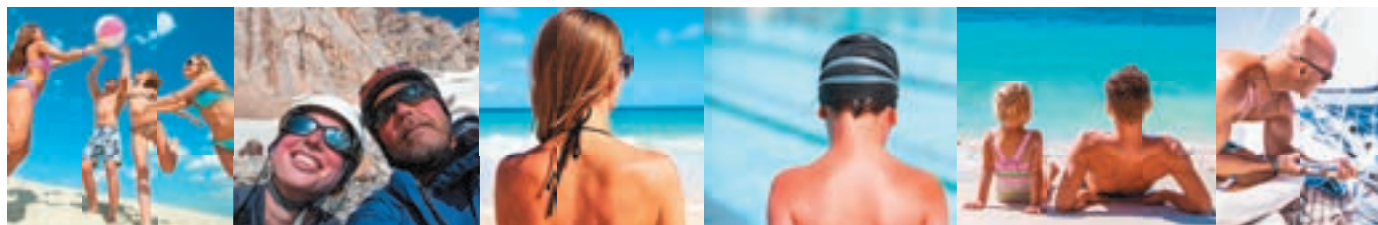


farma7

Settimanale di notizie sul mondo farmaceutico

Scottature ed eritemi solari?



Da oggi c'è

CONNETTIVINA SOLE

spray 50 ml
per grandi superfici
Oltre 260 erogazioni.
Senza gas propellente.



novità



crema gel 30 g
per piccole superfici
(décolleté, viso, mani etc.)



fidia
farmaceutici

OUR PASSION, YOUR HEALTH.

CONNETTIVINA SOLE

CONNETTIVINA SOLE è una preparazione a base di **Acido ialuronico** ed estratto di semi di **Avena** che, favorendo l'idratazione ed il **ripristino della barriera cutanea**, esercita un'azione **lenitiva e calmante** della pelle.

Le **due** formulazioni sono arricchite con **Olio di Echium**, protettivo della barriera cutanea, **Vitamina E** e **Olio di Crusca di Riso** dalle proprietà antiossidanti, **Ceramide** ad attività liporestitutiva e **Dragosine** che aiuta a proteggere dal danno UV.



spray € 12,00



crema gel € 9,00

EROGAZIONE ANCHE A FLACONE CAPOVOLTO
L'erogazione dello spray può essere effettuata anche a flacone capovolto consentendo il raggiungimento di zone difficili.

Dispositivi Medici CE

Texture fluide a rapido assorbimento - Non ungono
PARABEN FREE - SENZA CONSERVANTI

Sono Dispositivi Medici **CE**. Leggere attentamente le avvertenze o le istruzioni per l'uso.

Per maggiori informazioni potete contattare il vostro Agente di zona Fidia Farmacia oppure scrivere a info@fidiafarmacia.it

farma7

Settimanale di notizie sul mondo farmaceutico

● **Il Punto**

23/24

PIANO CRONICITÀ: AMPIO SPAZIO AL RUOLO DELLA FARMACIA

Il progetto nazionale per la gestione delle patologie croniche redatto dal Ministero della Salute dedica uno specifico capitolo alle farmacie, anche coinvolgendole in attività di educazione sanitaria e prevenzione e in iniziative per favorire l'aderenza alla terapia, secondo protocolli condivisi con specialisti e medici di medicina generale (a pag. 3).

**Corso Fad
del professor
Fabrizio Pregliasco
sulla vaccinazione
antinfluenzale**

**Finanziamenti
Inail alle imprese
Pubblicati
gli elenchi
delle domande**

**Progetto formativo
Federfarma-Aiipa
È on line
il corso 2016
di Farmintegra**



Organo ufficiale della **federfarma** (www.federfarma.it)

Vedi Pensa



Leggi qualità



La qualità è il cuore del mondo Pensa Pharma.

Qualità dei nostri farmaci equivalenti, prodotti in Europa secondo la più avanzata tecnica farmaceutica.

Qualità del nostro servizio sempre attento alle esigenze del cliente.

pensa

Passione equivalente.

Il Punto

La nostra figura professionale valorizzata dal progetto ministeriale

PIANO CRONICITÀ: AMPIO SPAZIO AL RUOLO DELLA FARMACIA

La cura delle malattie croniche è una delle sfide cruciali per la sostenibilità del Ssn. L'aumento dell'età media comporta l'incremento delle patologie croniche che richiedono cure prolungate e spesso anche costose. Gli ultra65enni (7,5 milioni di persone) consumano dai 5 ai 9 farmaci al giorno (dati Aifa), 1,4 milioni di persone consumano più di 10 farmaci al giorno. Vanno poi soprattutto considerati i costi per le cure mediche, l'assistenza infermieristica e no, e i ricoveri ospedalieri nel caso in cui la patologia cronica non sia tenuta sotto controllo.

La sfida alla cronicità è una "sfida di sistema" che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita. Partendo da questo presupposto, il Ministero della Salute ha redatto il Primo Piano nazionale della Cronicità voluto dal ministro Beatrice Lorenzin.

Il piano, trasmesso alle Regioni per la loro condivisione, punta al coinvolgimento e alla responsabilizzazione di tutte le componenti in un macrosistema formato non solo dai servizi, ma anche da tutti gli attori istituzionali e sociali che influenzano la salute della comunità e dei singoli cittadini.

Un passaggio fondamentale, delineato dal Piano, è costituito dal riequilibrio e dall'integrazione tra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale. L'attuazione di tale nuovo modello è uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi

sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dai cambiamenti epidemiologici, demografici e sociali.

L'ospedale deve essere concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità che deve interagire con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria grazie a nuove formule organizzative che permettano di assistere sul territorio i pazienti dimessi dall'ospedale attraverso apposite reti multispecialistiche.

In questo quadro, le cure primarie rappresentano un sistema che integra gli operatori del territorio con quelli dell'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale. L'obiettivo è quello di eliminare la discontinuità tra assistenza primaria, specialistica territoriale e degenza ospedaliera, dando origine a un percorso fluido in cui il paziente non è mai abbandonato a sé stesso.

Grande importanza viene data dal Piano alle cure domiciliari per mantenere il più possibile il malato al proprio domicilio senza far ricadere sulla famiglia tutto il peso dell'assistenza al malato. Le cure domiciliari sono oggi erogate in maniera molto diversificata a livello locale e l'obiettivo dei prossimi anni è quello di recuperare i ritardi e ridurre le disuguaglianze territoriali anche grazie alla diffusione delle nuove tecnologie di teleassistenza, teleconsulto e telemonitoraggio. Necessaria ovviamente la massima integrazione tra i servizi sanitari territoriali e quelli socio-assistenziali.

Un altro caposaldo del Piano è la demedicalizzazione, una prospettiva che richiede

un maggior coinvolgimento di tutte le figure professionali con l'obiettivo di promuovere la prevenzione e la diagnosi precoce, in modo da ridurre, a monte, l'impatto sociale ed economico delle patologie croniche. Tutto ciò grazie a un buon controllo della malattia, alla prevenzione delle complicanze e della comorbidità e disabilità e utilizzando nel migliore dei modi le risorse economiche, professionali e organizzative disponibili.

In questo contesto, il Piano dedica un capitolo specifico al ruolo delle farmacie, con l'obiettivo di promuovere un loro coinvolgimento nelle attività di educazione sanitaria e prevenzione primaria e secondaria e per l'aderenza alla terapia, secondo protocolli condivisi con specialisti e medici di medicina generale.

Tale coinvolgimento è reso possibile dal fatto che -come sottolinea il Piano- le farmacie sono presidi del Ssn sul territorio e costituiscono uno dei punti di riferimento per il malato cronico e per la sua famiglia in quanto rappresentano il più agevole punto di accesso al Servizio sanitario nazionale.

"Le relazioni di prossimità del farmacista e il suo ruolo professionale -sottolinea il documento- gli permettono di instaurare un rapporto di confidenza con gli utenti abituali e di svolgere una funzione potenzialmente attiva nell'educazione, informazione e assistenza personalizzata. In particolare, le farmacie possono conseguire significativi obiettivi in termini di prevenzione primaria e secondaria nel rispetto di protocolli condivisi con il team specialistico e con i medici di famiglia/pediatrati, anche per quel

che riguarda l'aderenza dei trattamenti a lungo termine”.

Il Piano prende atto che “negli ultimi anni la farmacia sta assumendo in Italia una nuova identità, trasformandosi da farmacia in senso tradizionale in centro poli-funzionale improntato alla Pharmaceutical Care, nonché in un luogo di promozione e produzione della salute”. Tale percorso è stato delineato dalla normativa sulla Farmacia dei servizi che “può rappresentare il luogo in cui la popolazione potrà trovare una prima risposta alle proprie domande di salute. Per garantirla, il nuovo farmacista dovrà acquisire competenze e nuove attitudini che facilitino il paziente anche nell'accesso alle cure e alle prestazioni”.

In questa direzione sta già andando l'attività di Federfarma, che, con il supporto di Promofarma, ha predisposto una serie di strumenti operativi, messi a disposizione delle farmacie per consentire la concreta attuazione della Farmacia dei servizi. È il caso delle piattaforme DigitalCareFarma, che agevolano le farmacie nell'erogazione

di prodotti e nuovi servizi. Sono attive piattaforme per le prestazioni di telemedicina, e ne usufruiscono oltre 2.000 farmacie, per la prenotazione di prestazioni di altri operatori sociosanitari, come infermieri e fisioterapisti, e recentemente è stato attivato il portale DottorFarma. Tramite tale sito le farmacie possono arruolare pazienti cronici e monitorarne l'andamento della terapia. In una prima fase, sono coinvolti i pazienti che soffrono di patologie respiratorie ed è prevista una fase articolata di formazione dei colleghi per mettere la farmacia in grado di affrontare al meglio patologie di diffusione crescente. Più in generale, le piattaforme permettono alle farmacie un attento monitoraggio delle prestazioni erogate e dei costi sostenuti e semplificano l'attuazione delle novità previste dalla sanità digitale (ricetta elettronica, fascicolo sanitario elettronico e dossier farmaceutico).

Per il momento, tali servizi sono erogati con oneri a carico del cittadino, in attesa di siglare la nuova convenzione con il Ssn, le cui trattative dovrebbero partire a bre-

ve, come assicurato dall'assessore Massimo Garavaglia, presidente del Comitato di settore della Sanità delle Regioni. Il rinnovo della Convenzione è tra i punti centrali dell'attività di Federfarma. Uno degli obiettivi della Convenzione sarà quello di assicurare una maggiore omogeneità nell'accesso al farmaco e ai nuovi servizi su tutto il territorio nazionale. Sulla base di quanto previsto dal Piano per la cronicità, Federfarma punta proprio a inserire le prestazioni previste dalla normativa sulla Farmacia dei servizi nei Livelli essenziali di assistenza, in modo che si possano tradurre in realtà i principi e gli obiettivi previsti dal Piano e i cittadini possano usufruire dello stesso livello di servizio su tutto il territorio.

Se la cronicità è la sfida del futuro, è fondamentale che tutti gli attori del sistema e i decisori pubblici abbiano ben chiaro che la farmacia è una risorsa preziosa e indispensabile per garantire la salute della collettività a costi sostenibili.

Il Consiglio di Presidenza

**Si comunica ai Signori Farmacisti
che dal 01/07/2016**

EG® S.p.A. aderirà ad ASSINDE

Assinde provvederà, quindi, al ritiro, allo smaltimento e all'indennizzo dei resi farmaceutici per conto di EG® S.p.A. secondo quanto stabilito dal Vigente Accordo Interassociativo.

L'adesione di EG® S.p.A. ad Assinde avverrà con l'apertura dei conferimenti della Prima Tranche 2016 (invendibilità/scadenza maturata nel primo semestre 2016) e sarà limitata ai soli farmaci con obbligo di prescrizione medica (indipendentemente dalla classe di rimborsabilità), mentre saranno esclusi da questo servizio i farmaci SOP, OTC, gli integratori, i medical device ed i cosmetici.

Quando scelgo un generico, chiedo EG®

UN'ALTRA CONDANNA ANTITRUST PER AVRON E IPDM: PRATICHE SLEALI

Dopo aver subito due condanne da parte dell'Antitrust per pratiche commerciali sleali, la società slovacca Avron, assieme alla greca IpdM, è tornata nel mirino dell'Antitrust, che ha recentemente condannato le due società per inottemperanza alle decisioni prese, a suo tempo, a loro carico.

Il caso è strettamente legato alla condanna pubblicata il 28 maggio del 2014 (cfr. circolare Federfarma n. 267/2014), con la quale si sanzionavano le due società per immotivate richieste di pagamento inoltrate a microimprese (tra le quali anche alcu-

ne farmacie), in seguito a presunte iscrizioni a un fantomatico "Registro del mercato nazionale" delle imprese.

Dopo la condanna del 28 maggio 2014, le due società hanno continuato, per tutto il 2015, a inviare richieste di pagamento a molte piccole imprese, chiedendo di completare il versamento della somma dovuta in pochissimo tempo (una settimana) e minacciando, in caso di mancata corrispondenza nei tempi dovuti, l'iscrizione a ruolo di decreti ingiuntivi con richiesta di risarcimento delle somme dovute e dei corrispettivi interessi di mora e spese legali. In

tutte le precedenti comunicazioni Federfarma ha sempre consigliato alle farmacie di non dar seguito ad alcun versamento, data l'evidente illegittimità di tali richieste.

L'ultimo atto della querelle tra Antitrust e le suddette società è la decisione di condanna da parte dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato, pubblicata il 16 maggio 2016, per non aver ottemperato al pagamento delle sanzioni inflitte nel 2014 - pari, rispettivamente, a 500.000 euro per Avron e a 50.000 euro per IpdM - e per non aver cessato le illegittime richieste, alle imprese, di versamento di denaro.

La nuova sanzione stabilita per inottemperanza al provvedimento Antitrust del maggio 2014 è pari a 600.000 euro a carico di Avron e a 100.000 euro per IpdM. (ML)

CREDIFARMA: SENTENZA POSITIVA A CROTONE

Credifarma, la finanziaria dei farmacisti Federfarma, dà con soddisfazione la notizia che "la Regione Calabria ha emanato il decreto di liquidazione a definizione del giudizio che Credifarma ha intentato nei confronti dell'Azienda sanitaria provinciale di Crotone e della Regione Calabria per ottenere il pagamento degli interessi che non erano stati corrisposti ai farmacisti all'esito della cosiddetta cartolarizzazione concordata a livello regionale nel periodo 2006/2007 per più di due milioni di euro".

Commenta l'amministratore delegato di Credifarma Marco Alessandrini: "La sentenza accoglie appieno le pretese azionate da Credifarma nell'interesse dei titolari di farmacia ed è particolarmente apprezzabile, considerato che vengono riconosciuti integralmente gli interessi moratori ex Decreto legislativo n. 231/2002, che, come noto, sono particolarmente remunerativi. Pertanto, i nostri clienti recuperano somme di gran lunga superiori agli interessi corrisposti per ottenere i finanziamenti delle mensilità".

CORSO ICQ EDIZIONE 2016

Il corso Icq per "informatore cosmetico qualificato", realizzato da Cosmetica Italia, l'associazione italiana delle imprese del settore, con l'Università di Ferrara, è giunto alla nona edizione. A breve sarà disponibile il bando. Il corso ha come obiettivo la formazione di nuove figure professionali nel settore cosmetico, operatori qualificati dotati di competenze scientifiche, culturali e di marketing adeguate a entrare nel mondo del lavoro come informatori cosmetici, beauty consultant, promoter per le aziende e responsabili di reparto per i punti vendita. Il piano di studi prevede la trattazione di discipline scientifiche, socioculturali e di marketing; la durata del corso è di sei mesi; il corpo docente è composto da professori universitari e da professionisti del settore. Il bando sarà scaricabile dai seguenti siti: www.informatorecosmeticoqualificato.it - www.cosmeticaitalia.it - www.ciefferre.it - www.unife.it.

Sono stati attivati anche un blog tematico e una pagina Facebook, www.informatorecosmeticoqualificato.it/blogicq, e viene editata la newsletter Cosmesi 3.0.

IL NUOVO CDA DI UNICO

Nuovo consiglio di amministratore per Unico - La Farmacia dei farmacisti (distributore farmaceutico intermedio interamente di proprietà di farmacisti). Dopo quattordici anni sono cambiati presidente e amministratore delegato: il presidente uscente Cesare Marrè ha lasciato il posto a Riccardo Ludergnani e all'amministratore delegato Aldo Pesenti è subentrato Lorenzo Vitali. La nuova composizione del cda è dunque la seguente: presidente Riccardo Ludergnani; vicepresidente e amministratore delegato Lorenzo Vitali; consiglieri: Paolo Agostinelli, Enrico Bruschi, Alberto Costanzelli, Giuseppe De Filippis, Giuseppe Franzan, Stefano Gino, Maurizio Masetti Calzolari, Maurizio Pace, Antonio Elia Peroni, Aldo Pesenti, Arrigo Polinetti, Alfredo Procaccini, Dario Rimondi, Stefano Rossi.

AD AGRIGENTO PARTE IL SERVIZIO CUP

Atifar-Federfarma Agrigento ha sottoscritto con l'Azienda sanitaria provinciale un protocollo d'intesa per l'attivazione del servizio Cup (prenotazione di prestazioni specialistiche per via informatica e riscossione di ticket) presso le farmacie presenti nella provincia. Il servizio sarà operativo dopo un breve corso formativo destinato a titolari, direttori responsabili e collaboratori di farmacia.

Le farmacie che aderiscono alla convenzione potranno effettuare prenotazioni per esami specialistici sia presso le strutture ospedaliere e territoriali dell'Asp di Agrigento, sia presso gli specialisti accreditati esterni e contrattualizzati. Per prenotazioni e pagamento dei ticket non sono previsti oneri a carico del Servizio sanitario regionale.

Regioni&Sanità

Ufficio Rapporti Istituzionali Federfarma

TOSCANA

La Regione, a conclusione di un percorso partito all'inizio degli anni 2000 con la costruzione di una rete assistenziale di diagnosi e cura, ha dato avvio al Centro regionale di ascolto per le malattie rare, un servizio telefonico a cui si possono rivolgere i malati e i loro familiari, come pure i medici curanti o altri operatori coinvolti. Per sensibilizzare i cittadini e informare sulle opportunità offerte da questo servizio, la Regione ha diffuso uno spot che sarà rilanciato in modo da raggiungere il maggior numero di persone possibile. Il Centro aiuta i malati a orientarsi nel percorso di cura e a superare difficoltà di tipo assistenziale, psicologico o

sociale. Operatori qualificati rispondono al numero verde regionale 800.880101, attivo dalle 9 alle 18, dal lunedì al venerdì. Attiva anche una mail dedicata, all'indirizzo: ascolto.rare@regione.toscana.it. Il centro si avvale di una rete multidisciplinare di referenti appartenenti alle Aziende sanitarie regionali e ad associazioni (coordinatori della rete dei presidi delle malattie rare, referenti aziendali, psicologi, assistenti sociali). Gli operatori, psicologi e psicoterapeuti, rispondono a bisogni di pazienti, familiari e operatori, inerenti a informazioni e orientamento rispetto a strutture, specialisti e servizi, con interventi di problem solving, ascolto e supporto emotivo-psicologico. (URIS.RR)

Egregi dottori,

Swedish Orphan Biovitrum S.r.l. è stata designata come rappresentante locale per Italia, Grecia, Malta, San Marino, Città del Vaticano e Cipro del medicinale:

CYANOKIT® 5g polvere per soluzione per infusione

Per eventuali informazioni riguardanti CYANOKIT®, potete contattare:

Alloga Italia Srl

Corso Stati Uniti, 9/A - 35127 Padova

Tel: 049.8700344 Fax: 049.8700432

Email: alloga.ordini@alloga.it - PEC: alloga.ordini@pec.alloga.it

Swedish Orphan Biovitrum Srl

(P.IVA/C.F. 05288990962)

Via Licinio Ferretti, 5/A - 43126 Parma

Tel: 0521.1911100 Fax: 0521.030752

Email: mail.it@sobi.com

VEMEDIA PHARMA è lieta di presentarvi:



- Utile alla funzionalità delle Vie Urinarie.
- Può essere utilizzato da solo (tra un ciclo e l'altro di Roter Cistiberry) o in associazione agli antibiotici, grazie alla presenza al proprio interno sia di prebiotici e sia di probiotici.
- È l'integratore alimentare con ben 100 mg di PACS (proantocianidine).



