

Svolta Usa: "Cambiamo la definizione di cancro"

Gli scienziati verso una rivoluzione semantica: "Usiamo troppo quella parola che fa paura"

Il rapporto del National Cancer Institute: "Così i malati avranno più fiducia"

DAL NOSTRO INVIATO
MASSIMO VINCENZI

NEW YORK — Le parole sono importanti, decidono della nostra vita. Ed è per questo che un gruppo di medici americani chiede una rivoluzione semantica nella lotta al tumore: basta pronunciare cancro per definire qualsiasi anomalia, ci sono altri modi scientifici per indicare la stessa patologia e vanno usati quelli. Il rapporto del National Cancer Institute ha come obiettivo ridurre l'impatto emotivo sui pazienti: «Cambiare il linguaggio è fondamentale per dare alla gente la fiducia necessaria per affrontare le loro malattie senza esagerare con le cure», spiega al *New York Times* Laura Esserman, una delle autrici del rapporto e direttrice del Breast Center all'università di California a San Francisco, che aggiunge: «Quando uno sente pronunciare la parola cancro pensa subito alla morte ed è disposto a fare qualsiasi cosa pur di salvarsi. Chiede di fare qualsiasi qualcosa».

Il nemico da combattere si chiama sovradiagnosi o trattamento eccessivo, ed è diventato uno dei principali problemi che assillano i medici. La sempre maggior precisione della tecnologia consente esami ultra perfetti e risultati così in profondità da diventare, quasi per paradosso, distorti, al confine dell'errore. «Come osservare un oggetto troppo da vicino con un cannocchiale: si perde di vista la realtà», dice uno dei ricercatori. Così ad ogni minima imperfezione i pazienti si sottopongono a terapie invasive, dolorose dal punto di vista fisico e con effetti pesanti an-

che sotto il profilo psicologico. Le polemiche sollevate dopo la scelta di Angelina Jolie di farsi asportare entrambi i seni per il rischio genetico di un tumore al seno vanno in questa direzione: «Ochio al rischio emulazione», dissero molti accademici.

Otis W. Brawley, uno dei titolari dello studio, usa una definizione efficace: «Cancro è una definizione che risale al 19esimo secolo. Abbiamo bisogno di parole che ci portino dentro l'era moderna». E lui i suoi colleghi chiedono una commissione composta da più specialisti che tracci la nuova strada da percorrere. Nel mirino degli scienziati quei tumori benigni al seno, alla tiroide, alla prostata e ai polmoni che hanno pochissime possibilità di trasformarsi in maligni: «Per esempio, il carcinoma in situ non è un tumore. Dunque perché chiamarlo così? Va usata la corretta definizione medica: lesioni indolenti di origine epiteliale», spiegano. E non è un banale gioco delle tre carte sulle pagine del vocabolario, è un cambio radicale: «Una volta pronunciata la parola nefasta è impossibile o quasi tornare indietro. Si parte con la biopsia e poi il malato entra in una via crucis di esami e operazioni». In campo anche il premio Nobel Harold Varmus, direttore del National Cancer Institute: «Abbiamo difficoltà a spiegare ai nostri pazienti che alcune lesioni scoperte alla prostata o dopo una mammografia non mettono in pericolo la loro vita».

Non tutti sono d'accordo. Larry Norton, che non ha partecipato al gruppo di studio, si preoccupa dei rischi possibili: «Nessun dottore è in grado di prevedere con esattezza l'evoluzione di un tumore». Anche se lui stesso deve ammettere che la comunicazione tra medico e ammalato è decisiva: «Bisogna scegliere bene le parole. Io spiego loro che se uno vestito da criminale non è detto che poi lo sia: almeno sino a quando non infrange la legge».

I punti



LO STUDIO

Gli studiosi del National Cancer Institute hanno pubblicato uno studio sul "Journal of American Medical Association"



AL SENO

Uno dei casi è il "carcinoma in situ". Impaurisce e spinge a rimuovere il seno. Un caso che ricorda quello di Angelina Jolie



SOVRADIAGNOSI

È un importante problema per la salute pubblica e una delle priorità da affrontare per l'American Cancer Society



Tumori: esperti Usa, cambiare definizione 'cancro'

20130729 00910

ZCZC5771/SXB

Salute --> Malattia --> Cancro

R EST S0B S04 QBXB

Tumori: esperti Usa, cambiare definizione 'cancro'

In linea con ultime scoperte; nuovo approccio malattie benigne (ANSA) - WASHINGTON, 29 LUG - Cambiare la definizione stessa di 'cancro' che risale al 19esimo secolo, eliminando la parola da una serie di diagnosi comuni e trasformando così l'approccio alla diagnosi ed ai trattamenti per malattie che non sono maligne. E' questa la proposta di un comitato di esperti di oncologia dell'Istituto nazionale della salute Usa.

