i valori di mercato. Per contatti telefonare al 347.0382689.
- Provincia di Frosinone: in piccolo Comune, vendesi farmacia rurale sussidiata, unica sede. Esclusi intermediari e perditempo. Solo referenziati. Per contatti inviare un'e-mail a: [vendesifarmacia@gmail.com](mailto:vendesifarmacia@gmail.com)

- Nord Barese: in grosso centro urbano, vendesi, per motivi familiari, farmacia di giro medio-piccolo. Esclusi intermediari. Per contatti telefonare al 333.3591453 o al 340.9395995.
- Provincia di Cosenza: vendesi farmacie rurali non interessate dal Decreto Monti. Per contatti inviare un'e-mail a: [farma2013@tiscali.it](mailto:farma2013@tiscali.it). Esclusi privi di requisiti e perditempo.
- Provincia di Parma: vendesi farmacia rurale sussidiata di giro piccolo. Richiesta in linea con i valori di mercato. Esclusi intermediari e perditempo. Solo se veramente interessati, inviare un'e-mail a: [roma78.antonio@gmail.com](mailto:roma78.antonio@gmail.com)

### Partecipazioni

- Messina: vendonsi quote societarie di farmacia urbana di giro medio-alto. Per contatti telefonare al 340.1998995.

### Lavoro

- Farmacista dinamica, socievole con ottime capacità lavorative in gruppo, esperienza anche come agente informatore di azienda cosmeceutica, automunita, iscritta alle liste del centro per l'impiego da più di due anni, offresi per collaborazione in farmacia. Per contatti telefonare al 320.4989990; e-mail a: [annamariasantonicola@msn.com](mailto:annamariasantonicola@msn.com)
- Farmacista trentunenne con cinque anni d'esperienza come direttrice di parafarmacia e di sei mesi in farmacia, buone capacità relazionali con interesse verso la cosmetica, offresi per collaborazione in farmacie di Salerno e provincia. Per contatti telefonare al 347.7240224; e-mail [carmenguarino83@libero.it](mailto:carmenguarino83@libero.it)
- Farmacista serio e professionale, con notevole esperienza nella gestione della farmacia e del laboratorio galenico, offresi per collaborazione e turni notturni in farmacie private della Campania. Disponibilità immediata. Per contatti telefonare al 328.6124085.
- Magazziniere con esperienza pluriennale nel settore, offresi per impiego a tempo pieno (preferibilmente con orario continuato) in farmacie di Roma, zone Magliana, Marconi, Monteverde, Montagnola, Ostiense, Portuense, Garbatella, Eur, Trastevere, Testaccio. Per contatti telefonare in ore pasti al 338.3696080.

### Arredi

- Vendonsi: banco in ciliegio modulare (tre elementi da m 1 circa), piano verde con alzata in legno e cristalli, richiesta euro 2.000 e un banco in ciliegio da m 2 circa con piano in travertino resinato, richiesta euro 1.000. Le cifre richieste non sono trattabili. Il tutto in ottimo stato. Trasporto a cura dell'acquirente. Per contatti telefonare al 339.7106180 (dr. Massimo); e-mail: [farm.val@libero.it](mailto:farm.val@libero.it)