Prezzo al pubblico consigliato: € 17,50

Inoltre VEMEDIA PHARMA è lieta di comunicare ai Signori Farmacisti che:

valeriana e lippolo
DISPERT®

200 mg + 68 mg compresse rivestite
Estratto di Valeriana / estratto di Lippolo
20 compresse rivestite

MEDICINALE VEGETALE TRADIZIONALE PER
IL SOLLIEVO DELLA SINTOMATOLOGIA LIEVE
ASSOCIATA ALLO STRESS MENTALE



AIC n. 043086014
P.P. consigliato euro 13,99

È stato riclassificato (G.U. 05-05-2016) da SOP a **farmaco da banco**

STRUTTURA DI VENDITA DI ZONA:

LIGURIA	PIEMONTE VALLE D'AOSTA SARDEGNA	LOMBARDIA-TRIVENETO EMILIA ROMAGNA MARCHE	TOSCANA-UMBRIA ABRUZZO MOLISE-LAZIO	CAMPANIA-PUGLIA BASILICATA	SICILIA CALABRIA
Agenti Diretti Vemedi Tel: 347.21.39.639			Farmaceutici Aristide Tonacci S.R.L. Tel. 081.5422293	S.A.F. Società Appula Farmaceutici S.R.L. Tel. 080.5354015	

Farmacia e sanità sulle pagine dei giornali e sul web

NUOVE FARMACIE E CAPITALE DUE TEMI IN PRIMO PIANO

“Il sistema della farmacia si sta muovendo”, risponde Annarosa Racca, interpellata sull’apertura di nuove sedi farmaceutiche e sull’ingresso dei capitali nella proprietà. Sul secondo tema, ribadito l’auspicio che si pongano vincoli per non far prevalere la logica commerciale su quella sanitaria

Un articolo di *Repubblica* parla della lentezza con la quale si è svolto il concorso straordinario per l’apertura di nuove sedi farmaceutiche prevista dal Decreto Cresci Italia del 2012 e del Ddl Concorrenza, che introduce il capitale nella proprietà della farmacia. “Il sistema sta comunque iniziando a muoversi. Del resto, non possono aprire tutti lo stesso giorno”, osserva Annarosa Racca, presidente di Federfarma nazionale. Per quanto riguarda il ddl, Racca commenta: “Se i capitali servono a rinforzare il sistema, va bene. Ma bisogna evitare che assumano il controllo, perché la logica commerciale non deve prevalere su quella sanitaria. Auspichiamo che vengano approvati gli emendamenti che prevedono una percentuale massima di farmacie nelle mani del capitale, e quindi delle multinazionali, a livello provinciale, regionale o nazionale” (*La Repubblica*, 30.5.16).

PIANO PER LA CRONICITÀ FARMACIE PRONTE

Il primo Piano nazionale per la cronicità arriverà presto in Conferenza Stato-Regioni, prevedendo la riorganizzazione del territorio, la rivisitazione del ruolo dell’ospedale, l’integrazione sociosanitaria e più attenzione alla prevenzione. Il presidente di Federfarma, Annarosa Racca, osserva che per la farmacia questo “significa dare concreta applicazione a quella che è la farmacia dei servizi” e garantire, insieme ai medici di medicina generale, un’assistenza domiciliare integrata che contempli anche la consegna dei farmaci e

dispositivi medici, fondamentale per una popolazione che invecchia”. Per Racca “Il rapporto con i medici è essenziale (come dimostra il protocollo di intesa recentemente siglato con Fimmg)” e “saremo a disposizione, come d’altronde già siamo, per dare risposte concrete ai cittadini”. Le farmacie possono garantire maggiore aderenza alle terapie, attività di prevenzione e diffusione delle vaccinazioni (*Farmacista* 33, 1.6.16).

SULLA SANITÀ DIGITALE LA MANNAIA DEI TAGLI

Il Governo ha previsto tagli fino al 50% sulla spesa informatica della pubblica amministrazione, una mannaia che rischia di abbattersi in futuro su ospedali e aziende sanitarie, bloccando il processo di digitalizzazione in atto. Nel 2015, secondo l’Osservatorio nazionale digitale in Sanità del Politecnico di Milano, l’Italia ha investito 1,3 miliardi di euro per i processi di e-health, pari all’1,2% del costo complessivo della salute pubblica. Si tratta di una spesa tra le più basse d’Europa, pari a 22 euro per abitante, in leggera diminuzione rispetto all’anno precedente, che riguarda soprattutto la diffusione della cartella clinica elettronica (*La Repubblica Affari e Finanza*, 30.5.16).

VARIE

Hpv. Aumentare la consapevolezza dell’impatto che il papillomavirus umano (Hpv) ha sul numero dei casi di tumore e far crescere l’adesione alla vaccinazione contro

il virus. È l’appello della Società americana di oncologia (Asco), pubblicato sulla rivista scientifica *Journal of Clinical Oncology*. “Vogliamo diminuire il carico di morti legate al cancro e salvare milioni di vite umane in tutto il mondo con la prevenzione. Serve un maggiore coinvolgimento degli oncologi nel garantire adeguata informazione e bisogna attivare le misure necessarie per una maggiore diffusione del vaccino”. Vaccino che in Italia è gratuito per le dodicenni, ma che non viene effettuato da tre ragazze su dieci (*Corriere della Sera*, 29.5.16).

Dpc in Calabria. “Le modalità con le quali si pratica la Dpc in Calabria hanno consentito di limitare il ricorso alla distribuzione diretta vera e propria, che incide solo per il 25% del totale dei farmaci di fascia A erogati agli assistiti. Se si considera il complesso dei farmaci acquistati dalle Asl e oggetto di distribuzione diretta o Dpc, la Calabria è la Regione con la minor quota di distribuzione diretta e la maggiore di Dpc”, spiega Alfonso Misasi, segretario di Federfarma nazionale e presidente di Federfarma Cosenza. In altre Regioni, invece, “dove la spesa per farmaci in distribuzione diretta incide in misura assai maggiore, la Dpc viene spesso usata anche per la distribuzione di farmaci di prezzo basso” (*Farmacista* 33, 28.5.16).

Salute femminile. “La donna svolge un ruolo da protagonista in tanti contesti: nel lavoro, nel sociale, nella cultura, nella promozione della salute e della prevenzione. È capace di prendersi cura degli altri, di fare spazio accogliendo agli altri, a cominciare dallo spazio dentro di sé per il bambino durante la gravidanza, nutrendolo e difendendolo dalle malattie. La tutela di una maternità sana e consapevole non è solo una scelta individuale

Mylan è lieta di annunciare ai signori Farmacisti che da Maggio sarà disponibile

GoGanza

13,8 g polvere
per soluzione orale

Indicazioni terapeutiche ⁽¹⁾

- Per il trattamento della stipsi cronica in adulti e adolescenti sopra i 12 anni.
- **GoGanza** è anche in grado di risolvere il fecaloma, definito come stipsi refrattaria con carico fecale nel retto e/o nel colon.

Posologia ⁽¹⁾

- **1-3 bustine al giorno** suddivise in dosi, a seconda della risposta individuale.

Ogni bustina contiene la seguente composizione quantitativa di principi attivi:

Macrogol 3350	13,125 g
Sodio cloruro	350,7 mg
Sodio idrogeno carbonato	178,5 mg
Potassio cloruro	46,6 mg



Classe C-RR

Prezzo al pubblico: € 10,00

20 bustine in Ca/Ema/Al

Numero AIC 044007019

Medicinale soggetto a prescrizione medica

Depositato presso AIFA in data 10/05/2016 ID: 36/2016
Per ulteriori informazioni consultare l'RCP accedendo all'area riservata del sito www.mylan.it

1. GoGanza - Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto

 **Mylan**
Seeing
is believing



Accu-Chek Aviva: facile fare il test, facile avere fiducia.

Accu-Chek Aviva è il misuratore di glicemia pensato per chi ricerca la facilità d'uso e un'accuratezza senza compromessi.

- Pronto all'uso
- Nessuna codifica da effettuare
- Accurato: risponde ai requisiti di accuratezza richiesti dalla norma ISO 15197:2013
- Risultati pre e post prandiali evidenziabili
- Media glicemia 7, 14, 30 e 90 giorni
- Design moderno e discreto

Experience what's possible.

Numero Verde
800-822189

Numero Verde per avere assistenza tecnica sull'utilizzo dei prodotti della linea Accu-Chek e per richiedere la sostituzione gratuita degli strumenti in garanzia.

ACCU-CHEK®

bensi costituisce un valore sociale incommensurabile, un investimento sul futuro che il Paese deve valorizzare. Tutelare la salute della donna significa tutelare la salute di un'intera famiglia e di un'intera società". Proprio in questa consapevolezza, spiega il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, all'interno delle attività programmate per la I Giornata nazionale sulla Salute della donna è stato promosso il Manifesto per la Salute al femminile, dall'infanzia alla terza età, con le azioni che il Ministero si impegna ad attuare nei prossimi 5 anni (*Ok Salute e Benessere*, 28.5.16).

Farmacia integrata nel Ssn. Definire modalità di erogazione dei farmaci omogenee sul territorio nazionale, consentire la distribuzione in farmacia di tutti i medicinali a carico del Ssn, compresi quelli innovativi, reinvestire nel servizio farmaceutico i risparmi generati con gli sconti a favore del Ssn e le varie trattative, che valgono 800 milioni di euro l'anno, definire i requisiti per la remunerazione dei servizi aggiuntivi. Sono le priorità indicate dal presidente di Federfarma Annarosa Racca alla prima assemblea pubblica della Federazione che si è svolta a Roma. L'obiettivo generale è fare in modo che decisori politici e stakeholder guardino al mondo della farmacia e del farmaco "non più come a una voce di costo da comprimere, ma come a uno strumento di salute e di risparmio su cui investire" (*Il Sole 24 Ore Sanità*, 31.5.16).

Scienza e assistenza. Non essere lasciati soli. Questa è la richiesta, legittima e costante, di quanti affrontano una diagnosi di malattia neurologica progressiva, oggi senza cura. "Mentre la scienza indaga e la medicina sperimenta -dice la scienziata e senatrice Elena Cattaneo- c'è molto altro che si può fare oggi per queste famiglie. Servono istituzioni sane, capaci di attuare politiche sociali che diano le stesse garanzie a tutti, dal nord al sud del Paese, e che abbiano la flessibilità necessaria nei confronti di malattie che nel tempo cambiano e necessitano di interventi diversi a seconda dello stadio in cui sono. È vitale anche aiutare un associazionismo sano e in grado di far conoscere e far valere per tutti istanze imprescindibili" (*La Repubblica*, 31.5.16).

I vaccini e la stampa. Pochi giorni fa a Torino una neonata di due mesi è morta nella culla, poco dopo l'ultima poppata. I giornali hanno riportato la notizia legandola ai vaccini:

la bimba era stata sottoposta il giorno precedente alla vaccinazione esavalente. In realtà, le due cose non sono affatto legate: la piccola è morta, come accertato dall'autopsia, a causa della sindrome della morte improvvisa del lattante (Sids). Anche la stampa -scrive il *Foglio*- ha le sue responsabilità riguardo al fenomeno del calo delle vaccinazioni: in nome del sensazionalismo si alimentano panico e preoccupazione, che inducono a false credenze mettendo a rischio la salute e la vita, in questo caso, dei bambini (*Il Foglio*, 31.5.16).

Bimbi vegani. A Milano ad aprile è stato aperto un asilo nido completamente vegano. In Italia oggi quasi una persona su dieci fa a meno della carne e spesso le scelte dei genitori ricadono sui figli. Il rischio principale è la mancanza di vitamina B12, presente in carne, pesce, uova e latte. La carenza di questa vitamina compromette la formazione dei neuroni, causando danni allo sviluppo del cervello. Altra causa di diete carenti possono essere le allergie inesistenti, ipotizzate in base ai risultati di test sbagliati (*La Repubblica*, 1.6.16).

Sostanze dopanti e sequestri di farmaci. Testosterone, ormoni della crescita, steroidi, eritropoietina: sostanze dopanti acquistate su siti web registrati in Belgio e in Olanda, trasportate per via aerea da India, Moldavia, Ucraina e Stati Uniti. Fiale e compresse destinate a palestre, sportivi (professionisti e no) e improvvisati commercianti. Nel 2015 sono state 13.840 le confezioni di sostanze dopanti sequestrate alla dogana Milano 3, con sede all'aeroporto di Linate. Oltre il doppio rispetto alle 6.185 intercettate l'anno prima. Lo scorso anno, sempre a Linate, sono stati sequestrati 740.855 farmaci, quantità dieci volte superiore a quella del 2014. "L'esplosione del fenomeno, sia per le sostanze dopanti sia per i farmaci, si spiega in parte con l'aumento del volume complessivo della merce acquistata on line e giunta in Italia con trasporti aerei" spiega il direttore dell'Ufficio delle dogane di Milano 3 (*La Repubblica*, 1.6.16).

Si alla terapia genica. Per la prima volta la Commissione europea ha autorizzato la commercializzazione di una terapia genica basata sulle cellule staminali, destinata al trattamento di bambini affetti da una rarissima malattia chiamata Ada-Scid (immunodeficienza severa combinata da deficit di adenosina-deaminasi). La terapia è stata sviluppata

dall'Ospedale San Raffaele di Milano e dalla Fondazione Telethon e poi portata avanti dalla GlaxoSmithKline. L'Ada-Scid è una malattia che in Europa colpisce ogni anno 15 bambini ed è causata da un gene alterato, ereditato da entrambi i genitori, che blocca la produzione della proteina adenosina-deaminasi, necessaria per la produzione dei linfociti. I bambini affetti da Ada-Scid, quindi, non sviluppano un sistema immunitario sano e non possono combattere le infezioni più comuni (*La Stampa Tutto Scienze*, 1.6.16).

Tumori: cure d'avanguardia sempre più care. È la preoccupazione dominante in tutti i Paesi. In Italia per le terapie oncologiche abbiamo speso 4 miliardi nel 2015. "Ma non è nulla in confronto a quello che accadrà con l'arrivo delle immunoterapie che costano ancora di più e sono aspecifiche, dicono i medici: saranno somministrate a tutti i malati perché non c'è modo di sapere in anticipo se funzioneranno" (*La Repubblica*, 3.6.16).

Case della Salute: garanzie per la conservazione dei farmaci. Le farmacie private e pubbliche hanno da tempo dato la propria disponibilità alla Ausl per svolgere la cosiddetta "distribuzione per conto" dei farmaci, con l'obiettivo di sposare il potere contrattuale delle Asl con la capillarità territoriale delle farmacie. Lo ricorda il presidente di Federfarma Modena, Silvana Casale, commentando l'episodio di sabato scorso, quando alcuni farmaci della Casa della Salute sono stati trasferiti nel frigorifero di un bar a causa di un distacco di corrente elettrica (*Prima Pagina*, 3.6.16).

Posta una volta al mese: la denuncia di una farmacia. Il titolare di una farmacia storica di Dolo denuncia di ricevere ogni 30/40 giorni corrispondenza da parte di chi si serve dello spedizioniere Nexive, una ditta che, con la liberalizzazione del servizio postale, ha ottenuto l'appalto da parte di alcuni enti. "Arrivano fatture già scadute e questo mi mette anche in cattiva luce con i fornitori". Vi sarebbero stati altri disservizi simili e nei mesi scorsi cittadini di Mira, paese vicino, avevano ricevuto solleciti di pagamento di utenze le cui fatture non erano mai state consegnate (*Il Gazzettino di Venezia-Mestre*, 2.6.16). (US.SM - 7967/258 - 6.6.16)

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

VACCINI PER USO UMANO INDAGINE CONOSCITIVA DELL'ANTITRUST

L'Antitrust ha pubblicato la conclusione della sua indagine conoscitiva sui vaccini a uso umano, consigliando ai decisori politici di eliminare alcune criticità concorrenziali attraverso una serie di interventi mirati. Si va dall'utilizzo del concetto di equivalenza terapeutica a una maggiore trasparenza informativa, dall'incentivazione alla produzione di generici fino al posizionamento in classe A, anziché in C, di tale categoria di farmaci.

Lo scorso 24 maggio l'Autorità Antitrust ha pubblicato sul proprio sito la conclusione dell'indagine conoscitiva relativa ai vaccini per uso umano iniziata nel maggio 2015 (cfr. www.federfarma.it). Tale indagine ha come scopo principale quello di fornire alle istituzioni competenti alcune raccomandazioni relative all'eliminazione di alcune criticità che minano il contesto concorrenziale di tale classe di farmaci. Spetterà poi ai decision maker la scelta di adottare o meno le necessarie misure per introdurre maggiore concorrenza in un settore che, attualmente, registra un valore di vendite annue in Italia pari a circa 300 milioni di euro, a fronte di un fatturato mondiale superiore a 23 miliardi di euro.

Pur se il valore della spesa farmaceutica pubblica in vaccini risulta contenuto, l'Antitrust ha comunque sottolineato l'importanza di "presidiare" sotto il profilo concorrenziale un settore che oggi, a differenza del passato, ha ampi spazi di crescita futura anche e soprattutto in considerazione delle recenti scoperte di vaccini terapeutici.

Nel preliminare esame svolto sulle caratteristiche di tale mercato, l'Autorità ha evidenziato come nell'ordinamento italiano viga un **sistema di trattamento sanitario obbligatorio** per quanto riguarda alcuni vaccini e/o alcune categorie di cittadini. La somministrazione dei vaccini avviene attraverso le strutture regionali del Ssn, in quanto tale attività obbligatoria di vaccinazione è stata ricompresa nei Lea, Livelli essenziali di assistenza sanitaria, introdotti di fatto nel 2001 e attualmente in fase di revisione. A latere del regime obbligatorio, ma sempre inseriti nei Lea, convivono i **vaccini raccomandati** dai Piani nazionali di prevenzione vaccinale (Pnpv), la cui presa in carico è di competenza regionale sulla base delle rispettive disponibilità economiche. Non inganni il termine "raccomandati", in quanto anche tale tipologia, proprio perché inserita nei Lea, è considerata essenziale e quindi a carico del Ssn.