Secondo il team di scienziati - che ha pubblicato il risultato delle nuove raccomandazione sulla rivista dei medici Usa JAMA - da anni esiste il problema di un numero di diagnosi 'eccessive' di cancro, in moltissimi casi per patologie che non sono maligne, pur avendo la possibilità di diventarlo.

In particolare il rapporto vuole eliminare la parola 'cancro' dalla diagnosi di 'cancro della mammella in situ', una condizione che può rimanere benigna. Allo stesso modo lesioni diagnosticate alla prostata, alla tiroide e persino ai polmoni che sono pre-maligne vanno ribattezzate: la proposta degli esperti è chiamarle 'lesioni indolenti di origine epiteliale'.

Lo stesso direttore del National cancer institute, vincitore del premio Nobel Harold Varmus ha dichiarato che quella delle 'diagnosi in eccesso' è diventata un problema di salute pubblica: 'Abbiamo difficoltà a convincere i pazienti che alcune lesioni scoperte ad esempio alla prostata o di conseguenza a mammografie non sono sempre maligne e in pratica non mettono in pericolo la loro vita'.

Laura Esserman, autore del rapporto e direttore del Breast Center all'università di California a San Francisco chiede che venga creata una commissione multidisciplinare per affrontare il problema e cambiare la definizione di tumore in linea con le scoperte scientifiche del 21mo secolo. (ANSA)

Funziona il modello multidimensionale proposto nell'ultimo Piano oncologico nazionale

Cure simultanee anti-tumori

Sono 27 i centri italiani «certificati» ma manca un disegno organizzativo

Il Piano oncologico nazionale 2010-13 al punto 3.1 recita: «È necessario garantire una presa in carico globale del malato fin dall'inizio del percorso terapeutico, attraverso un approccio multidisciplinare e multidimensionale sostenuto da un'organizzazione dipartimentale, delle attività intraospedaliere, che garantisca, da un lato, il miglior trattamento antitumorale (in termini di qualità, di tempi e di coordinamento degli interventi), e dall'altro un precoce riconoscimento

di eventuali altri bisogni (fisici, funzionali, psicologici, spirituali, sociali e riabilitativi) del malato».

Il modello di cure simultanee, nuovo paradigma di cura per i malati oncologici, è stato inserito nel Piano oncologico nazionale 2010-13 come obiettivo prioritario per la qualità della vita dei pazienti.

Le cure simultanee richiedono però un cambiamento culturale e organizzativo fondamentale per condividere scopi, valori e pro-

grammazione a livello di unità operative, gruppi multidisciplinari, dipartimenti oncologici e servizi territoriali.

Nel corso degli ultimi anni un numero sempre maggiore di evidenze scientifiche ha confermato l'utilità, in termini di qualità e quantità di vita, di un approccio integrato precoce al malato oncologico specie nei pazienti (circa il 35% dei casi) che giungono alla diagnosi in fase di malattia avanzata/metastatica.

Riconoscere
i bisogni a 360°

Tutti i servizi
vanno integrati

Già nel 2003 la Società europea di oncologia medica (Esmo) ha attivato un programma di certificazione dei centri di oncologia che garantiscono le cure simultanee. Aiom dal 2008 ha istituito un tavolo di lavoro nazionale cui partecipano gli attuali 27 centri italiani certificati dall'Esmo con lo scopo di promuovere la cultura e la formazione tra gli oncologi medici italiani in tema di cure simultanee e facilitare la certificazione Esmo dei centri.

L'Italia è a oggi il primo Paese in Europa (seguito dalla Germania con 20 centri certificati) per numero di centri certificati. Nel 2012 anche la società americana di oncologia (Asco) ha confermato il modello di cure simultanee come il più appropriato per il malato oncologico con presenza di sintomi, modello che nel contempo garantisce anche un più appropriato utilizzo di farmaci ad alto costo, evitando trattamenti antitumorali a oltranza in pazienti in fase avanzata di malattia.

Una recente indagine condotta tra i centri italiani certificati Esmo ha dimostrato che il 52% si trova nel Nord d'Italia, il 36% al Centro, l'8% nelle Isole e il 4% al Sud. Nel 93% dei casi è un oncologo

dell'équipe che si dedica al rilievo e trattamento dei sintomi, inoltre il 93% dei centri ha definito procedure e linee guida specifiche per la gestione dei sintomi (in particolare dolore, dispnea, occlusione intestinale e sedazione terminale), infine il 70% dei centri ha posti letto dedicati per il controllo dei sintomi e della fase avanzata di malattia.

Dal punto di vista organizzativo non tutti i centri dispongono di un servizio di cure palliative all'interno della stessa azienda, al fine di garantire un coordinamento e una condivisione costante del percorso di cura e la presenza all'interno dei gruppi multidisciplinari di patologia.