«Farma 7» è l'organo ufficiale di stampa della Federfarma ([www.federfarma.it](http://www.federfarma.it) - via Emanuele Filiberto, 190 - 00185 Roma - tel. 06/703801). **Direttore editoriale:** Annarosa Racca - **Direttore:** Alfonso Misasi - **Vicedirettore:** Riccardo Berno - **Comitato editoriale:** Roberto Grubissa, Gioacchino Nicolosi, Alfredo Orlandi, Giancarlo Visini - **Redazione Romana:** Silvia Nardelli, Paolo Betto, Silvia Martello, Carmelina Anastasio (tel. 06/70380222 - fax: 06/70476584 - e-mail: [farma7roma@federfarma.it](mailto:farma7roma@federfarma.it)). Collaborano, inoltre, Andrea Agnello, Riccardo Berno, Paola Bottari, Aurelio Calcaterra, Ettore Colotta, Luigi Coltellacci, Bruno Foresti, Mauro Lanzilotto, Daniela Rotella, Raffaella Russo. «Farma 7» è una pubblicazione di Editoriale Giornalidea Srl. **Direttore responsabile:** Lorenzo Verlatto - **Impaginazione:** Emanuela Gazzetta - **Redazione e pubblicità:** Editoriale Giornalidea Srl, Piazza della Repubblica, 19 - 20124 Milano - tel. 02/6888775 (r.a.) - fax: 02/6888780 - e-mail: [farma7@giornalidea.it](mailto:farma7@giornalidea.it), [pubblicita@giornalidea.it](mailto:pubblicita@giornalidea.it) - **Stampa:** Grafiche Milani S.p.A., via Marconi, 17/19 - 20090 Segrate (MI) - tel. 02/2131851 - Registrazione Tribunale di Milano N. 358 del 21-6-1986 - Iscritta al Registro degli operatori di comunicazione n. 1223 - Prezzo e 0,52 - Iva compresa. L'iva è assolta dall'Editore a norma del D.L. 2/3/89, n. 69 convertito in Legge n. 154 il 27/4/89 che ha ripristinato l'art. 74, 1° c, lett. c) D.P.R. 633/72 e successive modifiche e integrazioni. © Copyright Editoriale Giornalidea Srl. Ogni riproduzione, anche parziale, delle pagine del giornale deve essere autorizzata dall'Editore, che si riserva ogni azione legale di risarcimento. «Farma 7» è organo di stampa della Federfarma e, come tale, viene inviato a tutti i farmacisti iscritti alla Federazione. Enti, Industrie, Grossisti che desiderano riceverlo devono versare, nell'ambito del servizio «Press service», e 293,00. L'invio della rivista è subordinato per questi abbonati al ricevimento dell'importo attraverso assegno bancario, o versamento in c/c postale n. 27029206 - intestato a «Editoriale Giornalidea Srl, Piazza della Repubblica, 19 - 20124 Milano».

Federfarma non risponde della regolarità, correttezza, qualità delle pubblicità pubblicate.

Questo numero è stato chiuso in tipografia l'1.10.2014

NOVITÀ

# Sempre Asciutto **ultra**



La nuova linea di pannolini, ancora più competitivi con i leader di categoria.  
Perché con il nuovo fluff, più sottile e assorbente,  
i pannolini Sempre Asciutto Ultra si affiancano alla gamma dei pannolini  
Sempre Asciutto per offrire un nuovo e vincente mix di qualità e convenienza,  
con più risparmio per i tuoi clienti e più margine per la tua Farmacia.



Solo in Farmacia

# bioananas ORO<sup>®</sup>

## SUPERA LA PROVA PIZZICOTTO



*I BENEFICI DELL'ANANAS  
IN PRATICI MONODOSE*



*Supporta il drenaggio dei liquidi corporei  
contrastando gli inestetismi della cellulite.*

La politica di pricing è una delle più importanti decisioni da affrontare in farmacia, soprattutto in questo momento di crisi. I prezzi devono essere corretti per penetrare il mercato, mantenere la posizione e generare profitti. Chemist propone finalmente una strategia innovativa e fortemente più incisiva rispetto alle promozioni temporanee: garantire il carattere permanente dell'offerta accrescendo i volumi di vendita e fidelizzando il cliente che percepisce la qualità del servizio e il vantaggio della convenienza.

Per informazioni



WE RESEARCH.



YOU LIVE WELL.

**chemist's research**

[www.chemistresearch.it](http://www.chemistresearch.it)

\* 2 stick = contenuto Bromelina attiva di 1 ananas di circa 400 g