In realtà, l'effettiva obbligatorietà delle vaccinazioni ha perso via via, nel corso degli ultimi venti anni, le sue caratteristiche "universalistiche" in seguito alla decisione di eliminare l'obbligo di

certificare gli adempimenti vaccinali ai fini dell'iscrizione dei minori alla scuola dell'obbligo (gennaio 1999) e alle affermazioni delle autonomie locali (riforma costituzionale del 2001), esplicitata con le decisioni delle Regioni (il Veneto prima fra tutte) di sospendere gli obblighi di vaccinazione per i nuovi nati. Considerato il nuovo contesto, per l'Antitrust è da condividere la posizione dell'Aifa di abbandonare la distinzione tra vaccini obbligatori e raccomandati per adottare un sistema flessibile, che prenda in considerazione una graduazione di raccomandabilità dei vaccini, con chiari indici di priorità per quelli che rispondono a esigenze sanitarie primarie.

Nel vigente Pnpv 4 vaccini sono considerati come obbligatori, 9 come raccomandati (*elenco a pag. 20*), con somministrazioni destinate perlopiù a minorenni. Come è noto, il Pnpv è un accordo stipulato tra il Ministero della Salute e la Conferenza Stato-Regioni.

L'attuale preliminare di accordo per un nuovo Pnpv, da includere nell'imminente revisione dei Lea, dovrebbe portare -secondo alcune stime e in considerazione dell'inserimento di nuovi vaccini raccomandati- a un raddoppio dell'attuale spesa, ovvero dagli attuali 300 milioni a oltre 600 milioni di euro.

In considerazione di ciò, nonché delle ricorrenti tensioni sulle effettive risorse economiche disponibili, l'Antitrust raccomanda di seguire il parere dell'Aifa sulla necessità di svolgere approfondite valutazioni di Hta (*Health technology assessment*) prima dell'inclusione di un nuovo vaccino nel Pnpv, ciò al fine di valutare non solo il rapporto di rischio/beneficio, ma anche quello di costo/opportunità.

L'indagine passa poi ad analizzare le **caratteristiche dell'offerta dei vaccini**, ovvero l'attività delle industrie produttrici, evidenziando, per prima cosa, come l'ambito produttivo sia fortemente concentrato in un vero e proprio oligopolio (4 imprese -Msd, Sanofi, Gsk e Pfizer- controllano tra l'80 e l'85% del mercato mondiale), abbastanza in linea, tuttavia, con i processi di acquisizione ricorrenti nel settore farmaceutico negli ultimi 20 anni.

La redditività del settore vaccinale è particolarmente elevata e superiore a quella dell'industria farmaceutica nel suo complesso: margine operativo netto del 30% contro il 21% dell'insieme dell'industria farmaceutica. Le previsioni sulla crescita futura del settore, infine, sono ampiamente positive, anche in considerazione della recente inclusione di alcuni vaccini, da parte dell'Oms, nella lista dei farmaci ritenuti essenziali.

Non è certamente da escludere, nell'evidenziazione di una redditività molto elevata del settore, la considerazione attinente alla loro qualità di prodotti di derivazione essenzialmente biologica,

qualità che ne preclude un efficace processo di genericazione.

La mancanza di alternative generiche/biosimilari è la motivazione principale per la quale, ad avviso dell'Antitrust, si rilevano nel mercato criticità concorrenziali. Oltretutto, non risultano richieste inoltrate all'Aifa, da parte di enti pubblici, in merito a valutazioni di *equivalenza terapeutica* (sulla base dell'art.15.11 ter, Legge n.135/2012 - la cosiddetta *Spending Review*) tra vaccini destinati al trattamento di una medesima patologia.

Passando, invece, all'analisi delle **politiche globali di fissazione del prezzo**, l'Antitrust ha evidenziato come la politica prevalente, intrapresa dalle industrie nel settore vaccinale in ambito europeo, sia quella della differenziazione o stratificazione dei prezzi per gruppi di Paesi economicamente comparabili, ciò al fine di garantire l'accesso ai vaccini in base alla rispettiva disponibilità a pagare dei singoli Stati membri.

Tuttavia, se tale policy potrebbe essere considerata efficiente in mercati diversi da quello del farmaco, in questo caso l'efficienza complessiva viene ridotta dall'asimmetria informativa a vantaggio delle industrie, asimmetria derivata dalle forti difficoltà per gli acquirenti di reperire informazioni comparative sia sui prezzi sia sui costi complessivi.

Tali asimmetrie informative derivano essenzialmente dagli accordi di riservatezza sui prezzi, che le industrie richiedono nell'ambito delle trattative con gli enti pubblici. D'altro canto, gli accordi di riservatezza possono anche risultare convenienti per la parte pubblica, ovvero quando siano definiti come contropartita per addivenire a prezzi più convenienti.

Secondo l'Antitrust, per quanto riguarda gli acquisti di vaccini da destinarsi al Ssn, le metodologie utilizzate hanno garantito una trasparenza informativa elevata e un prezzo comparabile a quello di Paesi europei con capacità di acquisto simile al nostro. Al contrario, sembrano invece sussistere notevoli differenze per gli acquisti effettuati da privati, dato il prezzo al pubblico particolarmente elevato fissato dalle industrie (*vedi tab. 2 pag. 56*).

Passando a esaminare le politiche dal lato della domanda, ovvero delle **procedure di fissazione del prezzo e di classificazione** di vaccini, la questione più interessante, ai nostri occhi, è quella relativa alla classificazione dei vaccini a carico del Ssn. Questi, infatti, a parte due eccezioni, *sono tutti classificati in fascia C*, quindi a carico dei cittadini e con il prezzo liberamente fissato dalle industrie senza contrattazione con la parte pubblica.

Questa, secondo l'Antitrust, è una profonda discrasia in quanto, **tenuto conto che il Ssn è chiamato a coprire integralmente i costi delle prestazioni vaccinali, non si spiega come mai i vaccini non vengano ricompresi in una classe (A o H) che preveda la contrattazione obbligatoria, tra industrie e parte pubblica, per la definizione del prezzo.**

È comunque vero che, a prescindere dall'obbligo o meno di negoziazione, i prezzi effettivamente pagati dal Ssn sono frutto delle dinamiche relative alle gare competitive che hanno sempre abbassato il prezzo di acquisto almeno fino al 50% del prezzo al pubblico e portato il prezzo medio Ssn a livelli comparabili con quello degli altri Paesi Ue.

Passando, infine, a un'analisi sulle risultanze delle gare di acquisto effettuate negli anni 2010-2015, l'Antitrust ha evidenziato come sarebbe stata possibile una maggiore concorrenza se fossero

pervenute all'Aifa, da parte delle stazioni appaltanti, richieste di pareri in merito alla legittimità dell'inclusione, nella medesima procedura di gara, di vaccini offerenti coperture vaccinali differenti.

Pertanto, nelle **raccomandazioni conclusive**, l'Antitrust ha auspicato che gli enti acquirenti utilizzino concretamente il concetto di **equivalenza terapeutica**, sebbene solo dietro preliminare valutazione di "conformità" basata su motivazioni scientificamente fondate, obiettive, indipendenti e univoche. Ciò acquisterebbe un peso particolarmente rilevante in caso di mercati sostanzialmente monopolistici.

La seconda raccomandazione, rivolta alle autorità sanitarie, è di **prevedere appositi piani di comunicazione** al fine di chiarire l'evoluzione della profilassi ai soggetti verso i quali l'offerta vaccinale viene destinata, ciò allo scopo di determinare una migliore consapevolezza rispetto alle scelte finali da adottare.

In terzo luogo, dato il notevole vantaggio competitivo per le imprese che godono dell'inclusione dei loro prodotti nell'elenco di quelli essenziali (Pnpv/Lea), l'Antitrust raccomanda come **le decisioni pubbliche di inclusione dei vaccini nell'elenco suddetto si basino anche sui profili di costo/efficacia** dei diversi prodotti vaccinali.

In quarto luogo, viene raccomandato alle autorità regolatorie di cercare di **valutare attentamente gli accordi di riservatezza sul prezzo finale d'acquisto**, in quanto tali accordi, seppur possono essere, in certi casi, vantaggiosi per l'acquirente, amplificano l'asimmetria informativa tra le parti. In generale, viene espresso l'auspicio che le parti pubbliche si organizzino attraverso una standardizzazione dei dati di gara e la loro reperibilità all'interno di fonti informative di agevole elaborazione.

Infine, viene considerato opportuno **modificare la classificazione dei vaccini, prevedendone lo spostamento in classe A**, con il conseguente passaggio dalla libertà di prezzo lasciata alle imprese alla contrattazione tra quest'ultime e la parte pubblica. Ciò permetterebbe ai pazienti, che decidessero volontariamente di sottoporsi a vaccinazione a loro spese, di disporre di prezzi più confacenti alla media dei prezzi praticati negli Stati europei comparabili con il nostro Paese.

Ad avviso dell'Antitrust, già al momento della contrattazione del prezzo **l'Aifa dovrebbe procedere, in via preventiva, ad affrontare la questione dei giudizi di equivalenza/sostituibilità** tra vaccini destinati al trattamento di una medesima patologia. (URI.ML - 7701/249 - 31.5.16)

PROGETTO "FARMINTEGRA"

È on line il corso 2016

Precedenti: circolare Federfarma prot. n. 13944/423 del 27 ottobre 2015 e n. 1651/43 del 2 febbraio 2015.

Federfarma segnala che è disponibile la sessione relativa all'anno 2016 **del corso Fad "Farmintegra"**, il progetto di formazione per una corretta gestione degli integratori alimentari in farmacia, promosso da Federfarma e Integratori Italia-Aiipa (Associazione italiana industrie prodotti alimentari). Si tratta di un corso Ecm Fad (10 crediti per il 2016) **offerto gratuitamente a tutti i titolari di farmacia aderenti a Federfarma e ai loro**

collaboratori: alla sessione 2015 hanno partecipato oltre 3.000 professionisti.

Dal banner presente nella home page del sito www.federfarma.it si accede a una pagina di istruzioni per attivare il percorso formativo sia per il titolare sia per i collaboratori. Al corso vero e proprio si accede dalla sezione riservata ai titolari di farmacia del sito internet www.federfarma.it. Per l'accesso è necessario essere registrati al sito di Federfarma. Agli utenti registrati che non hanno aggiornato di recente i propri dati, prima di accedere al corso, verrà chiesto di confermare o aggiornare i dati del proprio profilo.

Possono partecipare all'edizione 2016 del corso anche i colleghi che non hanno seguito la prima parte riguardante principalmente gli aspetti normativi e scientifici di tale categoria merceologica che sta avendo un notevole sviluppo in farmacia.

La prima parte dell'edizione 2016 del corso "La comunicazione del mondo integratori in farmacia e al consumatore" è già disponibile on line e approfondisce le seguenti tematiche:

- Il team: un approccio di squadra al modello
 - L'importanza della figura del responsabile di reparto
 - Le competenze chiave in termini di comunicazione efficace
 - La corretta comunicazione interna ed esterna del mondo integratori
 - Gli strumenti di comunicazione come supporto al consiglio
- La seconda parte del corso sarà disponibile on line da settembre 2016.

Il percorso Fad -che, per questa parte, è stato realizzato in collaborazione con Shackleton Consulting- è finalizzato ad approfondire i seguenti argomenti:

- gli strumenti per comprendere che cosa esporre, come comunicare a scaffale e quali informazioni è interessato a ricevere il consumatore
- consigli pratici dall'accoglienza alla conclusione della vendita, con un focus particolare sull'analisi dei bisogni per generare sinergie tra reparti e cogliere tutte le opportunità che il comparto integratori può offrire alla farmacia.

Vista la validità scientifica dell'iniziativa e l'importanza e attualità dei temi trattati, che riguardano un settore di grande interesse per la farmacia, si invitano tutti i colleghi a voler approfittare di tale opportunità, seguendo il corso in questione, formulando anche, al termine del corso stesso, eventuali suggerimenti e proposte per rendere sempre più efficace l'attività di formazione proposta. (URIS.PB - 7771/255 - 1.6.16)

FINANZIAMENTI INAIL ALLE IMPRESE

Publicati gli elenchi delle domande

L'Inail ha pubblicato gli elenchi cronologici delle domande inviate con l'indicazione di quelle ammesse al finanziamento.

Precedenti: circolare Federfarma prot. n. 72/3 del 5 gennaio 2016.

Facendo seguito alla circolare Federfarma n. 3 del 5/1/2016, concernente il bando Isi 2015 per la erogazione di finanziamenti alle imprese per il miglioramento dei livelli di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, si comunica che l'Inail ha avvisato di avere pubblicato sul proprio sito gli elenchi cronologici regionali stilati

secondo l'ordine di ricevimento delle domande inoltrate il 26 maggio 2016. L'Inail segnala che gli elenchi cronologici sono ordinati in base all'orario di ricevimento delle domande e i progetti ammessi al finanziamento sono contrassegnati dalla lettera "S".

Infine, l'Inail precisa che, **entro il 1° luglio 2016**, le imprese collocate in posizione utile devono trasmettere alla sede Inail territorialmente competente tutta la documentazione a completamento della domanda, utilizzando la posta elettronica certificata.

(UL.AC - 7966/257 - 6.6.16)

SISTRI

Publicato il nuovo Regolamento

Precedenti: circolare Federfarma 2877/93 del 1 marzo 2016 (Rinvio sanzioni Sistri al 31.12.2916), prot. n. 8057/196 del 28 aprile 2011 (D.M. 52/2011), prot. n. 11801/369 del 10 settembre 2014 (D.L. 91/2014).

Sulla G.U. n. 120 del 24 maggio 2016 è stato pubblicato il Decreto del Ministero dell'Ambiente 30 marzo 2016 n. 78 recante "Regolamento recante disposizioni relative al funzionamento e ottimizzazione del sistema tracciabilità dei rifiuti in attuazione dell'articolo 188-bis, comma 4-bis, del decreto legislativo 3 aprile 2006, n.152" (vedasi www.federfarma.it), in vigore dall'8 giugno 2016. Il provvedimento costituisce il nuovo "Testo Unico" del Sistri, in quanto abroga quello precedente introdotto con il Dm 52/2011 (cfr. precedenti) e introduce anche alcune semplificazioni per gli operatori, dando così applicazione all'art. 14, comma 2, del DL 91/2014 (cfr. precedenti).

A ben vedere, diverse novità devono essere ancora adottate, come quelle prese in esame dall'art. 2 del decreto in oggetto, relative alle procedure operative necessarie per l'accesso al Sistri, all'inserimento e trasmissione dei dati, in quanto dovranno essere definite con successivi decreti ministeriali o quelle relative alla nuova modulistica, ai manuali e alle guide sintetiche che dovranno essere predisposte dalla nuova società concessionaria (che prenderà il posto della società Selex), previo visto di approvazione del Ministero dell'Ambiente.

Per quanto concerne le farmacie, si segnala che il presente provvedimento non introduce novità di rilievo, in quanto conferma i principi e le procedure sinora acquisite quali l'obbligatorietà del sistema per i produttori di rifiuti pericolosi, l'utilizzo delle chiavette Usb, la compilazione della scheda Sistri - Area registro cronologico e quella Area movimentazione, oltre al pagamento del contributo annuale. Incidentalmente, si ricorda che, in base al Dm 24 aprile 2014, **le farmacie fino a 10 dipendenti che producono rifiuti pericolosi non sono obbligate ad iscriversi al Sistri**. Si ritiene utile ricordare che fino al 31 dicembre 2016 le sanzioni relative al Sistri sono sospese, tranne quelle relative al mancato pagamento della quota annuale per i soggetti obbligati all'iscrizione (cfr. precedenti) e vige il periodo del cosiddetto "doppio regime", che impone alle aziende obbligate al Sistri di garantire sia le scritture elettroniche che quelle cartacee (ossia la compilazione del registro di carico e scarico, del formulario di trasporto e del Mud). (UE.AA - 8027/261 - 8.6.16)

Love
my
Care

 GEDEON RICHTER



Trattamento locale della candidosi vaginale¹

Efficacia e Confort²

GUARIGIONE dalla MICOSI
in 7 GIORNI nel

77%
delle pazienti

terapia combinata
ovulo/crema

IL PRURITO SCOMPARE
dal 2° GIORNO nel

78%
delle pazienti

terapia combinata
ovulo/crema

TOLLERABILITÀ SISTEMICA
a giudizio delle pazienti

100%
ECCELLENTE

terapia combinata
ovulo/crema

Sertagyn[®]



Ovulo: il trattamento prevede
una somministrazione unica¹.

Classe SSN: C-SOP • PP: € 13,00

Sertaderm[®]



Crema: deve essere applicata
una o due volte al giorno³

Classe SSN: C-SOP • PP: € 10,00



TRIBUNALE DI MILANO

Sezione Specializzata in materia di impresa - A

ORDINANZA

nella procedura cautelare iscritta al N. 10737 dell'anno 2016 R.G.

promossa da:

CHANEL, con gli avv.ti PIER LUIGI RONCAGLIA, GABRIELE LAZZERETTI, FRANCESCO ROSSI e ELISABETTA GAVUZZI

RICORRENTE

contro

IAP PHARMA PARFUMS S.L.,

FARMACIA DELLA TORRETTA DR.SSA MONICA ROCCHI E C. S.A.S.,

FARMACIA NOVARA S.A.S. DEL DR. MONTI TRISCHITTA PAOLO & C.,

FARMACIA S. PAOLO - DR.SSA SILVIA FARINA & C S.A.S.,

FARMACIA GIULIO CESARE DEL DOTTOR ROBERTO MARZANI

RESISTENTI

Il G. Des., a scioglimento della riserva,

[omissis]

P.Q.M.

ritenuto che il riferimento al marchio generale Chanel e speciale "Coco Mademoiselle" nelle tabelle di comparazione dei prodotti "equivalenti" di IAP Pharma rappresenta violazione del diritto di esclusiva attribuito dalla titolarità del marchio rinomato - in quanto riprodotto non per indicare una destinazione o qualità del proprio profumo, ma per creare un agganciamento al prodotto accreditato della concorrente, affermandone la sostanziale uguaglianza - nonché violazione delle norme sulla c.d. "pubblicità comparativa";

ritenuto che possono considerarsi vietati non solo i messaggi pubblicitari che richiamano esplicitamente l'imitazione, ma anche quelli che comunque implicitamente la suggeriscono al pubblico destinatario, e quindi illecita l'utilizzazione delle tabelle di comparazione, in ogni relazione di vendita;

inibisce a tutti i resistenti di utilizzare le tabelle di concordanza e comunque il marchio "Coco Mademoiselle" per commercializzare e/o pubblicizzare i prodotti di IAP Pharma Parfums S.L., con fissazione di penale di euro 10,00 per ogni ulteriore violazione successivamente constatata;

ordina a carico di IAP Pharma il ritiro dal commercio di eventuale materiale pubblicitario (tabelle di comparazione);

autorizza il sequestro ex art. 129 CPI delle tabelle di concordanza e del materiale pubblicitario riprodotto i marchi "Chanel" e "Coco Mademoiselle" che si trovino presso la sede di IAP Pharma Parfums S.L. o dei suoi distributori italiani, magazzini o depositi, autorizzando i soli difensori delle parti ad assistere alle operazioni di sequestro;

ordina la pubblicazione del dispositivo della presente ordinanza, per una volta ed a caratteri doppi del normale, sul periodico "Farma7" di Federfarma a cura della ricorrente ed a spese della resistente IAP Pharma;

assegna termine di trentuno giorni di calendario dalla comunicazione del presente provvedimento per l'instaurazione del processo di merito; spese al merito.