La più recente rilevazione nazionale compiuta dall'Aiom fotografa le risorse e i servizi presenti presso le strutture di oncologia medica o disponibili nelle aziende ospedaliere in Italia. A questa ultima survey ha aderito oltre il 70% delle Uo di oncologia medica. Per quanto attiene in particolare alla disponibilità di servizi che dovrebbero garantire le cure simultanee e la continuità di cura, abbiamo confrontato le variazioni avvenute rispetto alle precedenti survey del 2006 e 2009. Complessivamente i risultati dimostrano un trend in miglioramento negli ultimi anni del-

la disponibilità dei servizi di psico-oncologia, terapia del dolore, cure palliative e riabilitazione oncologica.

Tali servizi risultano però spesso nati all'interno dell'oncologia dalla sensibilità e volontà dell'oncologo (con il supporto spesso del volontariato), più che da una vera strutturazione all'interno dell'azienda dove opera l'oncologia. È verosimile inoltre che i servizi così rappresentati non siano sufficienti a farsi carico di tutti i malati (es. servizi di psico-oncologia). In particolare i servizi di riabilitazione risultano presenti in meno della metà delle aziende dove operano le oncologie, dimostrando una insufficiente disponibilità di strutture dedicate al recupero fisico-funzionale dei malati oncologici. I miglioramenti che abbiamo riscontrato dall'analisi dei dati sono comunque molto lontani dal garantire a tutti i pazienti oncologici una vera presa in carico globale e un percorso coordinato che integri le terapie antitumorali e le cure riabilitative e palliative in tutto il percorso di cura e per tutti i pazienti, raggiungendo per tutti l'obiettivo di ottimizzare la qualità della vita.

Un vero punto critico rimane, dai recenti dati presentati dal 5° Rapporto sulle condizioni di assistenza dei malati oncologici, il luogo del decesso dei malati di tumore. Ancora nel 2010 nel nostro Paese un terzo dei malati oncologici

ha trascorso gli ultimi giorni di vita ed è deceduto in ospedale, luogo deputato all'assistenza di malati con patologia acuta. Questa situazione, sebbene anch'essa in lento miglioramento rispetto gli anni precedenti, è il risultato di diversi aspetti (culturale, formativo, organizzativo e sociale), e si configura al momento come uno degli elementi più critici, non potendo garantire a tutti il luogo e le modalità più consone di assistenza nella fase avanzata-terminale di malattia, la più complessa per il paziente e la sua famiglia.

È necessario pertanto identificare modelli organizzativi innovativi in grado di rispondere ai bisogni del malato oncologico e soprattutto facilitare l'integrazione e l'interfaccia tra ospedale e servizi del territorio, per essere più aderenti ai bisogni del malato. In particolare anticipare l'integrazione dei servizi dedicati



alle cure palliative nel percorso di cura, evitando la frammentazione degli interventi e il ritardo nella presa in carico del paziente a domicilio.

A questo scopo Aiom ha organizzato per il 19-20 settembre 2013 a Roma una conferenza di consenso in tema di cure simultanee della comunità di oncologi italiani che, sulla base di modelli già consolidati a livello europeo e americano, affronterà gli aspetti relazionali e della comunicazione, la formazione dell'oncologo medico, la ricerca e i modelli organizzativi più idonei a realizzare le cure simultanee in oncologia.

Vittorina Zagonel

Coordinatore tavolo Aiom

"Cure simultanee e continuità di cura in oncologia" -

Direttore Uoc Oncologia medica I, Istituto Oncologico Veneto, Irccs Padova

Martedì 29 LUGLIO 2013

Sostenibilità Ssn. Le audizioni del farmaceutico, della Favo e dell'Osservatorio salute globale

Alle Commissioni riunite Affari Sociali e Bilancio della Camera le audizioni di Farindustria, Assogenerici e Assobiotech che chiedono "regole certe e meno burocrazia". Audita anche la Favo (malati cancro) e i rappresentanti dell'associazione fondata tra gli altri da Giovanni Berlinguer.

Quello del farmaco, con la sua dote di innovazione e ricerca, è uno dei settori di punta del nostro Paese. Un settore che funziona e che rappresenta un'eccellenza. Eppure, nonostante ciò, non viene agevolato dallo Stato che anzi tra burocrazia, vincoli economici, tassazione e mancanza di regole certe, crea crescenti difficoltà al settore.

Queste sono alcune delle criticità che Farindustria, Assogenerici e Assobiotech-Federchimica hanno rappresentato nel davanti alle Commissioni riunite Bilancio e Affari Sociali della Camera nel corso dell'Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica.

In particolare **Massimo Scaccabarozzi**, presidente di Farindustria, ha riferito che Farindustria ha più di "200 associati su tutto il territorio, 174 fabbriche, e impieghiamo 63500 addetti di cui circa 6000 in ricerca e sviluppo e produciamo per un valore di circa 26miliardi di euro, di cui il 67% destinato all'export che è in crescita".

Gli investimenti in ricerca sono pari a 2miliardi e mezzo, di cui il 50% in ricerca diretta, l'altro 50% in sistemi innovativi. "Siamo secondi solo alla Germania per presenza industriale e primi in Europa per la produttività per addetto".

Negli ultimi 20 anni grazie alla ricerca ogni 4 mesi di vita ne abbiamo guadagnato uno, in più oltre il 90% della ricerca in Italia è finanziata dal privato".

Nonostante il farmaceutico sia un settore che "investe, innova ed è competitivo. Abbiamo – ha aggiunto Scaccabarozzi – però problemi con i tempi di accesso all'innovazione che sono oltre due anni rispetto alla media europea e questo significa che quando l'Aifa approva un farmaco i cittadini lo hanno a disposizione due anni e mezzo dopo a causa dei tempi negoziazione prezzo con l'Agenzia, e poi "grazia al fatto che siamo uno stato federale" ci sono ventuno sistemi sanitari regionali con elativi prontuari regioni "e di conseguenza una volta che il farmaco è stato approvato e il prezzo negoziato con l'Aifa sono necessarie 21 procedure diverse" affinché ogni regione lo metta a disposizione del proprio prontuario con tempi diversi, "mediamente 305 giorni".

Rispetto agli altri paesi europei di riferimento Francia, Germania, Inghilterra e Spagna se vediamo i farmaci nuovi lanciati "abbiamo un 24% di presenza in meno nei mercati di questi paesi" e se andiamo a vedere quanti di questi farmaci sono stati lanciati, l'Italia ne ha immessi 14 contro numeri superiori da parte degli altri Paesi. I prezzi medi dei farmaci in Italia, ha ricordato il presidente di Farindustria, sono più bassi grazie alla negoziazione con l'Aifa che impedisce il prezzo libero. In più il nostro è il Paese con più condizioni limitanti l'accesso.

Quattro proposte vista la situazione del mercato: "abbiamo subito oltre 40 manovre in dieci anni che

hanno limitato la spesa quindi chiediamo un periodo di stabilità e di certezza delle regole che non possono cambiare ogni due mesi costringendoci di continuo a rivedere i piani industriali. Ci rendiamo conto delle difficoltà dello Stato chiediamo innanzitutto una cabina di regia che non veda solo il ministero della Salute, ma anche il ministero dello Sviluppo Economico e il ministero del Lavoro” questo perché un risparmio sulla spesa sanitaria può portare ad una riduzione degli investimenti con conseguenze anche per l'occupazione”.

Seconda proposta di Farmindustria è “l'ottimizzazione della spesa sanitaria nel suo insieme. Nel nostro settore c'è una governance assoluta per cui ad inizio anno si sa quanto andrà a spendere nell'anno in corso grazie alla fissazione del tetto di spesa farmaceutica, sulla spesa sanitaria, 11,35%,. Quando si sfora le aziende sono chiamate a ripianare l'eccedenza di spesa. Questo è l'unico settore che ha questo vincolo. Il nostro è il settore che viene più penalizzato. pur rappresentando il 14% della spesa sanitaria, mettendo insieme territoriale e ospedaliera, abbiamo assorbito oltre il 30% delle manovre. E mentre la spesa sanitaria, ad esempio in beni e servizi, è in crescita, quella farmaceutica è da qualche anno in contrazione con spesa pro-capite più bassa rispetto alla media Ue. Chiediamo quindi un intervento nella governance globale come è stato fatto in questi anni nel nostro settore.

Chiediamo che a livello regionale la spesa farmaceutica, che è unica, che è standard essendo negoziata con l'Aifa, che sia riportata un prezzo unico nazionale.

Ultima proposta sulla sostenibilità “Chiediamo di considerare anche la possibilità dei fondi integrativi” in questo modo si potrebbe “indirizzare meglio la spesa privata” si aiuterebbe lo Stato a sostenere la spesa che è in crescita con una situazione demografica preoccupante e una situazione di Pil altrettanto preoccupante.

Stabilità e certezza delle regole sono gli stessi punti sottolineati da **Michele Uda**, direttore generale di Assogenerici. “Chiediamo di non essere più presi di mira in maniera schizofrenica com'è successo finora”. Venendo al tema dell'indagine Uda ha ribadito come i generici non possono essere la soluzione di tutti i mali però “sicuramente possono dare un contributo. Questo sì”. L'anno scorso ha ricordato Uda il Parlamento ha approvato una norma “epocale” l'obbligo di prescrizione per principio attivo”. Che ha comportato un “salto culturale”. Il settore ha dei numeri importanti: 50 aziende, 37 siti produttivi e 12mila addetti. È un settore giovane, in crescita il cui futuro è legato alla ricerca. E su questo Uda ha chiesto una presa di coscienza da parte delle istituzioni “finché non si investono i risparmi derivanti dai generici, sulla ricerca difficilmente questa parte del settore farmaceutico potrà sopravvivere”.