Si comunichi alle parti.

Milano, 10 maggio 2016

Il Giudice dott.ssa Paola Gandolfi

Notiziario economico

Ufficio Rapporti Economici Federfarma

PROROGA TERMINE DI SMALTIMENTO SCORTE DI MEMAC - ANTICIPAZIONI AIFA

Precedenti: circolare Federfarma prot. n. 14886/452 del 16 novembre 2015.

L'Aifa ha fatto pervenire una determinazione con la quale ha prorogato fino al **16 agosto 2016**, il termine per lo smaltimento delle scorte in corso di validità della specialità medicinale

Memac, di Bracco Divisione farmaceutica, nelle confezioni che di seguito si riportano.

AIC	Memac
033255023	28cpr riv 10mg
033255011	28cpr riv 5mg
033255187	50cpr orodisp 10mg
033255175	50cpr orodisp 5mg
033255062	56cpr orodisp 5mg
033255050	30cpr orodisp 5mg
033255163	120cpr orodisp 10mg
033255151	98cpr orodisp 10mg
033255148	60cpr orodisp 10mg
033255136	56cpr orodisp 10mg
033255124	30cpr orodisp 10mg
033255112	28cpr orodisp 10mg
033255100	7cpr orodisp 10mg
033255098	120cpr orodisp 5mg
033255086	98cpr orodisp 5mg
033255074	60cpr orodisp 5mg
033255047	28cpr orodisp 5mg
033255035	7cpr orodisp 5mg

(UE.CA - 7980/259 - 6.6.16)

HUMALOG KWIK PEN 200 UI NOTA INFORMATIVA IMPORTANTE

Con riferimento alla specialità medicinale **Humalog Kwik pen 200 ui/ml** (Insulina Lispro) si segnala che l'azienda Eli Lilly ha concordato una nota informativa importante con l'Agenzia del farmaco per minimizzare gli errori terapeutici e una comunicazione per il paziente da consegnarsi a cura del medico prescrittore.

REVOCA DI AIC DI MEDICINALI VETERINARI

Sulle Gazzette Ufficiali nn. 129 e 130, rispettivamente del 4 e 6 giugno 2016, sono stati pubblicati alcuni decreti di revoca, su rinuncia delle società titolari dell'Aic, dell'autorizzazione all'immissione in commercio dei seguenti farmaci veterinari:

- **Poulvac Ae*1fl 1000d - Aic 104007012** della ditta Zoetis Italia Srl
- **Poulvac Ae*10fl 10000d - Aic 104007024** della ditta Zoetis Italia Srl
- **Ferzoo 20*Im 1fl 100ml - Aic 102717016** della ditta Ceva Salute Animale Spa
- **Stabox 15% La*Iniet Fl 125ml - Aic 103757011** della ditta Virbac Srl
- **Stabox 15% La*Iniet Fl 250ml - Aic 103757023** della ditta Virbac Srl
- **Stabox 15% La*Iniet Fl 500ml - Aic 103757035** della ditta Virbac Srl
- **Carprosol*Fl 50ml 50mg/MI - Aic 104393018** della ditta Cp Pharma Handelsgesell.Mbh
- **Aquavac Fnm Plus*Fl 500ml - Aic 103768014** della ditta Msd Animal Health Srl
- **Sogecoli*Os 1tan 1l 2mui/MI - Aic 104675044** della ditta Sogeval S.A.
- **Sogecoli*Os 1fl 500ml 2mui/MI - Aic 104675032** della ditta Sogeval S.A.
- **Sogecoli*Os 1fl 100ml 2mui/MI - Aic 104675018** della ditta Sogeval S.A.
- **Sogecoli*Os 1tan 5l 2mui/MI - Aic 104675057** della ditta Sogeval S.A.
- **Sogecoli*Os 1fl 250ml 2mui/MI - Aic 104675020** della ditta Sogeval S.A.
- **Amoxival Vet*10cpr 200mg - Aic 103928014** della ditta Laboratoires Sogeval S.A.
- **Amoxival Vet*200cpr 400mg - Aic 103928040** della ditta Laboratoires Sogeval S.A.
- **Amoxival Vet*20cpr 200mg - Aic 103928053** della ditta Laboratoires Sogeval S.A.
- **Amoxival Vet*10cpr 400mg - Aic 103928038** della ditta Laboratoires Sogeval S.A.
- **Amoxival Vet*200cpr 200mg - Aic 103928026** della ditta Laboratoires Sogeval S.A.
- **Amoxival Vet*20cpr 400mg - Aic 103928065** della ditta Laboratoires Sogeval S.A.

I lotti già prodotti e presenti nel circuito distributivo possono rimanere in commercio fino a esaurimento scorte e data di scadenza posta sulla confezione.

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 comunicare le segnalazioni pervenute

a Federfarma relative alla temporanea carenza dei farmaci sottoindicati.

AIC	Farmaco	Periodo presumibile di carenza	Presunto ripristino forniture
026109037	IPNOVEL*IM EV 1F 5MG 1ML (Roche)	4 sett.	Fine 6.2016
020465011	LASIX*INIET 5F 2ML 20MG/2ML (Sanofi)	6.2016	Inizio 7.2016

COMUNICAZIONI DALLE AZIENDE

La società Teofarma ha comunicato che la specialità medicinale **Atiten*os gtt 15ml 1mg/ml - Aic 005713019** è regolarmente disponibile.

La società Bristol-Myers Squibb informa che la confezione attualmente in commercio della specialità medicinale **Eliquis*60cpr riv 2,5mg - Aic 041225032** sarà progressivamente sostituita dalla nuova confezione che conterrà 3 blister da 20 cpr. Resta invariato il numero totale di compresse per confezione, il numero di Aic e il prezzo di vendita.

A far data dal 1° giugno 2016 la specialità medicinale **Entocir*50cps 3mg rm - Aic 034734018** non è più commercializzata dalla società AstraZeneca. La concessione di

vendita è stata affidata alla società Italcchimici.

La società Sit ha comunicato che la Bifarma Srl è il nuovo concessionario di vendita delle seguenti specialità medicinali:

- **Alcalosio*os grat eff 30bust4g - Aic 020436200**
- **Macrolax*clisma fl 120ml - Aic 028271017.**

La società Sandoz informa di aver cessato la commercializzazione delle seguenti specialità medicinali:

- **Binocrit*1sir 2000ui 1ml - Aic 038190031**
- **Binocrit*1sir 8000ui 0,8ml - Aic 038190132.**

Le confezioni presenti nel circuito distributivo possono essere esitate fino a esaurimento scorte.

IMMISSIONI IN COMMERCIO DI SPECIALITÀ GIÀ AUTORIZZATE

SPECIALITÀ	N. AIC	PREZZO	CLASSE
FLOXISTILL*COLL 1FL 5ML 5MG/ML (Bruschettini)	044071013	14,20	C
SIGNIFOR*IM 1FL 20MG+SIR 2ML (Novartis Farma)	042032134	5.029,94	A
SIGNIFOR*IM 1FL 40MG+SIR 2ML (Novartis Farma)	042032146	5.917,57	A
SIGNIFOR*IM 1FL 60MG+SIR 2ML (Novartis Farma)	042032161	6.805,21	A
DICLOFENAC ZENTIVA*GEL 50G 1% (Zentiva Italia)	033470016	7,60	C
FLURBIPROFENE ZEN*COLLUT 160ML (Zentiva It.)	035761016	7,00	C
LATTULOSIO ZEN*SCIR 200ML (Zentiva Italia)	029160025	----	C



Farmaci nella forma migliore

Si comunica ai Signori Farmacisti che in data 11/05/2016 è stato immesso in commercio

Akis[®] soluzione iniettabile (s.i.)

Akis[®] (s.i.) è Diclofenac Sodico nelle formulazioni da 25 mg/l ml e 50 mg/l ml in confezioni da 5 fiale.

Akis[®] (s.i.) è indicato negli episodi dolorosi come le coliche renali, mal di schiena o dolore post operatorio.

Akis[®] (s.i.) annovera tra i suoi eccipienti la beta-ciclodestrina che conferisce alla molecola caratteristiche di migliore solubilità e biodisponibilità consentendo un utilizzo di dosi più basse con relativa riduzione degli eventi avversi.

Akis[®] (s.i.) si aggiunge alle formulazioni in siringa pre-riempita già in commercio.

Farmaco Fascia C	
Confezione	Confezione 5 fiale da 25mg/l ml, 5 fiale da 50mg/l ml
AIC	25 mg: 040528034; 50 mg 040528046
Prezzo al pubblico	5 fiale da 25 mg: 7,5 €; 5 fiale da 50 mg: 8 €



Nestlé Health Science
Meritene[®]



TORNA IN TV
ESPONILO AL MEGLIO IN FARMACIA!



A GIUGNO E LUGLIO MERITENE® SARÀ PROTAGONISTA IN TV SU TUTTE LE PRINCIPALI RETI NAZIONALI E LOCALI.

Prepara la tua farmacia esponendo al meglio Meritene® in modo visibile (ad altezza occhi) e facilmente raggiungibile.

Una buona visibilità alimenta il ricordo dello spot e attiva l'interesse ad informarsi e ad acquistarlo!

Anche Meritene® Regenervis®, l'integratore con Magnesio, Potassio e Antiossidanti, sarà in TV per tutta l'estate insieme a Meritene® Polvere!

È IL MOMENTO GIUSTO PER ESPORLO E PROPORLO AI TUOI CLIENTI!

Guarda lo spot su www.meritene.it

COLORI A SCAFFALE: ORGANIZZA UN CATEGORY CHIARO E COMPLETO!

La gamma Meritene® è sempre più completa, con prodotti specifici dedicati al benessere delle persone adulte. Organizza al meglio l'esposizione della gamma, ordinando i colori di riferimento. Un'esposizione chiara può aiutare il consumatore a trovare risposte alle proprie esigenze e favorire il sell-out.



ESPOSIZIONE
A SCAFFALE

ESPOSITORI
DA BANCO



LA GAMMA COMPLETA PER IL BENESSERE DEGLI ADULTI

**Forza e
Vitalità**



**Muscoli,
Ossa e
Articolazioni**



**Equilibrio
Intestinale**



**Vitamine nel
Cioccolato**



**Minerali e
Antiossidanti**



**Piatto
Principale**



Ogni formula Meritene® contiene uno o più nutrienti come Fibre alimentari, Proteine, Vitamine e Minerali e propone soluzioni nutrizionali per il benessere delle persone adulte.

Numero Verde
800-434434

Visita www.meritene.it e scopri di più

Nestlé Italiana S.p.A., Div. Nestlé Health Science - Via del Mulino, 6 - 20090 Assago (MI)

TESSERA UE NUOVI DATI EUROPEI

Si ricorderà come in un precedente articolo su *Farma7* (n. 15 del 15/4/2016) abbiamo dato notizia dei primi dati relativi alle richieste di tessere professionali Ue da parte dei farmacisti italiani. Da tali dati sembrava che i farmacisti italiani fossero partiti lancia in resta per "invadere" gli altri Paesi Ue alla ricerca di occupazione di difficile reperimento nel nostro Paese. Si era parlato, infatti, del 76% delle domande provenienti dal nostro Paese.

Ora che vi sia certamente un eccesso di offerta di lavoro da parte di neolaureati in farmacia, come molte qualificate fonti hanno recentemente affermato, non saremo certo noi a smentirlo, ma quello che tuttora sembra certamente meno assiomatico è la caccia a un posto di lavoro in un altro Paese europeo da parte di farmacisti italiani.

Maggiore chiarezza ce l'ha fornita la Conferenza organizzata su tale tema, il 25 maggio, dal Dipartimento Politiche Ue nell'ambito del consueto incontro annuale Forum P.A. I dati di dettaglio forniti da quelli che sono gli effettivi operatori sul campo, ovvero i funzionari pubblici responsabili dei procedimenti propedeutici al rilascio della tessera professionale, lasciano, infatti, molti meno dubbi sull'effettiva consistenza del fenomeno.

Per prima cosa occorre sottolineare

come sia vero che il nostro Paese sia quello a produrre più richieste nell'ambito delle 5 professioni che oggi possono disporre di tale facilitazione, ma è altrettanto vero il fatto che soltanto 6 Stati hanno a oggi correttamente recepito la Direttiva Ue. Inoltre, occorre operare una distinzione tra richieste ed effettivi rilasci delle tessere e qui il discorso comincia a farsi piuttosto interessante.

Prendiamo in esame le tre professioni sanitarie che possono disporre della tessera professionale europea, ovvero oltre ai farmacisti, gli infermieri e i fisioterapisti. La prima cosa che salta gli occhi è che dall'Italia vi sono quasi esclusivamente domande per andare a lavorare in un altro Paese dell'Ue, accanto a un numero risibile di professionisti che vorrebbero lavorare in Italia, meta considerata ben poco attrattiva per praticare la propria professione sanitaria. Su 197 richieste, 2 riguardano persone disposte a trasferirsi in Italia (un farmacista e un fisioterapista).

Se vediamo, invece, in dettaglio le 46 richieste fatte dai farmacisti, che in realtà equivalgono a domande inoltrate da soli 25 farmacisti (conteggiati più volte in quanto hanno espresso preferenze per più Paesi), scopriamo che solo 4 tessere sono state realmente rilasciate. Come mai?

Secondo la dottoressa Maria Teresa Camera del Ministero della Salute, i motivi sono essenzialmente due e riguardano non solo i farmacisti, ma anche le altre profes-

sioni sanitarie.

In primo luogo, pare che molti professionisti siano corsi a inoltrare richieste considerando la nuova procedura on line come una semplificazione totale, in grado di poter garantire la tessera professionale Ue senza alcuna complicata procedura burocratica. Infatti, alla richiesta della Pubblica amministrazione di fornire copia delle attestazioni provanti la qualifica, di farmacista o di infermiere o altro, molti professionisti si sono dileguati, aiutati anche dal fatto che la procedura è attualmente completamente gratuita.

In secondo luogo, è stato verificato come molti hanno inviato la domanda per la tessera come se l'ottenimento di quest'ultima servisse, più che ad andare a lavorare in un Paese Ue, ad arricchire il proprio curriculum. Scoperta la dura realtà, anche in questo caso molti hanno preferito non continuare la procedura.

Infine, i funzionari del Ministero hanno anche contattato molti dei richiedenti e hanno scoperto che, per quanto riguarda i farmacisti, la maggioranza delle domande riguardano farmacisti che lavorano nelle multinazionali e che potrebbero essere trasferiti nelle altre sedi europee delle industrie.

Occorrerà rivedere -magari a un anno dall'introduzione della tessera- gli effettivi rilasci, al fine di poter valutare in maniera "più scientifica" la reale consistenza quantitativa di tale nuovo fenomeno. (ML)

Filodiretto

L'informazione quotidiana
di Federfarma

PSYLLOGEL® Fibra fa ripartire la tua regolarità intestinale.

Informazioni riservate alla classe medica



Ideale in caso
di stitichezza.



Non irrita
l'intestino.



Fibra di psyllium
100% naturale.



Non dà
assuefazione.

Psyllogel® Fibra è l'integratore alimentare che favorisce le tue fisiologiche funzioni intestinali e ti aiuta a ritrovare progressivamente la regolarità. Psyllogel® Fibra rimette in moto il tuo intestino e il tuo benessere: provalo per tre settimane!

Disponibile in farmacia in tanti gusti diversi.

novità
con succo di
pompelmo rosa



Scopri
di più su:
NATHURA.COM



NATHURA®

LA NOSTRA RICERCA,
IL TUO STAR BENE.

CORSO FAD GRATUITO

Vaccinazione antinfluenzale valore, sicurezza e nuove composizioni

Evento n. 12 - 159176

DISPONIBILE ONLINE SU
WWW.FARMA7FAD.IT

RESPONSABILE SCIENTIFICO: **Fabrizio Pregliasco**, Ricercatore - Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute della Università degli Studi di Milano;
Direttore Sanitario IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano

Obiettivi formativi

Dopo aver letto la seguente monografia, il Farmacista dovrebbe essere in grado di:

- **identificare** i diversi tipi e sottotipi di virus influenzali e sottolineare le principali differenze cliniche tra gli stessi;
- **descrivere** le differenze tra i principali vaccini in commercio in Italia e in che modo queste possano tradursi in termini di differente risposta clinica in determinati gruppi di pazienti;
- **descrivere** i diversi ruoli del farmacista nei programmi di immunizzazione contro l'influenza.

Sommario

- *L'influenza è la principale causa di assenza dal lavoro e da scuola, nonché la terza causa di morte in Italia per patologia infettiva, preceduta da AIDS e tubercolosi.*
- *L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica quale obiettivo primario della vaccinazione antinfluenzale la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave.*
- *Con gli attuali tassi di copertura vaccinale vengono evitati il 70% dei casi influenzali tra gli over 65, mentre solo l'1,2% dei casi tra gli operatori sanitari e lo 0,7% delle donne in gravidanza.*
- *Il periodo da dedicare alle campagne di vaccinazione antinfluenzale è, in Italia, a partire dalla metà di ottobre fino a fine dicembre, fatte salve specifiche indicazioni.*
- *Nelle situazioni più tipiche, il paziente con influenza resta confinato a letto per 3-4 giorni, riceve un numero di visite mediche variabili da 1,1 a 3,6 in relazione all'età e alla condizione di salute e perde in media 5 giornate lavorative.*
- *Sono disponibili diversi vaccini antinfluenzali trivalenti (contenenti 2 virus A e 1 virus B), aventi diverse caratteristiche, e un solo vaccino quadrivalente che, oltre a contenere i 2 virus A, consente una prevenzione completa anche verso l'influenza B in quanto protegge contro entrambi i lineage di virus B, risolvendo quindi il problema determinato dal mismatch totale o parziale.*
- *Le evidenze medico-scientifiche e gli studi economici hanno ampiamente dimostrato come la vaccinazione risulti essere l'intervento più efficace, efficiente ed economico per contrastare il virus dell'influenza.*

↔ Introduzione: l'influenza e le sue modalità di presentazione

Con il termine influenza si intende una malattia ad andamento pandemico, originata da alcuni virus appartenenti alla famiglia degli *Orthomyxovirus*. L'infezione è molto contagiosa, poiché il virus si trasmette con molta facilità attraverso le goccioline di muco e di saliva (come, ad esempio, nell'atto di parlare tra persone vicine). Il virus si trasmette in maniera:

- diretta: tosse, starnuti, colloquio a distanza molto ravvicinata;
- indiretta: dispersione delle goccioline e delle secrezioni su oggetti e superfici.

Il Ministero della Salute definisce l'influenza "un importante problema di sanità pubblica a causa della ubiquità, contagiosità e variabilità antigenica dei virus influenzali, dell'esistenza di serbatoi animali e delle possibili gravi complicanze".

Il termine "influenza" dovrebbe essere utilizzato soltanto qualora sia stata accertata la presenza di uno dei tre virus influenzali riconosciuti come agenti eziologici della malattia (A, B o C) mediante appropriati test di laboratorio (esami virologici o sierologici) che però a livello pratico non vengono quasi mai eseguiti. Viene pertanto adottata una definizione internazionale di "caso" di sindrome influenzale, o malattia simile all'influenza (*Influenza Like-Illness, ILI*), sulla base delle principali manifestazioni cliniche di questa.

Da un punto di vista clinico, l'influenza fa parte del gruppo delle Infezioni Respiratorie Acute (IRA). Le infezioni respiratorie hanno complessivamente un notevole impatto sanitario, in quanto possono essere causa di ricovero e, nel caso delle polmoniti, di eventi fatali, ma hanno anche risvolti economici e sociali, perché sono responsabili di un grande impiego di risorse sanitarie per costi diretti (consumo di farmaci e visite mediche) e costi indiretti (assenze dal lavoro e da scuola).

Le infezioni respiratorie comprendono un vasto insieme di patologie che possono interessare tutto l'albero respiratorio, dai seni paranasali ai polmoni. Si possono distinguere infezioni delle alte vie respiratorie, che includono sinusiti, otiti, faringiti e laringiti, e infezioni delle basse vie respiratorie, che includono le bronchiti acute e croniche riacutizzate nonché le polmoniti. Gli agenti eziologici sono i più diversi, con prevalenza degli agenti virali per le vie aeree superiori e degli agenti batterici per quelle inferiori.

Si tratta di un gruppo di affezioni la cui diffusione è talmente ampia da rappresentare una delle maggiori cause di morbilità nel mondo. Secondo alcune stime, infatti, circa un quarto del totale delle visite che ogni medico effettua ogni anno è dovuto a questo genere di patologie. Dal punto di vista del singolo paziente è stato invece stimato che, in media, si verifica un'incidenza per persona di circa 2,5 episodi all'anno.

In Italia, l'andamento stagionale delle ILI è rilevato attraverso la rete di medici sentinella Influnet. I dati raccolti dal sistema di rilevazione, attivato nel 1999, hanno permesso di stimare che le ILI interessano ogni anno una porzione della popolazione variabile fra il 4 e il 12%, a seconda delle caratteristiche del virus influenzale circolante.

Dall'analisi storica dei dati raccolti emerge, inoltre, come la fascia di età più colpita sia quella dei bambini fino a 14 anni (incidenza: 156 per 1.000 assistiti); in particolare il picco massimo viene solitamente os-

servato nella fascia 0-4 anni (193 casi per 1.000 assistiti), seguito dalla fascia 5-14 anni (139 casi per 1.000 assistiti); l'incidenza decresce all'aumentare dell'età e raggiunge il valore minimo negli anziani (da 59 per 1.000 assistiti tra 15 e 64 anni, a 34 per 1.000 tra gli individui di età pari o superiore a 65 anni). Tutti i gruppi di età rappresentano un target per la malattia.

Questa patologia, seppure così comune, risulta essere frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero, principale causa di assenza dal lavoro e da scuola, nonché è ancora oggi la terza causa di morte in Italia per patologia infettiva, preceduta da AIDS e tubercolosi. Si stima che in Italia l'influenza stagionale causi ogni anno circa **8.000 decessi**, di cui 1.000 per polmonite e influenza e altri 7.000 per motivi collegati. L'84% di questi (pari in media a 6.700 decessi per tutte le cause e 900 decessi per polmonite e influenza) riguarda ultrasessantacinquenni.

L'influenza è responsabile di complicanze a carico dell'apparato respiratorio, del sistema nervoso centrale, del cuore e dei reni che richiedono spesso ospedalizzazione.

Le complicanze hanno diversa incidenza in base alle fasce di età colpite. I soggetti di età superiore ai 65 anni e bambini e adulti affetti da condizioni morbose croniche, fra cui quelle dell'apparato cardiovascolare, sono particolarmente suscettibili alle complicanze della malattia da virus influenzale. Il 90% dei decessi e la maggior parte dei ricoveri dovuti a complicazioni legate all'infezione si verificano in soggetti ultra-65enni, specialmente tra quelli con co-morbilità. Tuttavia complicanze e decessi correlati all'influenza sono decisamente più frequenti nei pazienti affetti da patologie croniche dell'apparato cardiovascolare rispetto ai pazienti affetti da altre condizioni morbose croniche, poiché l'influenza, oltre che determinare complicanze proprie dell'infezione, quali polmonite virale, polmonite batterica secondaria o co-infezioni con altri virus o batteri, è anche in grado di determinare un'esacerbazione della patologia cardiovascolare preesistente.

Tra i bambini al di sotto dei 5 anni di età, importanti per la loro frequenza sono le infezioni del tratto respiratorio inferiore; si stima infatti che l'8-9% dei pazienti pediatrici con influenza sviluppi una polmonite che riconosce generalmente un'origine batterica. Degne di nota sono anche le convulsioni febbrili: anch'esse interessano i bambini in percentuale diversa a seconda che si parli di soggetti ospedalizzati o no. Il tasso complessivo di ospedalizzazione per influenza risulta, dai dati del sistema di sorveglianza del *Centers for Disease Control and Prevention*, pari a circa 35 su 100.000, con valori più elevati negli ultrasessantacinquenni e nelle stagioni influenzali con predominanza del virus A(H3N2), seguite da quelle con circolazione prevalente del virus B.

↔ Presentazione clinica

Da un punto di vista strettamente clinico, le caratteristiche macroscopiche di base delle IRA legate all'influenza comprendono:

- un brusco rialzo termico, con febbre che può arrivare a toccare i 39°;
- cefalea e artromialgia, che compaiono all'esordio della malattia stessa e danno al paziente la classica sensazione di avere "le ossa rotte"; non di rado questo dolore si estende anche ai movimenti

oculari, in abbinamento a fotofobia,

- un interessamento di tipo infiammatorio e acuto delle alte vie respiratorie, con tosse secca, stizzosa e scarsamente produttiva, cui si associa faringodinia intensa che all'auscultazione non dà riscontri obiettivi (la presenza eventuale di questi è casomai ascrivibile a un quadro di complicazione batterica);
- lacrimazione oculare associata a congiuntivite (circa 10% dei casi totali);
- secrezione nasale non abbondante, che non rappresenta un sintomo altamente indicativo;
- sensazione generale di prostrazione legata alla febbre che induce anche una profonda inappetenza.

Le IRA non legate al virus influenzale, invece, presentano un esordio e un decorso differenti: le febbri sono mediamente più basse e un tratto distintivo è il dolore alla trachea, alla faringe o alla laringe. La congestione nasale è decisamente più importante e il paziente, pur sofferente, non avverte in genere il senso di prostrazione tipico della sindrome influenzale.

Il paziente adulto

La sindrome influenzale nel paziente adulto è per lo più contraddistinta da un **brusco rialzo febbrile** che sopraggiunge dopo una incubazione i cui tempi sono compresi tra le 24 e le 72 ore. L'ipertermia è solitamente annunciata da una serie di sintomi di tipo sistemico, quali sensazione di freddo, brividi e cefalea. Nella metà dei casi il paziente lamenta fotofobia, lacrimazione, bruciore e dolore ai movimenti oculari. A questi primi sintomi si aggiungono presto dolori muscolari e scheletrici, che inducono la necessità di allertarsi e che riguardano per lo più gli arti inferiori. L'iperpiressia, che dura tra uno e cinque giorni (mediamente tre giorni), è di tipo recidivante/remittente in risposta ai farmaci antipiretici. Quindi si rendono necessarie più dosi di antipiretico per tenere sotto controllo i rialzi febbrili. All'esame clinico il paziente non presenta un'obiettività elevata: i dati più evidenti sono l'iperemia congiuntivale e orofaringea, la congestione della mucosa nasale, senza essudati, la cute calda e umida, il viso arrossato e gli occhi lucidi. L'interessamento delle vie respiratorie è tale per cui il respiro appare affannoso in riferimento al quadro infiammatorio e ostruttivo delle alte vie respiratorie oltre che, ovviamente, della febbre. L'auscultazione del



NEL PAZIENTE ANZIANO E NEI BAMBINI PICCOLI, LA SINTOMATOLOGIA DELL'INFLUENZA HA UN ANDAMENTO MENO CARATTERIZZATO E CARATTERIZZANTE RISPETTO ALL'ADULTO. L'ETÀ SPARTIACQUE, NEI BAMBINI, È STATISTICAMENTE POSTA ATTORNO AI SEI ANNI, MOMENTO IN CUI LA SINTOMATOLOGIA DEI BAMBINI È SOSTANZIALMENTE SOVRAPPONIBILE A QUELLA DEGLI ADULTI.

torace dà, invece, esito negativo, così come anche l'eventuale controllo radiografico, ovviamente nei casi non complicati. Normalmente il decorso della sindrome influenzale è il seguente: entro il quinto giorno dall'esordio febbrile si ha una progressiva riduzione dell'ipertermia e della sintomatologia dolorosa. La tosse, invece, si può protrarre fino a 15 giorni dopo la fine della febbre, così come la sensazione di astenia e facile affaticabilità.

Eventuali peggioramenti della sintomatologia respiratoria o la ripresa della febbre (o il protrarsi della stessa) oltre il quinto giorno vanno analizzati approfonditamente, perché si tratta di una situazione altamente compatibile con una complicazione di tipo batterico a carico delle basse vie respiratorie. Altre possibili complicazioni sono, inoltre, a carico del cuore (miocardite, pericardite) e del sistema nervoso (encefalite): si tratta di condizioni che possono rendere la malattia influenzale fatale.

Il paziente neonato e nella prima età pediatrica

Ci sono, da un punto di vista eminentemente clinico, delle differenze di non poco conto tra i bambini e gli adulti. L'età spartiacque, in questo senso, è statisticamente posta attorno ai sei anni, momento in cui la sintomatologia dei bambini è sostanzialmente sovrapponibile a quella degli adulti. Prima di quell'età, tuttavia, ci si trova con alcune difficoltà obiettive che rendono la diagnosi più problematica. La prima difficoltà consiste nel fatto che i pazienti in età pediatrica non sono spesso in grado di spiegare in maniera compiuta la sintomatologia che li affligge. Il secondo problema che si pone riguarda il fatto che minore è l'età del piccolo paziente e maggiore è l'aspecificità dei sintomi rilevabili all'esame clinico. Inoltre, bisogna ricordare che proprio i bambini sono il veicolo attraverso cui si propaga il contagio all'interno dei nuclei familiari, a causa della promiscuità in cui vivono all'interno delle strutture scolastiche (dall'asilo nido alla scuola materna, fino alla scuola elementare). Ciò fa sì che, non avendo all'interno del nucleo familiare stesso un precedente di sindrome influenzale, è meno scontato il nesso logico di causa ed effetto.

Nel primo anno di vita in genere la sindrome influenzale può sopraggiungere anche senza febbre mentre i due tratti caratteristici sono la **letargia** e l'**inappetenza**. Quest'ultima è per lo più dovuta alla faringodinia. Contrariamente agli adulti, invece, si può avere spesso un interessamento di tipo gastrointestinale con vomito e diarrea che possono portare a rapida disidratazione con relativo squilibrio elettrolitico. Inoltre, in questa età va sempre considerata la possibile aggressione da parte di un virus opportunisto, il **Virus Respiratorio Sinciziale (VRS)**, responsabile di una patologia specifica, la bronchiolite, che va trattata con la massima urgenza in ambiente ospedaliero.

Con il passare del tempo questo genere di complicazione tende a venire meno e già al compimento dei due anni di età le possibilità che il piccolo paziente possa andare incontro a una simile situazione calano sensibilmente. Per contro, a causa dei bruschi rialzi febbrili, tra i due e i cinque anni assistiamo spesso a un'accoppiata classica per cui una sindrome influenzale, con il suo brusco rialzo febbrile, determina la comparsa delle **convulsioni** nei soggetti predisposti.

I virus respiratori più frequenti in età pediatrica, come il VRS e i *rhinovirus*, possono indurre una reazione bronchiale molto simile a quella allergica, caratterizzata da un sintomo definito *wheezing* o respiro sibilante, che è l'espressione di una riduzione del calibro bronchiale. Il

VRS è in grado di indurre il sintomo anche in soggetti non predisposti (1-5 anni), mentre i *rhinovirus* determinano facilmente ricadute nei pazienti che già hanno manifestato, in precedenza, episodi di respiro sibilante (3-11 anni). In tenera età, una manifestazione respiratoria ostruttiva può essere determinata sia da infezioni virali, sia da fenomeni allergici. Il sintomo del respiro sibilante caratterizza sia la diagnosi di bronchite asmatiforme (da infezione), sia quella di asma bronchiale (da allergia). Tuttavia, soprattutto al di sotto dei sei anni di età, la differenziazione tra le due forme non è semplice, poiché la tendenza a manifestare *wheezing* è elevata, in seguito a:

- infezioni virali o batteriche (*Chlamydia*);
- elementi irritanti aspecifici, quali inquinamento, fumo passivo e sforzo fisico;
- contatto con allergeni inalati.

La diagnosi di asma dovrebbe, perciò, avvenire preferibilmente dopo il quinto anno di vita, quando i fenomeni legati all'immaturità del polmone tendono a ridursi e il sintomo rappresentato dal respiro sibilante diventa un evento molto più specifico. Un'eventuale presenza nel piccolo paziente di allergia alimentare associata a dermatite atopica dovrebbe, però, segnalare l'estrema probabilità che il bambino rientri in una categoria di soggetti fortemente predisposti all'asma e a un'allergia respiratoria.

Il paziente anziano

Nel paziente anziano la sintomatologia dell'influenza, analogamente a quanto accade con i bambini piccoli, ha un andamento meno caratterizzato e caratterizzante rispetto all'adulto. La ragione di questa differenza si può ascrivere a vari motivi:

- negli ultrasessantacinquenni la pratica della vaccinazione è assai diffusa e, se è vero che il vaccino non protegge integralmente dalla possibilità di incorrere nell'infezione, è altrettanto vero che la durata della malattia e la sintomatologia sono minori nel paziente vaccinato rispetto alle stesse nel paziente non vaccinato;
- la minore efficienza del sistema immunitario determina una minore produzione di citochine e quindi, conseguentemente, anche una minore sofferenza;
- il rialzo febbrile appare limitato e raramente supera i 38 gradi.

Tuttavia nel paziente anziano si evidenziano alcune caratteristiche peculiari. Può manifestarsi una **sintomatologia neurologica** che può essere decisamente importante: si presenta come stato confusionale, incapacità di mantenere la postura, diminuita capacità nel controllo degli sfinteri, sopore. Inoltre, il dolore retrosternale è più frequente di quanto non accada nelle altre categorie di pazienti.

La patologia influenzale è più subdola nel paziente anziano perché non ha un esordio improvviso ed evidente e agisce quasi sottotraccia, potendo provocare potenzialmente un improvviso peggioramento di eventuali patologie concomitanti e croniche, specialmente nel grande anziano, ovvero nelle persone con più di 80 anni di età.

↔ Il valore della vaccinazione antinfluenzale

Obiettivi della campagna vaccinale

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un mezzo efficace e sicu-

ro per prevenire la malattia e le sue complicanze.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica quale obiettivo primario della vaccinazione antinfluenzale la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave: è stato dimostrato da numerosi studi che una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenta un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia.

Le finalità della vaccinazione sono duplici:

- **protezione individuale:** la vaccinazione induce una risposta immunitaria che protegge il soggetto dalla malattia; ciò è particolarmente importante per i soggetti per i quali le complicanze dell'influenza sarebbero particolarmente gravi (ad esempio, soggetti ultrasessantacinquenni e soggetti affetti da particolari malattie);
- **protezione della collettività:** la vaccinazione, diminuendo il numero dei malati e lo *shedding* virale da parte dei soggetti infetti, riduce la diffusione del virus agli altri componenti della collettività e limita la circolazione interumana dei virus; la prevenzione dell'influenza tramite vaccinazione deve essere oggetto, pertanto, di massima considerazione da parte delle Autorità di sanità pubblica.

Gli obiettivi della campagna vaccinale contro l'influenza possono essere riassunti in:

- **riduzione del rischio individuale** di malattia, ospedalizzazione e morte dovute alle epidemie stagionali;
- **riduzione dei costi sociali** connessi con morbidità e mortalità, anche causa di assenteismo dal lavoro;
- **riduzione dell'assenteismo** nei servizi essenziali per la collettività, attraverso la protezione di determinate categorie professionali (servizi sanitari, pubblica sicurezza, ecc.);
- **riduzione dei rischi connessi con l'attività lavorativa:** tale obiettivo riguarda la riduzione dell'impatto della malattia nei soggetti che per attività lavorativa sono a maggiore contatto con il pubblico.

In ambito europeo, pur con qualche variazione per ciò che concerne l'individuazione dei gruppi a rischio, cui la vaccinazione va offerta in via preferenziale, esiste una sostanziale concordanza sul fatto che principali destinatari dell'offerta di vaccino antinfluenzale debbano essere le persone di età pari o superiore a 65 anni, nonché le persone di tutte le età con alcune patologie di base che aumentano il rischio di



GLI OBIETTIVI DELLA CAMPAGNA VACCINALE CONTRO L'INFLUENZA SONO RIDUZIONE DEL RISCHIO INDIVIDUALE DI MALATTIA, RIDUZIONE DEI COSTI SOCIALI CONNESSI CON MORBILITÀ E MORTALITÀ, RIDUZIONE DELL'ASSENTEISMO NEI SERVIZI ESSENZIALI PER LA COLLETTIVITÀ, RIDUZIONE DEI RISCHI CONNESSI CON L'ATTIVITÀ LAVORATIVA.

complicazioni a seguito di influenza.

L'OMS stima che la vaccinazione antinfluenzale prevenga il 70-90% dei casi di influenza tra gli adulti sani; altri dati riportano, in una popolazione di soggetti ultra sessantacinquenni, una riduzione del 27% del rischio di ospedalizzazione per polmonite o influenza e del 48% del rischio di decesso. Tra gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, sin dal triennio 2012-2014, è prevista l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie per la popolazione generale al fine del raggiungimento e del mantenimento dei livelli di copertura indicati, necessari a prevenire la diffusione delle specifiche malattie infettive; ciò, nel caso dell'influenza, si traduce nel raggiungimento di coperture vaccinali del 75% come obiettivo minimo perseguibile e del 95% come obiettivo ottimale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio.

Quasi 60 milioni di persone, su 185 milioni di persone eleggibili per la vaccinazione in Europa, non sono vaccinati contro l'influenza (vedi **Figura 1**).

L'Olanda si manifesta come paese più virtuoso, con l'88% della copertura target raggiunta, mentre l'Estonia presenta un valore di copertura vaccinale del 2,3%. In media tutti i paesi confermano di avere una bassa copertura vaccinale antinfluenzale su tutta la popolazione; ciò suggerisce la necessità di azioni a tal proposito da parte dei governi UE.

Per quanto riguarda l'Italia (vedi **Figura 2**), analizzando la serie storica dei tassi di copertura vaccinale dal 1999 al 2015 si nota come, per la fascia di età 65 anni e oltre, dopo il picco di copertura raggiunto nella stagione 2005-06 con una copertura di 68,3%, si è arrivati ad avere nell'ultima stagione 2014-2015 un valore di 49%. Occorre osservare come la sola differenza tra la stagione 2013-14 e quella appena passata sia di ben 6,4 punti percentuali.

Preaud et al. (vedi **Tabella 1**) hanno condotto uno studio in 27 Paesi dell'Unione Europea, recentemente pubblicato, sui benefici annuali per la sanità pubblica e l'importanza economica della vaccinazione antinfluenzale sui 5 gruppi target raccomandati dall'OMS, quali bambini di età compresa tra i 6 e i 23 mesi, persone con condizioni di salute croniche, donne incinte, operatori sanitari, anziani con più di 65 anni.