Il direttore generale di Assogenerici ha poi aggiunto che “negli ultimi quattro anni grazie ai generici si è risparmiato oltre 1,5 miliardi di euro. Risorse importanti e solo in parte reimmesse in circolazione”. Nelle proposte di legislatura che l'Associazione ha suggerito al Parlamento: c'è il tema del Payback, “è incredibilmente assurdo che il settore sia sottoposto a queste regole ma ancora più assurdo è il fatto che lo siano i farmaci generici che fanno scendere la spesa”. Il secondo punto è dato dal legame tra la scadenza brevettuale dei farmaci e l'immissione nel mercato dei generici, tema particolarmente complesso. Ultimo punto su cui ha richiamato l'attenzione dei parlamentari presenti è “il Titolo V. questo paese ha un'occasione importante di metter mani ad un sistema che è stato provato e testato in questi ultimi anni. Per la farmaceutica è giunto il momento di portarla fuori dal Titolo V cercando di accentrare il più possibile nelle istituzioni, Ministero e Aifa che in questo momento sovrintendono la regolazione del farmaco”.

Ancora sulla tassa dell'1,83% che le aziende continuano a pagare ogni mese, una tassa che Uda definisce “iniqua” imposta solo alla farmaceutica e per questo invita le commissioni a “fare in modo che questa tassa venga restituita alle aziende, in un momento in cui c'è difficoltà di accesso al credito attraverso un'opera di compensazione”.

Infine la burocrazia. Troppa, impedisce di lavorare al punto che un “imprenditore che dovesse decidere di avviare una linea produttiva in questo settore probabilmente lo farebbe in un altro Paese”.

Innovazione è il nostro motore, ha spiegato **Antonio Tosco**, rappresentante di Assobiotec-

Federchimica. "Innovazione come punto di crescita perché nei farmaci biologici l'innovazione significa ricerca. Dall'idea di un farmaco alla sua immissione nel mercato ci voglio circa 10/11 anni". Gli addetti del settore "sono molto giovani e qualificati, e le spese per la ricerca e lo sviluppo sono il 45% settore". Che quindi si presenta come altamente innovativo. "Assobiotech – ha ricordato Tosco – rappresenta tutto il viaggio del farmaco: quello che va dalla sperimentazione, fino all'ultimo passaggio che è la commercializzazione".

"Le cifre impiegate poi nella ricerca sono imponenti legate agli studi clinici. Per sostenere l'innovazione abbiamo bisogno di regole certe che ci consentano di lavorare nel medio e lungo termine, e di un po' meno di burocrazia. Stiamo perdendo terreno nella attività cliniche, negli ultimi tre anni le attività cliniche sono diminuite di circa il 25%".

Ultimo aspetto importate per Tosco è quello dell'accesso. "Siamo in ritardo rispetto agli altri paesi Ue per portare un prodotto ai nostri pazienti. quando poi ci riusciamo, chiudendo tutte le trattative con Aifa, ricominciamo da zero perché gli stessi dossier di rimborsabilità devono essere sottoposti alle 21 regioni". I tempi dei pagamenti continuano ad essere "un problema ci sono dei casi in cui ridiamo indietro i soldi prima ancora di averli ricevuti".

Esaurita la parte dedicata alla filiera del farmaco è stata audita la Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia, Favo e l'Osservatorio italiano salute globale. Per la Favo, è intervenuto il suo presidente **Francesco De Lorenzo**, che ha rimarcato l'importanza dell'iniziativa del governo sui tempi più brevi per l'immissione in commercio dei farmaci innovativi. In questo modo si è posta "fine ad una condizione di disparità che si era venuta a creare a seguito del decreto Balduzzi sulla disponibilità dei farmaci innovativi per la cura dei malati di cancro".

De Lorenzo ha ricordato i numeri drammatici legati all'oncologia "1000 nuove diagnosi ogni giorno" sottolineando però che "si muore di meno anche se ci si ammala di più". Con un costo economico importante "8 miliardi di euro, 26 mila euro l'anno per malato". Il problema dei tumori va dunque "affrontato globalmente per ridurre il carico di malattia che rappresenta la nuova disabilità di massa". Con effetti devastanti anche per l'Inps.

Il presidente della Favo ha dunque illustrato alcuni ambiti su cui intervenire per rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse. Ma non certo con la spending review i cui tagli lineari "mettono a rischio l'assistenza oncologica, che è già carente in diverse regioni".

Il "30% dei malati - ha affermato De Lorenzo - muore nei reparti per acuti e questo ha dei costi elevati, ma avviene perché non esiste l'assistenza domiciliare. I Lea non garantiscono l'Assistenza e il peso passa alle famiglie". Per la Favo occorre dare sviluppo alla rete dei tumori rari" che rappresenta il 20% del panorama oncologico. E poi la riabilitazione "dobbiamo insistere perché non esiste la riabilitazione oncologica, un progetto chiuso in un cassetto del ministero della Salute. Pochissime Regioni hanno attivato la rete per i tumori rari, inoltre non esiste la riabilitazione oncologica e ci sono forti disparità tra le regioni per quanto riguarda la disponibilità di hospice e di reparti di radioterapia".