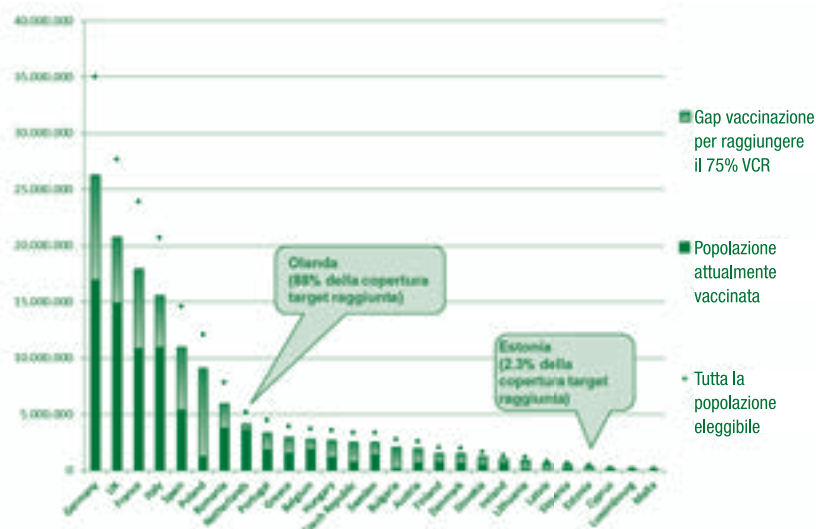


Figura 1: copertura vaccinale nei paesi Europei attuale vs. popolazione eleggibile
Fonte: Preaud et al. 2014

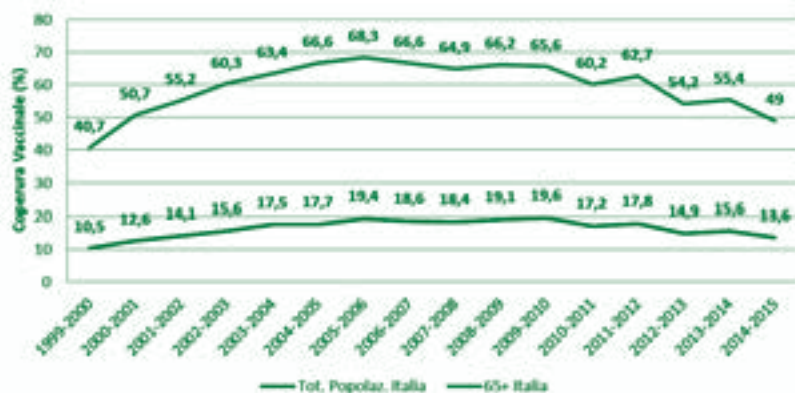


Figura 2: tassi coperture vaccinali 1999-2015 in Italia

Con gli attuali tassi di copertura vaccinale vengono evitati il 70% dei casi influenzali tra gli over 65, mentre solo l'1,2% dei casi tra gli operatori sanitari e lo 0,7% delle donne in gravidanza. Anche i tassi delle ospedalizzazioni prevenute risultano bassi in tali categorie: 0,1% sia per gli operatori sanitari sia per le donne in gravidanza, mentre il tasso risulta piuttosto consistente tra le persone anziane (92%).

Tabella 1 Eventi correlati all'influenza evitati in 8 paesi EU (Francia, Italia, Spagna, UK, Polonia, Slovenia, Svezia e Germania) utilizzando gli attuali tassi di copertura vaccinale						
Eventi evitati	6-23 mesi	Anziani	Pazienti cronici	Operatori sanitari	Donne in gravidanza	Totale
Casi (%)	55.626 (3,3)	1.178.452 (70)	418.050 (24,8)	21.046 (1,2)	11.026 (0,7)	1.684.200
Visite (%)	17.585 (2,4)	423.686 (57,1)	280.906 (37,9)	13.342 (1,8)	6.604 (0,9)	742.123
Ospedalizzazioni (%)	333 (0,6)	50.706 (95,5)	3.704 (6,8)	60 (0,1)	29 (0,1)	54.832
Morti (%)	3 (0,0)	30.238 (97,7)	705 (2,3)	0	0	30.964
Giorni di lavoro persi (%)	9.492 (1,6)	0	558.516 (92)	26.713 (4,4)	12.650 (2,1)	607.371

Fonte: Preaud et al. 2014

Le raccomandazioni del Ministero della Salute

La campagna di vaccinazione stagionale, promossa ed economicamente sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale, è rivolta principalmente ai soggetti classificati e individuati a rischio di complicanze severe e a volte letali in caso contraggano l'influenza. L'offerta gratuita attiva è rivolta anche alle persone non a rischio che svolgono attività di particolare valenza sociale.

In Italia il Ministero della Salute raccomanda, infatti, la vaccinazione antinfluenzale a:

- 1) soggetti di età pari o superiore a 65 anni;
- 2) bambini di età superiore ai 6 mesi, ragazzi e adulti fino a 65 anni affetti da:
 - a. malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e la broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO));
 - b. malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite;
 - c. diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI > 30 e gravi patologie concomitanti);
 - d. insufficienza renale cronica;
 - e. malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie;
 - f. tumori;
 - g. malattie congenite o acquisite che comportino carenza produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;
 - h. malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale;
 - i. patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici;
 - j. patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari);
 - k. epatopatie croniche;
- 3) bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale;
- 4) donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano nel secondo e terzo trimestre di gravidanza;
- 5) individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti;
- 6) medici e personale sanitario di assistenza;
- 7) familiari e contatti di soggetti ad alto rischio;
- 8) soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo (compreso forze di polizia e vigili del fuoco);
- 9) personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani.

Da qualche anno è all'attenzione della Comunità Scientifica e del Ministero della Salute l'ipotesi di abbassare la soglia minima al di sopra della quale viene raccomandata la vaccinazione antinfluenzale dagli attuali 65 anni a 60 anni; la proposta nasce dall'obiettivo di raggiungere i soggetti con patologia cronica concomitante nella fascia di età 60-64 anni che, ad oggi, pur appartenendo alla categoria a rischio per

patologia per i quali la vaccinazione antinfluenzale è raccomandata, non si vaccinano.

La tempistica della vaccinazione

Il periodo da dedicare alle campagne di vaccinazione antinfluenzale è, per la situazione climatica e per l'andamento temporale mostrato dalle epidemie influenzali in Italia, quello autunnale, a partire **dalla metà di ottobre fino a fine dicembre, fatte salve specifiche indicazioni, che saranno fornite se particolari eventi legati ai vaccini e/o l'andamento epidemiologico stagionale dell'influenza lo richiederanno.**

↔ I virus influenzali e i vaccini disponibili

La storia naturale dei virus influenzali e il razionale della composizione dei vaccini

Esistono **tre tipi di virus influenzali** - A, B e C - tutti appartenenti alla famiglia delle *Orthomyxoviridae* e distinguibili tra loro in base a differenze antigeniche delle proteine della matrice e delle nucleoproteine, la gamma di ospiti e la capacità di provocare una condizione patologica di rilevanza clinica negli esseri umani. I virus A e B contengono due glicoproteine di superficie principali, l'**emoagglutinina** (HA) e la **neuraminidasi** (NA) e sono responsabili di una condizione patologica importante negli esseri umani. L'antigene HA è il principale fattore determinante della virulenza e favorisce l'ingresso del virus nelle cellule, laddove l'antigene NA facilita il rilascio di cellule virali di nuova produzione. Gli anticorpi contro l'HA intervengono per neutralizzare il virus e proteggono dalla malattia, mentre gli anticorpi contro la NA possono ridurre la gravità della stessa.

I virus di tipo A sono unanimemente considerati i più pericolosi perché mutano più rapidamente e, possono, data l'esistenza oltre all'uomo di altri ospiti naturali quali gli uccelli e altri mammiferi (in particolare i suini), essere causa di pandemie. Si tratta di virus prevalentemente di origine aviaria che effettuano diversi salti di specie, con relative trasformazioni, prima di essere in grado di infettare anche gli esseri umani. I virus influenzali A possono essere classificati in sottotipi in base ai rispettivi antigeni di superficie. In totale, esistono 16 sottotipi HA (H1-H16) e nove sottotipi NA (N1-N9) di virus influenzali A, dei quali soltanto tre sottotipi H (H1, H2 ed H3) e due sottotipi N (N1 ed N2) hanno attualmente dato origine a lineage patologici nell'uomo (ovvero, H1N1, H2N2 e H3N2). Sono stati riportati anche rari episodi di sporadiche epidemie provocate dai virus H7N7, H7N2 e H9N2. In anni passati si è molto parlato anche del virus H5N1, ovvero il virus dell'influenza aviaria. Si tratta di un virus che, per intrinseca struttura della sua emoaagglutinina, non è ancora adatto per la trasmissione interumana.

I virus di tipo B sono stati studiati approfonditamente solo negli ultimi 30 anni: fino a pochi anni fa si riteneva che si trattasse di una famiglia di virus strettamente umana, ma con il tempo si è visto che possono anche infettare foche e altri animali. Tuttavia, avendo come principale ospite naturale l'uomo, il virus B non può causare pandemie e per questo viene considerato meno "pericoloso" del virus A. In realtà, dal punto di vista clinico la sintomatologia associata al virus influenzale B è simile a quella correlata al virus influenzale A; solo nei bambini



I VIRUS DI TIPO A SONO UNANIMEMENTE CONSIDERATI I PIÙ PERICOLOSI PERCHÉ MUTANO PIÙ RAPIDAMENTE E CAUSANO LA SINTOMATOLOGIA PIÙ VIOLENTA. I VIRUS B NON CAUSANO PANDEMIE E L'IMPATTO COMPLESSIVO DELL'INFLUENZA DA LORO CAUSATA È MINORE RISPETTO A QUELLA DEL VIRUS H3N2, MA MAGGIORE RISPETTO AL QUELLA CAUSATA DA H1N1. I VIRUS DI TIPO C NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI NON DANNO MANIFESTAZIONI RILEVANTI E HANNO UN IMPATTO EPIDEMIOLOGICO IRRILEVANTE.

sembra determinare maggiore leucopenia, miosite e mialgia. L'impatto globale, così come la mortalità, dell'influenza da virus B è inferiore a quella correlata al virus H3N2 ma maggiore di quella dovuta al virus H1N1. Per quanto non esistano sottotipi di influenza B, il virus presenta due diversi lineage genetici, chiamati Yamagata e Victoria, che sono stati identificati a partire dal 1985 e che evolvono in modo indipendente dal punto di vista antigenico. Come famiglia, i ceppi influenzali sono descritti e denominati in base al tipo antigenico del nucleo delle nucleoproteine (A o B), la localizzazione geografica in cui sono stati isolati per la prima volta, il numero di serie del ceppo, l'anno dell'isolamento e il sottotipo con tutte le designazioni separate da una barra.

Infine, abbiamo i virus di

tipo C, che solitamente passano inosservati da un punto di vista clinico perché nella maggior parte dei casi si tratta di virus che non danno manifestazioni rilevanti. Per quanto riguarda i virus di tipo C, è più che fondato il sospetto che si tratti di virus esclusivamente umani.

Dal punto di vista epidemiologico, generalmente il virus influenzale A risulta circolare maggiormente rispetto al virus influenzale B. Tuttavia, osservando le 10 stagioni influenzali dal 2003-2004 al 2012-2013, è possibile rilevare che vi è stata co-circolazione di entrambi i virus tipo A e B nelle stagioni 2007-2008 (52,3% A versus 47,7% B) e 2010-2011 (72,6% A versus 27,4% B) e che nelle stagioni 2012-2013 e 2015-2016 ha circolato maggiormente il virus B (57,8% e 57% rispettivamente). È quindi evidente che la prevalenza dei due tipi di virus è molto variabile e difficilmente prevedibile.

È importante ricordare che, a partire dalla prima grande pandemia del 1918 (l'"influenza spagnola"), i virus influenzali si sono evoluti nel tempo, determinando un'analogia evoluzione nella composizione dei vaccini antinfluenzali. Infatti, dal primo vaccino monovalente contenente un virus A (derivante dal primo virus A isolato nel 1933), sviluppato nel 1943, si è passati dopo qualche anno e a seguito del rilevamento costante del virus B nel panorama epidemiologico internazionale, al primo vaccino bivalente (contenente un virus A e uno B). Negli anni successivi il vaccino bivalente è stato aggiornato relativamente ai diversi virus A pandemici, fino a quando, con la ricomparsa

del virus H1N1 unitamente al virus H3N2 già in circolazione, vennero sviluppati nel 1978 i vaccini trivalenti (due varianti A e una B). Con la separazione nel 1985 del virus B in due lineage, Victoria e Yamagata, antigenicamente distinti, e la loro co-circolazione sia in Europa sia negli Stati Uniti a partire dai primi anni 2000, le Autorità Regolatorie hanno riscontrato la difficoltà di prevedere con esattezza quale lineage B avrebbe realmente circolato nella stagione influenzale successiva. Per superare il problema del B-matching dovute alla co-circolazione dei 2 lineage B, le agenzie internazionali di Sanità Pubblica hanno quindi prospettato, sin dal febbraio 2009, la possibilità di includere nella composizione vaccinale un secondo lineage di tipo B all'interno del vaccino trivalente e, a Febbraio 2012, l'OMS ha raccomandato ai produttori di vaccini di considerare lo sviluppo di un vaccino antinfluenzale quadrivalente. Nel Febbraio 2013, l'Agenzia Europea per il farmaco ha raccomandato i 4 ceppi da inserire nella composizione vaccinale per la stagione 2013-2014. Il vaccino antinfluenzale quadrivalente, contenete i 2 virus A ed entrambi i lineage B, rappresenta pertanto la naturale evoluzione dei vaccini antinfluenzali in risposta alla nuova situazione epidemiologica dei virus influenzali.

L'impatto sociale

L'influenza è una malattia dal forte impatto sociale ed economico, tanto per la comunità quanto per l'individuo che se ne ammala e per la sua famiglia. L'influenza colpisce tutte le età, indipendentemente dallo stile di vita, dall'appartenenza a una classe socio-economica o da altre variabili che non siano di tipo sanitario. La malattia si presenta con puntualità, ogni anno, con andamento epidemico (solo ai tropici è endemica ed epidemica), causando un enorme numero di ammalati, di complicazioni, di ricoveri ospedalieri e di decessi. In particolare l'ospedalizzazione, che incide notevolmente sui costi ed è finalizzata essenzialmente al trattamento delle complicanze dell'influenza, si verifica soprattutto tra gli anziani e la popolazione a rischio; tuttavia, anche gli adulti e i bambini contribuiscono onerosamente all'aggravio dei costi e all'utilizzo di risorse sanitarie in termini di visite mediche, accertamenti diagnostici e consumi di farmaci. A questi costi diretti devono essere aggiunti quelli riconducibili alla perdita di produttività, dovuti alle assenze dal lavoro e scolastiche.

Nelle situazioni più tipiche, il paziente con influenza resta confinato a letto per 3-4 giorni, riceve un numero di visite mediche variabili da 1,1 a 3,6 in relazione all'età e alla condizione di salute e perde in media 5 giornate lavorative.

Non è superfluo ricordare che l'incremento di complicanze, di ospedalizzazioni e di decessi, osservati come tendenza negli ultimi anni, riguardano nell'80-90% dei casi le persone anziane, specialmente se istituzionalizzate e affette da malattie croniche.

In Italia, come si è già detto, si stima che circa 8.000 persone muoiono ogni anno per cause correlate con l'influenza. Sino al 90% di questi decessi si presentano in soggetti di età superiore a 65 anni e in quelli con patologie croniche sottostanti. L'influenza può essere causa infatti di esacerbazioni di malattie polmonari e cardiache con conseguenti eventi ischemici acuti, cardiaci e ictus. Gruppi particolarmente a rischio a causa dell'influenza sono le donne in gravidanza, i bambini al di sotto di 5 anni, gli anziani e i soggetti con malattie croniche, anche se casi gravi si presentano anche in soggetti giovani sani. Questa po-

popolazione eterogenea fragile rappresenta circa 180 milioni di soggetti in Europa, pari al 36% della popolazione europea. D'altro canto l'influenza, nella fascia di soggetti di età compresa tra i 19 e i 49 anni in buone condizioni di salute, rappresenta la principale causa di visite mediche, comportando un carico di lavoro gravoso, in particolare per i Medici di Medicina Generale. La durata media di assenza dal lavoro per influenza nel nostro Paese è stata valutata in 4,8 giornate ed è stato calcolato (costi stagione 2004 - rivalutati 2015) che ogni caso costi complessivamente circa 360 euro.

L'epidemiologia della stagione 2015/2016

Nella scorsa stagione influenzale in Italia i casi stimati di sindrome influenzale, rapportati all'intera popolazione italiana e segnalati dal sistema di sorveglianza epidemiologica InFluNet del Ministero della Salute, sono stati complessivamente circa 4.847.000.

In Italia, durante la stagione 2015/2016, si è osservata fin dalle prime settimane di sorveglianza virologica una costante co-circolazione di ceppi influenzali di tipo A e di tipo B, con una maggiore prevalenza cumulativa di questi ultimi (57%). Nell'ambito dei virus A sottotipizzati, i ceppi H3N2 sono risultati prevalenti (62%) rispetto ai ceppi (H1N1) pdm09 mentre, nell'ambito dei virus B caratterizzati, il lineage B/Victoria è risultato dominante (96%); è quindi evidente come nella stagione appena conclusa si sia verificato un B-mismatch (non corrispondenza tra il lineage B circolante e quello contenuto nel vaccino trivalente) quasi totale in quanto il vaccino antinfluenzale trivalente utilizzato nell'ultima campagna di vaccinazione conteneva, in accordo alle indicazioni dell'OMS, il lineage B/Yamagata.

Analogia situazione è stata rilevata in Europa dove, pur essendo la prevalenza cumulativa del virus B inferiore rispetto all'Italia (30%), la dominanza del lineage B/Victoria è stata evidente, rappresentando questo il 93% dei virus B tipizzati.

Negli USA, dall'inizio della stagione il ceppo B ha rappresentato complessivamente il 28% dei virus isolati e si conferma la co-circolazione di B/Yamagata e B/Victoria, rappresentando quest'ultimo il 45% dei virus B tipizzati dai laboratori CDC dal 1° ottobre 2015.

Le nuove raccomandazione dell'OMS

L'OMS, sulla base delle valutazioni epidemiologiche e virologiche, nel febbraio 2016 ha raccomandato la nuova composizione dei virus influenzali (vedi Tabella 2) da includere nei vaccini stagionali per la prevenzione dell'influenza per la stagione influenzale 2016/2017 per l'emisfero nord. Le raccomandazioni emanate sono il risultato dei dati di sorveglianza virologica forniti da tutti i Centri Nazionali di riferimento (NIC), afferenti alla rete internazionale dell'OMS, attualmente composta da oltre 140 laboratori. La composizione 2016/2017 raccomandata per l'emisfero nord è pertanto **variata** rispetto al 2015/2016.