"Siamo preoccupati – ha aggiunto De Lorenzo – per l'andamento crescente dei tagli lineari, che rischia di penalizzare di più proprio i malati oncologici". Ultimo ambito su cui intervenire per il presidente della Favo è "dare un'accelerazione al Fascicolo sanitario elettronico questo permetterebbe cure più efficaci e mirate in grado di garantire la continuità assistenziale sul territorio"

Preoccupazione per il futuro della sostenibilità del Ssn è stata espressa anche da **Gavino Macciocco** dell'Osservatorio italiano salute globale, soprattutto per l'aumento previsto dell'incidenza delle malattie croniche. "Per il momento siamo ai livelli degli altri paesi - ha spiegato - ma ad esempio sull'obesità infantile siamo secondi solo agli Usa, e questo comporterà un maggior tasso di malattie croniche in futuro".

ELENCO NAZIONALE**Dove ti pesco il primario***La lista nascerà alla Salute con l'accordo dei governatori*

È pronto per la Stato-Regioni l'accordo sull'elenco unico nazionale per la scelta dei direttori di struttura complessa, in cui confluiranno gli elenchi regionali e dal quale pescherà i primari la commissione nazionale prevista dalla legge 189/2012.

A PAG. 6

Pronto lo schema di accordo Stato-Regioni per la creazione dell'albo al ministero della Salute

Primari, ecco l'elenco nazionale

Ne fanno parte tutte le liste regionali - Aggiornamenti semestrali

L'elenco nazionale dei direttori di struttura complessa è istituito presso il ministero della Salute. È costituito dagli elenchi regionali, deve essere aggiornato entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno ed è alimentato secondo un preciso disciplinare tecnico.

Sono questi i paletti che fissa lo schema di accordo Stato-Regioni, pronto per l'esame della conferenza, per la costituzione dell'elenco nazionale dei primari secondo le indicazioni e le richieste avanzate dai governatori in occasione della elaborazione del documento «Linee guida recanti criteri generali per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa per la dirigenza medica sanitaria nelle aziende del Ssn», approvato a marzo. Una previsione fortemente voluta dalle Regioni anche per rendere attuabile la previsione della legge 189/2012 (legge Balduzzi) che demanda la nomina dei primari a una Commissione nazionale composta da 3 direttori di struttura complessa (della stessa disciplina dell'incarico oggetto della nomina), i cui componenti devono essere sorteggiati da un elenco nazionale costituito dall'insieme degli elenchi regionali.

L'elenco nazionale dovrà trovare spazio in una sezione dedicata del sito internet del ministero della Salute e i dati contenuti negli elenchi regionali dovranno prevedere i dati anagrafici del direttore di struttura complessa, l'azienda sanitaria (Asl, Ao, Irccs, aziende ospedaliero-universitarie e Policlinici) di cui questo fa parte, l'incarico affidato al primario con relativa disciplina e periodo di validità.

Più completi e complessi i dati che Regioni e Province autonome devono trasmettere al ministero. E che non devono necessariamente (o non possono per ragioni di privacy) essere pubblicati nell'elenco nazionale sul sito della Salute.

Oltre al codice identificativo della Regione devono indicare mese e anno oltre il quale i dati trasmessi non possono essere pubblicati nell'elenco nazionale, il codice fiscale, i dati

anagrafici del primario e il codice che identifica l'azienda sanitaria (come nel precedente elenco per il sito) e poi anche il codice della professione relativo alla disciplina, quello della disciplina oggetto dell'incarico, la data di inizio del periodo di validità di questo e la data di fine attività lavorativa del direttore o di fine rapporto con l'azienda sanitaria.

La trasmissione dei dati avverrà solo in modalità elettronica secondo le specifiche tecniche indicate dalla Salute sul formato on line delle trasmissioni, le procedure di controllo dei dati, le modalità di segnalazione delle anomalie ai soggetti interessati e quelle per le eventuali rettifiche.

Il disciplinare tecnico si completa con l'elenco dei codici delle professioni e delle discipline.

Si tratta di 64 discipline per i medici chirurghi (le specialità più la direzione medica di presidio ospedaliero, l'organizzazione dei servizi sanitari di base e altre discipline a carattere manageriale), una per i medici abilitati alla professione di odontoiatra, una per gli odontoiatri, sei per i farmacisti, quattro per i veterinari, tre per gli psicologi, sette per i biologi, cinque per i chimici e una per i fisici.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



stampa | chiudi

DERMATOLOGIA

Uomini e cosmetici, le cure per la pelle al maschile

Sempre più uomini curano la pelle del proprio viso: i prodotti indispensabili e le esigenze diverse rispetto alle donne

I tempi sono cambiati. Basta guardare gli scaffali delle profumerie: qualche anno fa difficilmente si sarebbero potuti trovare prodotti pensati per lui, oggi è un tripudio di creme, detergenti e profumi declinati al maschile e secondo le stime dell'unione italiana delle imprese cosmetiche gli uomini sono responsabili di poco meno di un terzo della spesa cosmetica in Italia. Che cosa serve però alla pelle del viso virile, così diversa da quella delle donne? Alla domanda risponde un documento dell'American Academy of Dermatology, dedicato in maniera specifica a come contrastare l'invecchiamento del viso degli uomini e a quello che non dovrebbe mancare nel loro beauty.