Il vaccino per la stagione 2016/2017 conterrà, pertanto:

- una nuova variante antigenica di sottotipo H3N2 (A/Hong Hong/4801/2014), che sostitu-

A/California/7/2009 (H1N1)	Presente anche nel vaccino 2015/2016
A/Hong Hong/4801/2014 (H3N2)	Nuova variante
B/Brisbane/60/2008 (lineage B/Victoria/2/87)	Nuova variante
B/Phuket/3073/2013 (lineage B/Yamagata)	Presente solo nel vaccino quadrivalente

irà il ceppo A/Switzerland/9715293/2013 contenuto nel vaccino della presente stagione;

- una nuova variante di tipo B (B/Brisbane/60/2008) del lineage B/Victoria, in sostituzione del precedente ceppo vaccinale, B/Phuket/3073/2013 appartenente invece al lineage B/Yamagata. Le suddette nuove varianti vaccinali risultano entrambe già inserite nella composizione vaccinale 2016 per l'emisfero sud.

Per i vaccini quadrivalenti (QIV) l'OMS raccomanda, pertanto, l'inserimento del virus B/Phuket/3073/2013 (lineage B/Yamagata), in aggiunta ai tre sopramenzionati, che rimane pertanto invariato rispetto alla scorsa stagione 2015/16. Il vaccino quadrivalente, in linea con le raccomandazioni dell'OMS rispetto al vaccino trivalente, consente una prevenzione completa verso l'influenza B in quanto protegge contro entrambi i lineage di virus B, risolvendo quindi il problema determinato dal mismatch totale (non concordanza del lineage B presente nel vaccino rispetto a quello circolante) o dal mismatch parziale (co-circolazione di entrambi i lineage B). La Figura 3 mostra le percentuali di malattia influenzale causata, nei paesi Europei, dai due sottotipi di influenza A comuni e dai due lineage di influenza B (dati EuroFlu): è evidente come, nelle 11 stagioni considerate, si sia verificata non solo la co-circolazione dei ceppi A e B in tutto il periodo osservato, ma anche la co-circolazione dei due lineage B con alternanza di predominanza dell'uno rispetto all'altro. La distinzione antigenica tra i virus

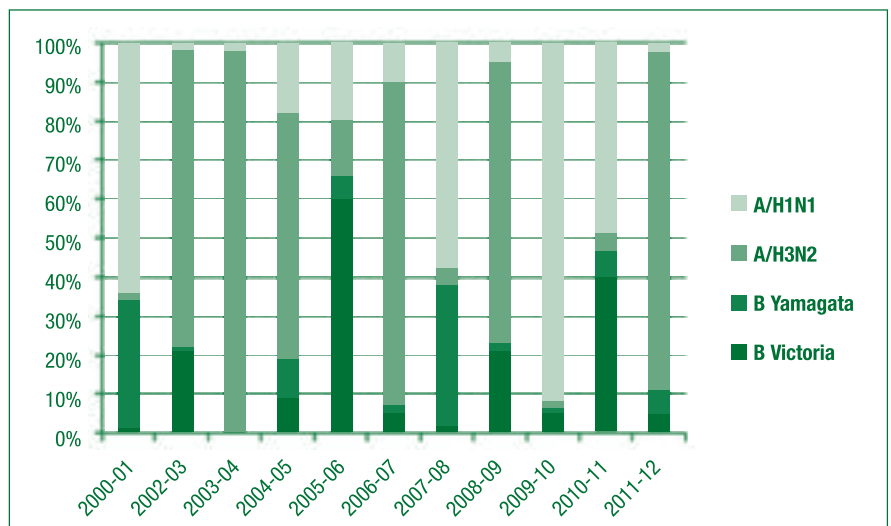


Figura 3: distribuzione dei diversi tipi di influenza A e B in Europa, stagioni 2000/2001-2011/2012

dell'influenza A e B, tra i vari sottotipi e ceppi del virus A, tra i differenti *lineage* del virus B sono alla base delle sfide che si sono poste nello sviluppo di vaccini effettivamente efficaci contro l'influenza.

Il B-mismatch: composizione vaccino verso virus circolante

Come già anticipato, uno dei fattori determinanti per l'efficacia di un vaccino antinfluenzale è la corretta selezione dei ceppi virali in esso contenuti, affinché questi corrispondano a quelli circolanti nel corso di un'epidemia stagionale. Poiché i vaccini trivalenti contengono un solo ceppo B, è evidente come la probabilità che si verifichi un B-*mismatch* sia particolarmente elevata; infatti, negli Stati Uniti, il B-*mismatch* totale/parziale si è verificato in 11 delle 15 stagioni influenzali 2000/2001-2014/2015. Tale fenomeno è stato registrato pure in Europa, dove la mancata corrispondenza tra virus B vaccinale e il virus B circolante è avvenuta, in modo totale/parziale, in 7 su 9 stagioni tra 2003/2004 e 2011/2012. I dati Italiani relativi al B-*mismatch* sono limitati a rilevazioni regionali: la sorveglianza virologica effettuata in Liguria durante le 10 stagioni influenzali dal 2001/2002 al 2010/2011 mette in evidenza 4 stagioni in cui si è verificata la co-circolazione di entrambi i *lineage* B, e quindi B-*mismatch* parziale, e una stagione in cui vi è stato B-*mismatch* totale. Un recente lavoro relativo alla sorveglianza virologica effettuata in Lombardia nel corso di 10 stagioni influenzali (2004/2005-2013/2014) evidenzia 4 stagioni in cui si è verificato B-*mismatch* tra il *lineage* B circolante e quello vaccinale. L'incapacità di prevedere correttamente il ceppo B predominante durante la stagione influenzale impatta negativamente sulla protezione individuale da influenza B, limitando l'efficacia delle campagne di vaccinazione antinfluenzale. È inoltre importante sottolineare che la risposta anticorpale all'infezione da influenza B è *lineage*-specifico e che, a seguito della vaccinazione, la reattività crociata tra *lineage*, e quindi la protezione fornita verso l'altro *lineage*, è limitata.

↔ Ruolo degli operatori sanitari in ambito vaccini e focus sul farmacista

Ruolo del farmacista nel counseling della vaccinazione

Parlare di influenza, malattia davvero particolare, è difficile proprio per le sue caratteristiche; infatti è l'unica malattia che subiamo più volte nella vita a prescindere da situazioni peculiari o fattori di rischio e, nella stragrande maggioranza dei casi, decorre in modo benevolo, anche se purtroppo ogni anno migliaia di persone decedono a causa di questa patologia. La situazione si complica quando si paventa il rischio "pandemia". Solo il nome evoca disastri storici e paure ataviche rilanciate anche da una filmografia catastrofista. Esempi concreti del deragliamento di una comunicazione inadeguata del rischio si sono evidenziati nel 2005 con l'avaria ancor di più nel 2009 con l'influenza impropriamente definita suina. Ad esempio, la vaccinazione antinfluenzale ha avuto una flessione negativa per il classico effetto "al lupo, al lupo" che ha sminuito nell'opinione pubblica la percezione del rischio e declassato a "bufale" situazioni di reale pericolo a cui la popolazione mondiale è stata, ed è ancora sottoposta, facendo oltretutto

serpeggiare nell'opinione pubblica la possibilità di complotti orditi da chi ha interessi commerciali per ricavarne guadagni. La negatività nei confronti di questa vaccinazione segue la disaffezione complessiva verso le vaccinazioni in genere, acuita dalla grande rilevanza mediatica conseguente al ritiro precauzionale di alcuni vaccini antinfluenzali negli scorsi anni e in particolare durante la campagna vaccinale dello scorso anno per una presunta, e non confermata, correlazione tra la vaccinazione e alcuni decessi. L'attenzione alla sicurezza prestata dalle Istituzioni preposte, invece che essere valutata positivamente, è stata percepita come una prova della pericolosità della vaccinazione antinfluenzale e di tutte le vaccinazioni. Con queste premesse fare comunicazione sull'influenza è un lavoro arduo per la connaturata incertezza nell'evoluzione di questa patologia così difficile da padroneggiare anche se le epidemie annuali di influenza sono associate con un'elevata morbilità e mortalità, coinvolgendo ogni anno dal 5 al 20% della popolazione, con tassi di incidenza che possono raggiungere il 40-50% in alcuni ambiti specifici, quali i soggetti a rischio per patologia o per età, nonostante le politiche di prevenzione attuate per proteggere la popolazione più vulnerabile.

Caratteristiche e indicazioni dei vaccini antinfluenzali oggi disponibili

I vaccini disponibili in Italia sono tutti inattivati (ad eccezione di un vaccino antinfluenzale costituito da virus vivi attenuati, da somministrare per via nasale, autorizzato al commercio in Italia) e quindi non contengono particelle virali intere attive e sono classificabili nei seguenti tipi:

- **vaccino split**, contenente virus influenzali frammentati;
- **vaccino a subunità**, contenente solo gli antigeni di superficie, emoagglutinina e neuraminidasi;
- **vaccino adiuvato**, contenente gli antigeni di superficie emulsionati ad adiuvante oleoso metabolizzabile (MF59);
- **vaccino intradermico**, split, confezionato in una siringa particolare che consente di inoculare nel derma la dose desiderata (concentrata in 0,1 ml di volume).

Per la prossima campagna vaccinale saranno disponibili diversi tipi di vaccino (vedi **Tabella 3**), split e subunità ottenuti con tecnologia egg-based, ampiamente usati in tutto il mondo. Questi vaccini sono comunemente definiti "vaccini classici" o "plain", e la loro immunogenicità è stata ampiamente studiata in soggetti di tutte le età.



LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE HA AVUTO UNA FLESSIONE NEGATIVA PER IL CLASSICO EFFETTO "AL LUPO, AL LUPO" CHE HA SMINUITO NELL'OPINIONE PUBBLICA LA PERCEZIONE DEL RISCHIO E DECLASSATO A "BUFALE" SITUAZIONI DI REALE PERICOLO A CUI LA POPOLAZIONE MONDIALE È STATA, ED È ANCORA, SOTTOPOSTA.

Tabella 3
Vaccini antinfluenzali stagionali

Età	Vaccino	Dosi e modalità di somministrazione
6-36 mesi	Sub-unità, split	<ul style="list-style-type: none"> • 2 dosi ripetute a distanza di almeno 4 settimane per bambini che vengano vaccinati per la prima volta, formulazione pediatrica o mezza dose adulti (0,25 ml) • 1 dose, se già vaccinati negli anni precedenti, formulazione pediatrica o mezza dose adulti (0,25 ml)
3-9 anni	Sub-unità, split (tri o tetravalente)	<ul style="list-style-type: none"> • 2 dosi (0,50 ml) ripetute a distanza di almeno 4 settimane per bambini che vengano vaccinati per la prima volta • 1 dose (0,50 ml) se già vaccinati negli anni precedenti
10-17 anni	Sub-unità, split (tri o tetravalente)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 dose (0,50 ml)
18-59 anni	<ul style="list-style-type: none"> • Sub-unità, split (tri o tetravalente) • intradermico 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 dose (0,50 ml) • 1 dose (9 mg/ceppo in 0,1 ml)
60-64 anni	<ul style="list-style-type: none"> • Sub-unità, split (tri o tetravalente) • intradermico 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 dose (0,50 ml) • 1 dose (9 mg/ceppo in 0,1 ml)
≥ 65 anni	<ul style="list-style-type: none"> • Split (tri o tetravalente), sub-unità, sub-unità adiuvante con MF59 • intradermico 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 dose (0,50 ml) • 1 dose (9 mg/ceppo in 0,1 ml)

Per aumentare la risposta immunitaria nei soggetti anziani e/o immunocompromessi sono stati messi a punto vaccini in grado di indurre una risposta anticorpale più elevata (vaccini “a elevata immunogenicità” o “potenziati”, come ad esempio il vaccino a somministrazione intradermica 15 microgrammi e il vaccino adiuvato con la molecola MF59), sempre trivalenti. Dalla stagione 2014/15 è disponibile in commercio in Italia un vaccino quadrivalente split indicato per l'immunizzazione degli adulti e dei bambini dai 3 anni di età, per la prevenzione della influenza causata dai due sottotipi di virus influenzale A e da due di tipo B. È stato autorizzato al commercio, inoltre, un vaccino con antigene di superficie, inattivato, prodotto in colture cellulari.

Sulla base di queste premesse è opportuno ricordare che le moderne strategie di prevenzione vaccinale prevedono di utilizzare il prodotto più idoneo in base a età, condizioni di rischio, patologie debilitanti, immunodepressione. La flessibilità nell'uso del vaccino deriva, pertanto, dalla capacità di saper scegliere e utilizzare il vaccino in base alle differenti caratteristiche della popolazione target, sulla base delle raccomandazioni ufficiali. Questo approccio garantisce una migliore

efficacia stimata del vaccino, riducendo al contempo gli eventi avversi e la reattogenicità. In numerosi studi e in diverse metanalisi le reazioni ai vaccini, sia locali sia sistemiche, si sono dimostrate costantemente di carattere lieve e transitorie e, dunque, di scarsa rilevanza clinica. L'esame dei pochi eventi avversi gravi riportati dopo la vaccinazione non ha rivelato alcuna relazione causale con la vaccinazione, perciò non è stato riscontrato alcun problema di sicurezza per il vaccino. Questi risultati sono in linea con la valutazione di sicurezza positiva emanata secondo i parametri dell'OMS.

➔ Conclusioni

Le coperture vaccinali sono ben lontane dall'obiettivo minimo del 75% previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale. Per la stagione 2014-15, l'ultima di cui si conoscono i dati, si stima infatti una copertura di circa il 49,0%, -26% rispetto all'obiettivo minimo di sanità pubblica. Tale valore conferma, inoltre, un preoccupante trend negativo rispetto alle stagioni precedenti (copertura vaccinale = 67,1% per la stagione 2011-12). Come discusso, è dimostrato che le alte coperture riducono il tasso di trasmissibilità del virus influenzale, riducendo così il numero di ILI e quindi i costi sostenuti. È quindi evidente che, per ottenere i migliori risultati da una campagna vaccinale, sia in termini di salute della popolazione sia in termini economici, già a partire dalla prossima stagione 2016-17, è necessaria una campagna vaccinale per l'influenza che incrementi sostanzialmente il numero di vaccinati e ottenga l'obiettivo minimo di sanità pubblica, invertendo così anche il trend negativo registrato nelle passate stagioni e garantendo a tutta la popolazione target il diritto alla prevenzione. Le evidenze medico-scientifiche e gli studi economici hanno ampiamente dimostrato come la vaccinazione risulti essere l'intervento più efficace, efficiente ed economico per contrastare il virus dell'influenza.

Per attivare e svolgere l'evento FAD è necessario:

- Registrarsi alla piattaforma didattica www.farma7fad.it cliccando sul pulsante “Registrati” presente in homepage e confermare la registrazione tramite l'email ricevuta all'indirizzo di posta elettronica indicato (se già registrati saltare questo passaggio).
- Effettuare il login nell'apposito spazio presente in home page (con email e password utilizzate in fase di registrazione).
- Cliccare sul corso “Vaccinazione antinfluenzale: valore, sicurezza e nuove composizioni” e successivamente su “Iscriviti” e “Attiva” e iniziare a svolgere il corso. Per tutti gli accessi successivi al primo il percorso formativo sarà disponibile nell'area riservata “Il mio pannello”.
- Studiare i contenuti didattici, accedere ai questionari ECM e rispondere correttamente ad almeno il 75% delle domande (il test è ripetibile fino a 5 volte). Al termine del corso si potrà salvare e/o stampare l'attestato ECM dei crediti ottenuti.
- Il corso deve essere terminato entro e non oltre il 31/12/2016.

Bibliografia

- Ahn KM, Chung SH, Chung EH, et al. Clinical characteristics of acute viral lower respiratory tract infections in hospitalized children in Seoul, 1996-1998. *J Korean Med Sci* 1999;14(4):405-11.
- Ambrose CS, Levin MJ. The rationale for quadrivalent influenza vaccines. *Hum Vaccin Immunother*. 2012;13:81-8.
- America Academy of Pediatrics. Red Book. 2009 Rapporto del Comitato sulle Malattie infettive. VII edizione italiana. Pacini Editore Medicina. 2009.
- Belshe RB. The need for quadrivalent vaccine against seasonal influenza. *Vaccine*, 2010 Sep 7;28 Suppl 4:D45-53.
- Bueving HJ, van der Wouden JC, Berger MY, Thomas S. Incidence of influenza and associated illness in children aged 0-19 years: a systematic review. *Rev Med Virol* 2005;15:383-391.
- Campa A, Quattrocchi M, Guido M, Gabutti G, Germinario C, De Donno A, Group TI. Ten-year (1999- 2009) epidemiological and virological surveillance of influenza in South Italy (Apulia). *Influenza Res Treat*. 2010;2010:642492.
- Cox S, Posner SF, McPheeters M, et al. Hospitalizations with respiratory illness among pregnant women during influenza season. *Obstet Gynecol* 2006;107(6):1315-22.
- Dawood FS, Fiore A, Kamimoto L, et al. Burden of Seasonal Influenza Hospitalization in Children, United States, 2003 to 2008. *J Pediatr* 2010;157(5):808-14.
- De Donno A, Quattrocchi M, Errico P, Lobreglio G, Sanapo F, Guido M; Influenza Collaborative Group. Epidemiological and virological assessment of influenza activity in Apulia, Italy, during the seasons 2004 - 2005 and 2005 - 2006. *J Int Med Res*. 2007 Sep- Oct;35(5):657-65.
- Dodds L, McNeil SA, Fell DB. Impact of influenza exposure on rates of hospital admissions and physician visits because of respiratory illness among pregnant women. *CMAJ* 2007;176(4):463-8.
- Domachowski JB, Pankow-Culot H, Bautista M et al. A randomized trial of candidate inactivated quadrivalent influenza vaccine versus trivalent influenza vaccines in children aged 3-17 years. *J Infect Dis* 2013; 207: 1878-1887.
- EuroFlu Weekly Electronic Bulletin. EuroFlu. WHO/Europe influenza surveillance (EuroFlu.org). Regional Office for Europe of World Health Organization. Disponibile a: http://www.euroflu.org/cgi-files/bulletin_v2.cgi?season=2012&menu=y.
- EuroFlu. WHO/Europe influenza surveillance (EuroFlu.org). Regional Office for Europe of World Health Organization. Disponibile a: <http://www.euroflu.org>.
- Fluarix-Tetra® - Riassunto delle caratteristiche di prodotto 10 Giugno 2014.
- Fraaij PLA, Heikkinen T. Seasonal influenza: The burden of disease in children. *Vaccine* 2011;29:7524-7528.
- Gasparini R, Bonanni P, Amicizia D, Bella A, Donatelli I, Cristina ML, Panatto D, Lai PL. Influenza epidemiology in Italy two years after the 2009-2010 pandemic: Need to improve vaccination coverage. *Hum Vaccin Immunother*. 2013 Jan 4;9(3).
- Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons. A meta-analysis and review of the literature. *Ann Intern Med* 1995; 123:518-27.
- Heikkinen T, Silvennoinen H, Peltola V, et al. Burden of influenza in children in the community. *J Infect Dis* 2004;190(8):1369-73.
- Heikkinen T, Thint M, Chonmaitree T. Prevalence of various respiratory viruses in the middle ear during acute otitis media. *N Engl J Med* 1999;340(4):260-4.
- Istituto Superiore di Sanità (ISS), Influnet. Disponibile a: <http://www.iss.it/ifu/index.php?lang=1>.
- Jain VK, Rivera L, Zaman K et al. Prevention of mild and moderate-to-severe influenza in children by an inactivated quadrivalent influenza vaccine: a randomized, controlled trial. *NEJM* 2013; 369 (26): 2481-2491.
- Jefferson T, Di Pietrantonj C, Al-Ansary LA, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; CD004876.
- Karve S, Meier G, Davis KL, Misurski DA, Wang CC. Influenza-related health care utilization and productivity losses during seasons with and without a match between the seasonal and vaccine virus B lineage. *Vaccine*. 2013 Jul 18;31(33):3370-88.
- Kieninger D, Sheldon E, Lin WY, et al. Immunogenicity, reactogenicity and safety of an inactivated quadrivalent influenza vaccine candidate versus inactivated trivalent influenza vaccine: a phase III, randomized trial in adults aged ≥18 years. *BMC Infectious Diseases* 2013, 13: 343
- Lai PL, Panatto D, Ansaldi F, Canepa P, Amicizia D, Patria AG, Gasparini R. Burden of the 1999-2008 seasonal influenza epidemics in Italy: comparison with the H1N1v (A/California/07/09) pandemic. *Hum Vaccin*. 2011 Jan-Feb;7 Suppl:217-25.
- Mauskopf J, Klesse M, Lee S, et al. The burden of influenza complications in different high-risk groups: a targeted literature review. *J Med Econ* 2013;16(2):264-77.
- Ministero della Salute. Circolare del Ministero della Salute sulla "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2012-2013.
- Ministero della Salute. Coperture vaccinali. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=679&area=influenza&menu=vaccinazione.
- Ministero della Salute. Influenza. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=influenza.
- Ministero della Salute. Sistema di sorveglianza Influnet. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=influenza&menu=sorveglianza.
- Nair H, Brooks WA, Katz M, et al. Global burden of respiratory infections due to seasonal influenza in young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2011;378:1917-30.
- Neuzil KM, Zhu Y, Griffin MR, et al. Burden of inter-pandemic influenza in children younger than 5 years: a 25-year prospective study. *J Infect Dis* 2002;185(2):147-52.
- Peltola V, Ziegler T, Ruuskanen O. Influenza A and B virus infections in children. *Clin Infect Dis* 2003;36(3):299-305.
- Poehling KA, Edwards KM, Weinberg GA, et al. The under-recognized burden of influenza in young children. *N Engl J Med* 2006;355(1):31-40.
- Preaud E, Durand L, Macabeo B, et al. Annual public health and economic benefits of seasonal influenza vaccination: a European estimate. *BMC Public Health*. 2014 Aug 7;14:813.
- Reed C, Meltzer MI, Finelli L et al. Public health impact of including two lineages of influenza B in a quadrivalent seasonal influenza vaccine. *Vaccine* 2012; 30: 1993-1998.
- Rizzo C, Bella A, Viboud C, Simonsen L, Miller MA, Rota MC, Salmasso S, Ciofi degli Atti ML. Trends for influenza related deaths during pandemic and epidemic seasons, Italy, 1969-2001. *Emerg Infect Dis*. 2007 May;13(5):694-9.
- Rizzo C, Declich S, Bella A, Caporali MG, Lana S, Pompa MG, Vellucci L, Salmasso S. Enhanced epidemiological surveillance of influenza A(H1N1)v in Italy. *Euro Surveill*. 2009 Jul 9;14(27).
- Ruuskanen O, Arola M, Putto-Laurila A, et al. Acute otitis media and respiratory virus infections. *Pediatr Infect Dis J* 1989;8(2):94-9.
- Simmerman JM, Chittaganpitch M, Levy J, et al. Incidence, seasonality and mortality associated with influenza pneumonia in Thailand: 2005-2008. *PLoS One* 2009;4(11):e7776.
- States, 2003 to 2008. *J Pediatr* 2010;157(5):808-14.
- Surveillance Group for New Influenza A(H1N1) Virus Investigation in Italy. Virological surveillance of human cases of influenza A(H1N1)v virus in Italy: preliminary results. *Euro Surveill*. 2009 Jun 18;14(24).
- Thompson WW, Comanor L, Shay DK. Epidemiology of Seasonal Influenza: Use of Surveillance Data and Statistical Models to Estimate the Burden of Disease. *JID* 2006;194(Suppl 2):S82-S91.
- US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Seasonal influenza activity surveillance reports: 1999-2000 to 2010-2011 seasons. <http://www.cdc.gov/flu/weekly/pastreports.htm>.
- Van Bellinghen LA, Meier G, Van Vlaenderen I. The Potential Cost-Effectiveness of Quadrivalent versus Trivalent Influenza Vaccine in Elderly People and Clinical Risk Groups in the UK: A Lifetime Multi-Cohort Model. *PLOSOne* 2014; 9 (6): e98437.
- Villari P, Manzoli L, Boccia A. Methodological quality of studies and patient age as major sources of variation in efficacy estimates of influenza vaccination in healthy adults: a meta-analysis. *Vaccine* 2004; 22:3475-86.
- Vu T, Farish S, Jenkins M, Kelly H. A meta-analysis of effectiveness of influenza vaccine in persons aged 65 years and over living in the community. *Vaccine* 2002;20:1831-6.
- Webster RG. Immunity to influenza in the elderly. *Vaccine* 2000;18(16):1686-9.
- Zhou H, Thompson WW, Viboud CG, et al. Hospitalizations associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States, 1993- 2008. *Clin Infect Dis* 2012;54(10):1427-36.

Questionario ECM

1 Quale tra le seguenti affermazioni è corretta?

- a. l'influenza è la terza causa di morte in Italia per patologia infettiva
- b. l'attività dell'influenza raggiunge normalmente il suo picco nel mese di dicembre
- c. l'influenza colpisce ogni anno il 10-20% della popolazione
- d. complicazioni, ricoveri e morte sono più comuni in adulti altrimenti sani

2 Secondo il Ministero della Salute l'influenza rappresenta un importante problema di Sanità Pubblica perché:

- a. comporta un enorme peso economico per la società
- b. è la principale causa di assenza dal lavoro e da scuola
- c. causa ogni anno circa 8.000 decessi in eccesso
- d. tutti i motivi riportati

3 I principali sintomi dell'influenza nel soggetto adulto sono i seguenti eccetto:

- a. brusco rialzo febbrile
- b. sensazione di freddo e brividi
- c. sensazione di "ossa rotte"
- d. vomito e diarrea

4 L'influenza nei bambini sotto l'anno di età presenta come sintomo principale?

- a. brusco rialzo febbrile
- b. sensazione di "ossa rotte"
- c. letargia e inappetenza
- d. fotofobia

5 La patologia influenzale è più subdola nel paziente anziano perché?

- a. non ha un esordio improvviso
- b. può provocare potenzialmente un improvviso peggioramento di eventuali patologie concomitanti e croniche
- c. può manifestarsi con una sintomatologia neurologica che può essere decisamente importante
- d. tutte le risposte indicate

6 L'immunizzazione annuale contro l'influenza:

- a. rappresenta la strategia più efficace per prevenire la malattia
- b. può essere influenzata dal coinvolgimento dei farmacisti nella cura dei pazienti
- c. non è raccomandata nei bambini da 6 mesi a 5 anni, dal momento che essi hanno già sufficienti anticorpi materni
- d. rappresenta la strategia più efficace per prevenire la malattia e può essere influenzata dal coinvolgimento dei farmacisti nella cura dei

pazienti

7 I virus influenzali di tipo A attualmente contenuti nei vaccini sono ulteriormente classificati in:

- a. sottotipi basati sui lineage Yamagata o Victoria
- b. sottotipi H1N1 e H3N2
- c. sottotipi H1N1, H2N2 e H3N3
- d. interferoni

8 Quale dei seguenti vaccini antinfluenzali NON è disponibile in Italia?

- a. vaccino split, contenente virus influenzali frammentati
- b. vaccino a subunità, contenente solo gli antigeni di superficie, emoagglutinina e neuraminidasi
- c. vaccino vivo attenuato quadrivalente
- d. vaccino adiuvato, contenente gli antigeni di superficie emulsionati ad adiuvante oleoso metabolizzabile (MF59)

9 Secondo i dati *Influnet*, qual è la fascia di età più colpita dall'influenza?

- a. 0-4 anni
- b. 5-14 anni
- c. 15-64 anni
- d. ≥ 65 anni

10 Finalità della vaccinazione antinfluenzale sono?

- a. unicamente la protezione individuale
- b. unicamente la protezione della collettività
- c. protezione individuale e della collettività
- d. protezione individuale, della collettività ed eradicazione della malattia

11 Obiettivi della campagna vaccinale sono?

- a. riduzione del rischio individuale di malattia
- b. riduzione dei costi sociali connessi con morbilità e mortalità
- c. riduzione dell'assenteismo e dei rischi connessi con l'attività lavorativa
- d. tutte le risposte indicate

12 La vaccinazione quadrivalente presenta quali vantaggi?

- a. consente una prevenzione completa verso l'influenza B in quanto protegge contro entrambi i lineage di virus B
- b. favorisce il mismatch
- c. consente una prevenzione completa verso l'influenza C, altrimenti non presente
- d. nessuna delle risposte indicate

è lieta di annunciare
che è iniziata la commercializzazione di:

senza
conservanti

Eumill[®]
NASO
E NASO BABY

IGIENE E RESPIRO DI NASI E NASINI
FORMULAZIONI PER OGNI ESIGENZA



AZIONE + DELICATA

AZIONE + ENERGICA



CONTENITORI
MONODOSE
PULIZIA DEL NASO

SPRAY
NEBULIZZAZIONE
DELICATA
IGIENE NASALE
QUOTIDIANA

SPRAY
GETTO DOLCE
IGIENE NASALE
QUOTIDIANA

SPRAY
GETTO DOLCE
NASO CHIUSO



**CONTENITORI MONODOSE
A BASE DI SOLUZIONE FISIOLÓGICA**



**SPRAY A BASE DI ACQUA DI MARE DELLA BRETAGNA
100% NATURALE PRELEVATA DA UN SITO
CON MARCHIO EUROPEO DI QUALITÀ ECOLOGICA BANDIERA BLU**



EUMILL NASO BABY SOLUZIONE FISIOLÓGICA È UN DISPOSITIVO MEDICO CE 0459.
EUMILL NASO SOLUZIONE IPERTONICA, SOLUZIONE ISOTONICA ED EUMILL NASO BABY SOLUZIONE ISOTONICA SONO DISPOSITIVI MEDICI CE 0499.
LEGGERE ATTENTAMENTE LE AVVERTENZE O LE ISTRUZIONI D'USO.

Per ulteriori informazioni contattare l'agente di zona o il numero verde **800 835 029**
(dalle 8:30 alle 12:30 e dalle 14:00 alle 17:00)

Domande-Offerte

Redazione

Per informazioni tel. 02.6888775 - e-mail a.scotti@giornalidea.it

Acquisti

- Provincia di Ancona, Macerata, Fano, Pesaro: acquistansi quote o farmacia di giro medio-basso. Per contatti telefonare al 335.5472346 o al 339.1077865 o allo 071.981056.
- Campania: acquistasi farmacia di giro medio-piccolo in linea con i parametri attuali. Esclusi intermediari. Per contatti telefonare al 328.6124085 oppure inviare un'e-mail a: dottormasaniello@hotmail.com
- Costa abruzzese o immediate vicinanze: acquistasi farmacia. Per contatti telefonare al 347.6052980.
- Toscana, Emilia Romagna, Liguria, Veneto: nei pressi di qualche città (massimo a 20-25 km) acquistasi farmacia rurale, unica sede, di giro medio-piccolo. Per contatti telefonare al 346.9787724, e-mail: cercasifarmacia@gmail.com

Vendite

- Toscana: in zona appenninica turistica molto bella, vendesi farmacia rurale sussidiata di giro medio-piccolo con ottima redditività. Bassissimi costi di gestione (affitto locali irrisorio). 50/50 rapporto Ssn-cassetto, circa 8.000 ricette l'anno. Ambulatorio medico e studio veterinario nei pressi. Zona non soggetta a nuove aperture. Richiesta interessante. Per contatti inviare un'e-mail a farmaciaruralevendit@libero.it, indicando le proprie generalità.
- Abruzzo interno: nell'immediata periferia di importante città, vendesi farmacia rurale sussidiata di giro medio. Ottima redditività, ampia superficie. Si valuta anche la possibilità di cessione di quote fino all'80%. Per contatti inviare un'e-mail a: liuc8612@gmail.com
- Roma centro: vendesi farmacia di giro medio incrementabile, con ottima redditività. Alto bacino d'utenza. Esclusa apertura di nuove sedi. Vendita comprensiva d'immobile di proprietà. Esclusi intermediari, perditempo e curiosi. Per contatti inviare un'e-mail, con dati anagrafici e recapiti telefonici, a: co.desantis@tiscali.it
- Provincia di Pistoia: vendesi farmacia rurale di giro medio. Solo se interessati, telefonare in ore pasti al 347.6016202.

- Provincia di Torino: vendesi farmacia rurale, sussidiata, di giro piccolo. Esclusi intermediari e perditempo. Solo se interessati, inviare un'e-mail con recapiti a: farvend@libero.it
- Sicilia centrale: vendesi farmacia di giro medio. Nessun debito, ampio parcheggio, locali di proprietà, cantina deposito. Esclusa la possibilità di nuove sedi. Per contatti telefonare al 333.8358606.
- Provincia di l'Aquila: al confine con il Lazio, vendesi farmacia rurale sussidiata di giro piccolo con ottima redditività. Per contatti inviare un'e-mail a: graffyst@libero.it
- Provincia di Belluno: in nota e rinomata località turistica del Cadore, vendesi farmacia rurale sussidiata di giro medio-piccolo. Sede unica, senza previsione di prossime aperture. Bacino d'utenza di circa 2.500 persone. Fatturato in continua crescita, alta remuneratività. Interamente ristrutturata e rinnovata nel 2012. Richiesta molto interessante. Per contatti telefonare al 347.3329642; e-mail: donald80@libero.it
- Provincia di Savona: in zona turistica dell'entroterra, privato vende farmacia rurale, sussidiata, sede unica, di giro medio-piccolo. Ottima redditività. Possibilità concreta di aumentare il fatturato. Richiesta interessante. Nessuna apertura di farmacie e parafarmacie nelle vicinanze. Esclusi intermediari e perditempo. Per contatti inviare un'e-mail, specificando dati anagrafici e recapiti anche telefonici a: studioale@virgilio.it
- Marche: a circa 20 chilometri dalla costa, vendesi il 100% delle quote di società titolare di unica sede farmaceutica, di giro medio-alto, a valori di mercato. Per ulteriori informazioni scrivere a: annunci@confarmstudio.it, indicando riferimento farmacia Marche.

Lavoro

- Roma: magazziniere con esperienza pluriennale nel settore, offresi per collaborazione a tempo pieno, preferibilmente con orario continuato, in farmacie delle zone di Magliana, Marconi, Monteverde, Montagnola, Ostiense, Portuense, Garbatella, Eur, Trastevere, Testaccio. Per contatti telefonare, in ore pasti, al 338.3696080.

Arredi

- La farmacia Baldini in provincia di Novara, vende cassettera usata a prezzo di realizzo. Per contatti telefonare al 328.2877601. Per foto e misure: www.farmaciadivespolate.it

«Farma 7» è l'organo ufficiale di stampa della Federfarma (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). 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:** Silvia Fazzini - **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, 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 € 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», € 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'8.6.2016

OCCHIALI PER LETTURA

PRONTOLEGGO®

€29

prezzo consigliato al pubblico

**VELOCE OSCURAMENTO
DELLE LENTI!**

PHOTOCHROMIC

**ESCLUSIVA
NOVITÀ!**

**GLI OCCHIALI CON LENTI FOTOCROMATICHE CHE
SI SCURISCONO AL SOLE PER LEGGERE OVUNQUE!**



Mod. PHOTOCHROMIC rosso



Mod. PHOTOCHROMIC tartaruga



Mod. PHOTOCHROMIC nero



Mod. PHOTOCHROMIC blu

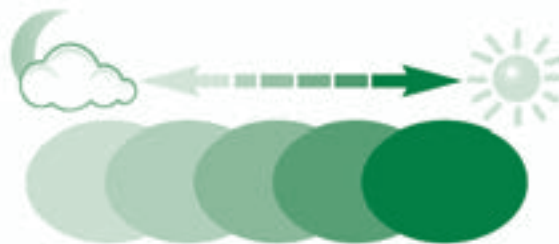


In dotazione: elegante astuccio, in pelle ecologica,
nel colore coordinato con gli occhiali.



Confezione/espositore da banco per 24 occhiali.
Dimensioni dell'espositore: larghezza cm 23, profondità cm 30, altezza cm 35
Completo di specchio, test per autodiagnosi della vista.

Le lenti degli occhiali per lettura Prontoleggo Photochromic sono chiare con il cielo nuvoloso e negli interni, si scurano alla luce del sole.



Qualità garantita da severi controlli e certificata da Attestato del Ministero della Salute.

Kit PRONTOLEGGO PHOTOCHROMIC: 4 modelli (n° 24 occhiali - 1 pezzo per colore/diopia da +1,00 a +3,50).

- Montatura: unisex in leggero materiale organico iniettato.
- Aste: flessibili con cerniera a molla.
- Lenti: fotocromatiche, molto sottili ed infrangibili, con trattamento antigraffio ed antiriflesso.
- 4 colori di moda.
- Completi di: elegante astuccio in pelle ecologica, panno per la pulizia delle lenti, cordoncino per appendere al collo gli occhiali, garanzia di tre anni.



I.O.I. INDUSTRIE OTTICHE ITALIANE S.r.l.
C.so Fiume, 4 - 10133 Torino - Tel. +39 011/553.40.21 r.a. - Fax +39 011/660.88.85
e-mail: info@industrieottiche.it - www.ioi.it - www.prontoleggo.it

Associato



**1 ITALIANO SU 4
DICHIARA DI AVERE
IL COLESTEROLO
OLTRE IL VALORE
DESIDERABILE**



**IL PRIMO SOSTEGNO
PER IL COLESTEROLO
SENZA TOSSICITÀ
UNICO ANCHE
NEL PREZZO**



**BIOMONACOLINA® K DA RISO ROSSO
FERMENTATO CITRININA FREE®**

IL METICOLOSO PROCESSO DI PRODUZIONE, ASSOCIATO A CONTROLLI DI QUALITÀ E ANALISI TOSSICOLOGICHE, ASSICURANO UN COSTANTE LIVELLO DI MONACOLINA K (COMPONENTE FUNZIONALE) E L'ASSENZA DELLA CITRININA (TOSSINA DEI FUNGHI) POTENZIALMENTE TOSSICA A LIVELLO RENALE.

“Vogliamo essere una scelta che conviene oggi e sempre ai tuoi clienti e, proprio per questo, anche alla tua farmacia.”

Arnaldo Degli Atti

Fondatore e amministratore delegato di Chemist's Research

La politica di pricing è una delle più importanti decisioni da affrontare in farmacia. Chemist propone una strategia unica e fortemente più incisiva rispetto alle promozioni temporanee: garantire qualità e innovazione in offerta permanente, accrescendo i volumi di vendita e fidelizzando la clientela.

Per informazioni

Numero Verde

800 44 66 40

9:00-12:30 | 15:30-18:00

WE RESEARCH.



YOU FEEL GOOD.

chemist's research

www.chemistresearch.it