DIFFERENZE – Il primo dato di fatto è la differenza considerevole della pelle fra uomo e donna: soprattutto a causa di motivi ormonali, la cute maschile è più spessa, ha pori più larghi, meno grasso sottocutaneo e produce più sebo (quattro volte di più rispetto al gentil sesso); inoltre, suda di più. Più tonica e resistente, resta giovanile più a lungo ma non per questo non ha bisogno di cure: più spesso mista o grassa vista la maggior produzione di sebo, è in realtà molto esposta alla disidratazione perché gli uomini in genere si lavano il viso con un normale sapone e ciò riduce il film idrolipidico di protezione presente sulla pelle, facilitando l'evaporazione dell'acqua. Inoltre, la rasatura quotidiana provoca microtraumi ripetuti, irritazione e arrossamento, oltre a contribuire anch'essa alla disidratazione. Il viso maschile, poi, invecchia in modo diverso: «I peli della barba proteggono un po' il viso e contribuiscono a una minor formazione di rughe facciali – spiega Ivan Camacho, membro dell'American Academy of Dermatology e docente di dermatologia all'università di Miami –. La scarsità di grasso sottocutaneo fa però sì che con gli anni, quando questo grasso scompare quasi del tutto, il viso appaia più svuotato di quello femminile; il cedimento cutaneo avviene più repentinamente rispetto alle donne, così anche le rughe che poi compaiono risultano più marcate e profonde. Infine non si deve dimenticare che gli uomini hanno un tasso più elevato delle donne di melanoma, probabilmente anche perché molti tengono i capelli corti o li perdono, esponendo una maggiore area cutanea ai raggi ultravioletti».

PRODOTTI – Detto che certamente gli uomini e le donne non sono uguali, quali prodotti per la pelle non dovrebbero mai mancare nel bagno di un uomo? «In realtà, come per le donne, non esiste una ricetta che vada bene per qualsiasi tipo di pelle: sarebbe bene che ognuno, magari con l'aiuto di un dermatologo, trovasse i prodotti e i suggerimenti più adatti per sé – specifica Camacho –. Detto ciò alcune buone regole di base, da integrare poi con provvedimenti adeguati al proprio tipo di pelle, possono valere per tutti: innanzitutto, è bene che anche gli uomini imparino a usare ogni giorno una crema protettiva con filtro

solare, perché il sole è il maggiore responsabile dell'invecchiamento cutaneo oltre che dei tumori della pelle. Altrettanto importante l'idratazione, anche se pochi uomini ci pensano; infine, sì a un detergente delicato da usare ogni giorno per pulire il viso». Oltre al classico dopobarba, quindi, non bisognerebbe dimenticare una buona crema idratante e protettiva e un detergente che non sia aggressivo. Ci sono poi cosmetici utili per contrastare le rughe, più tutta una serie di procedure che attirano sempre più anche gli uomini: i filler per rimpolpare i cedimenti, il laser per la couperose o per eliminare peli superflui dal collo o dalla schiena, il botulino per le rughe o i peeling chimici, con microdermoabrasione o con laser. «Anche gli uomini tengono sempre di più al loro aspetto, per cui è in crescita l'utilizzo di tecniche dermatologiche antiaging: l'essenziale è rivolgersi a professionisti qualificati, che sappiano inquadrare il problema al maschile e possano offrire soluzioni personalizzate e sicure», conclude il dermatologo.

Elena Meli

stampa | chiudi

stampa | chiudi

LO STUDIO

Ecco perchè i fumatori continuano a fumare

Chi fuma ha un problema di autocontrollo e non ha necessariamente una maggior propensione al rischio

MILANO – Nei pacchetti di sigarette sveltano scritte intimidatorie e terrorizzanti, spesso accompagnate, a seconda dei Paesi, da immagini raccapriccianti che, se non bastassero le parole, illustrano con la crudeltà visuale i danni del fumo su tutti i possibili fronti. Solo negli Stati Uniti la sigaretta si porta sulla coscienza 443 mila morti ogni anno (circa il 18 per cento del totale dei decessi), ma quasi un americano adulto su cinque persiste imperterrita nel vizio e nelle altre nazioni la situazione è analoga. Nonostante tanti ormai abbiano detto addio alla bionda c'è ancora una pleora di fumatori che non smette, a dispetto di qualsiasi ragionevole spiegazione, e non lo fa certo per ignoranza, perché anzi, normalmente i fumatori sono ancor più informati sui devastanti effetti della sigaretta rispetto a chi è estraneo a questo vizio. Ma allora come si spiega questa perseveranza diabolica? Lo illustrano in uno studio pubblicato su PlosOne i ricercatori Eyal Ert e Eldad Yechiam, della Hebrew University of Jerusalem e del Technion-Israel Institute of Technology, rigettando la tesi diffusa secondo la quale i fumatori avrebbero una maggior attrazione verso i pericoli. In sostanza chi fuma, nonostante i dati allarmanti sui danni delle sigarette, non ha necessariamente una propensione maggiore al rischio e tanto meno è disinformato, ma semplicemente ha una lacuna in termini di autocontrollo e un difetto che rischia di costargli caro: l'impazienza.

IL PROBLEMA NON E' LA PROPENSIONE AL RISCHIO – Spesso si è cercato di spiegare questa dipendenza in termini di maggior propensione al rischio, ma secondo gli studiosi l'ipotesi è semplicistica. Certo va ammesso che spesso chi fuma è anche più restio a indossare la cintura di sicurezza, esponendosi maggiormente al rischio di incidenti stradali, o a utilizzare il preservativo, esponendosi a rapporti a rischio. Inoltre tra le fumatrici mediamente la tendenza ai controlli medici, come la mammografia, è inferiore. Ma sarebbe banale sostenere che i fumatori amano il pericolo o che si vogliono meno bene. Piuttosto, secondo la tesi sostenuta dagli scienziati israeliani, chi fuma ha un problema di controllo e non sa mettere del tempo tra sé stesso e la soddisfazione di un bisogno.

COME DECIDONO I FUMATORI – Ma perché i fumatori ancora fumano, dopo questo bombardamento di studi, pubblicità progresso, dichiarazioni, articoli, proibizioni? Se lo chiede anche un articolo del New York Times che cita lo studio israeliano, spiegando molto bene la vera lacuna del tipico addicted da bionda. Gli scienziati israeliani hanno dimostrato su un campione di cento volontari misti, tra fumatori e non fumatori, che il problema della dipendenza da sigaretta sta soprattutto nell'impazienza e nello scarso auto-controllo, inteso come incapacità di procrastinare una gratificazione. Per convalidare la loro ipotesi Ert e Yechiam si sono serviti dell'Iowa gambling task, un test psicologico basato sul gioco d'azzardo molto utilizzato per l'osservazione dei meccanismi decisionali della mente umana nella vita reale. Ideato da Antoine Bechara è stato usato in diversi esperimenti finalizzati a misurare e monitorare la capacità di scelta carente in pazienti che avevano riportato lesioni pre-frontali ventromediali e della corteccia orbito-

frontale, che notoriamente compromettono l'abilità di rievocare le emozioni relative a eventi passati, rendendo di fatto incapaci le persone ad apprendere dalle esperienze precedenti e guidandole a prendere scelte in modo del tutto casuale. In una prima versione classica dell'Iowa gambling task non è emersa alcuna rilevante differenza tra il gruppo di fumatori e il gruppo di non fumatori. Nell'esperimento israeliano il test tradizionale è stato quindi modificato, creandone una versione finalizzata a testare la ricerca della soddisfazione immediata, che ha invece evidenziato come la resistenza alla frustrazione e all'attesa sia nel fumatore molto compromessa. Chi fuma insomma è incapace di aspettare: questo è il vero problema. E anche in altri settori chi ha una dipendenza dalla sigaretta tende a mostrare la propria inabilità a procrastinare un piacere. Per esempio i fumatori utilizzano meno il preservativo non per incoscienza, ma semplicemente perché durante il rapporto sono meno propensi dei colleghi non fumatori a «perdere» tempo. L'intuizione israeliana potrebbe essere preziosa nel collaudare campagne di comunicazione più adeguate e cucite apposta sul vero vizio del fumatore, quello di non saper aspettare.

Emanuela Di Pasqua

stampa | chiudi

FECONDAZIONE: DECLINO FACOLTA' RIPRODUTTIVE E' ANCHE PER UOMINI

(AGI) - Los Angeles, 29 lug. - Il fattore tempo, nell'ambito dei problemi legati alla riproduzione, non e' solo una questione che riguarda le donne, ma anche gli uomini. Dopo i 35 anni anche per gli uomini si assiste ad un deciso calo della qualita' del loro liquido seminale. A dimostrarlo una ricerca realizzata a Los Angeles e pubblicato sulla rivista Fertility and Sterility. Presenti nel liquido seminale e' decisamente peggiore di quelli presenti da giovani, ma tra quelli piu' sani, sono in maggioranza quelli che trasportano il cromosoma X. I ricercatori guidati da Bronte Stone del centro di Tecnologia riproduttiva dei Laboratori di Los Angeles hanno analizzato campioni di sperma da 5.081 uomini di eta' compresa tra i 16 e i 72. Hanno trovato un peggioramento della qualita' dello sperma e la quantita' dopo i 35 anni. "Che si tratti di 35 o 40, il messaggio di questo e di altri giornali e' che gli uomini dovrebbero essere consapevoli dei cambiamenti legati all'eta' nel loro sistema riproduttivo e se desiderano diventare padri non dovrebbero aspettare troppo a lungo", dice Allan Pacey, esperto di fertilita' presso l'Universita' di Sheffield.