

Carenza oncologici, Cascinu (Aiom): affidiamo a Istituzioni la loro produzione

29-01-2014

«Prima definiamo quali sono i farmaci oncologici effettivamente importanti e poi affidiamo direttamente alle Istituzioni, a livello nazionale o europeo, la loro produzione». Potrebbe essere questa, secondo il presidente Aiom Stefano Cascinu, la formula per fronteggiare la carenza di farmaci oncologici denunciata a più riprese negli ultimi giorni. «Si tratta» spiega Cascinu «di farmaci oncologici di vecchia data e di prezzo basso, in particolare nell'area ematologica, dei quali in maniera ciclica si lamenta la mancanza». Ma il fatto che siano farmaci tradizionali non ne sminuisce l'utilità. «Tutt'altro» conferma il presidente Aiom «si tratta di farmaci non sostituiti, il cui "limite" principale è il basso prezzo o il fatto di essere utili a una platea ristretta di pazienti e quindi caratterizzati da costi produttivi particolarmente alti». Ma una soluzione ci potrebbe essere come spiega l'oncologo. «Potrebbe essere utile organizzare un tavolo tra Istituzioni, Aifa in primis, e società scientifiche, dal confronto si dovrebbe definire quali sono i farmaci indispensabili tra quelli che vengono a mancare e poi organizzare una produzione direttamente a cura degli Stati, avvalendosi, per esempio, di realtà come l'Istituto Farmaceutico Chimico Militare». In questo modo» conclude Cascinu «si ovvierebbe alle cicliche carenze di disponibilità, si aumenterebbe la trasparenza nell'approvvigionamento e, infine, si aggiungerebbe un elemento di sicurezza nella produzione, visto che parliamo di molecole spesso prodotte da piccole realtà industriali dislocate nei paesi in via di sviluppo».

Aiom, 1.000 casi all'anno tumore pancreas in E-R

(ANSA) Roma 28 gennaio 2014 - Il tumore del pancreas colpisce ogni anno quasi 1.000 persone in Emilia-Romagna, 12mila in Italia. È una forma di cancro aggressiva e molto diffusa: eppure i cittadini non sembrano esserne informati. Il 77% non conosce i sintomi, l'88% non ha mai letto nulla in merito e il 97% non ne ha mai parlato con il proprio medico di famiglia. Ma l'81% sarebbe interessato a saperne di più. Sono i dati del sondaggio promosso dalla campagna nazionale di sensibilizzazione "PanCrea: creiamo informazione", che parte oggi a Reggio Emilia, voluta dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) in sette Regioni e unica nel suo genere. "Il nostro è un centro di riferimento – affermano il dott. Corrado Boni, Direttore dell'Oncologia e il dott. Romano Sassatelli, Direttore della Gastroenterologia-Endoscopia digestiva dell'Arcispedale 'S.Maria Nuova'-IRCCS di Reggio –. Ogni anno trattiamo circa 90 nuovi casi, con un'équipe multidisciplinare. Il tour dell'AIOM è fondamentale perché punta a informare la popolazione, soprattutto sulla prevenzione, particolarmente importante quando si tratta di un tumore molto difficile da curare. Seguire uno stile di vita sano è necessario per ridurre il rischio di cancro, anche del pancreas. Ma, secondo il 49% delle persone che hanno risposto al sondaggio (oltre 1.500), una condotta equilibrata serve a poco. Forse non sanno, ad esempio, che uno dei pericoli più grandi è la sigaretta: infatti il 23% di loro fuma. Ma non solo. Il 55% non pratica esercizio fisico con regolarità e solo uno su dieci mangia le porzioni di frutta e verdure raccomandate. Comportamenti non corretti, su cui dobbiamo intervenire". Nell'ambito della campagna "PanCrea", resa possibile grazie al contributo incondizionato di Celgene, sono stati realizzati due opuscoli informativi, uno dedicato alla prevenzione e uno ai pazienti, oltre a un ulteriore questionario per gli oncologi. "Se vogliamo aumentare le diagnosi precoci e provare a cambiare la storia di questo tumore, dobbiamo rafforzare la collaborazione con altri specialisti: l'approccio multidisciplinare per le forme metastatiche risulta invece essere 'poco frequente' per il 43% degli oncologi – afferma il dott. Ermanno Rondini, dell'Oncologia Medica dell'IRCCS reggiano –. Dobbiamo rivolgerci anche al nostro esterno, in modo particolare ai medici del territorio: solo loro conoscono perfettamente la storia dell'assistito e possono individuare le situazioni a rischio, attuando strategie di prevenzione". Creare informazione e dibattito sul territorio è fondamentale per rafforzare il collegamento tra specialista e 'camice bianco', soprattutto ora che i tumori, grazie anche alle nuove terapie, fanno sempre meno paura. "Secondo questo sondaggio, per il 58% dei cittadini il cancro non è più un 'male incurabile' – aggiunge la dott.ssa Fernanda Bastiani, della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) –.

TUMORI: AL PANCREAS PER 12 MILA ITALIANI L'ANNO, CAMPAGNA AIOM IN TOUR =
PARTE DA REGGIO EMILIA L'INIZIATIVA PROMOSSA CON 'INSIEME CONTRO IL CANCRO'

Milano, 28 gen. (Adnkronos Salute) - Il tumore del pancreas colpisce ogni anno circa 12 mila italiani. E' una forma di cancro diffusa e aggressiva, eppure nel nostro Paese il 77% non ne conosce i sintomi, l'88% non ha mai letto nulla sul tema e il 97% non ne ha mai parlato con il medico di famiglia, anche se l'81% vorrebbe saperne di piu'. E' quanto emerge dal sondaggio promosso dalla campagna nazionale di sensibilizzazione 'PanCrea: creiamo informazione', voluta dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e sostenuta dal contributo incondizionato di Celgene. Un'iniziativa itinerante che prende il via oggi a Reggio Emilia e toccherà in tutto 7 regioni della Penisola. A partire dall'Emilia Romagna, dove si contano quasi mille casi all'anno di tumore al pancreas.

"Seguire uno stile di vita sano e' necessario per ridurre il rischio di cancro, anche del pancreas - sottolineano Corrado Boni e Romano Sassatelli, direttori rispettivamente di Oncologia e di Gastroenterologia-Endoscopia all'Arcispedale Santa Maria Nuova-Irccs di Reggio, centro di riferimento che tratta ogni anno circa 90 nuovi casi di tumore pancreatico - Ma secondo il 49% delle persone che hanno risposto al sondaggio (oltre 1.500), una condotta equilibrata serve a poco. Forse non sanno, ad esempio, che uno dei pericoli piu' grandi e' la sigaretta: infatti il 23% fuma. Ma non solo. Il 55% non pratica esercizio fisico con regolarita' e solo uno su 10 mangia le porzioni di frutta e verdure raccomandate. Comportamenti non corretti, su cui dobbiamo intervenire".

"Se vogliamo aumentare le diagnosi precoci e provare a cambiare la storia di questo tumore - avverte Ermanno Rondini, dell'Oncologia medica dell'Irccs reggiano - dobbiamo rafforzare la collaborazione con altri specialisti: l'approccio multidisciplinare per le forme metastatiche risulta invece essere 'poco frequente' per il 43% degli oncologi. Dobbiamo rivolgerci anche al nostro esterno, in modo particolare ai medici del territorio: solo loro conoscono perfettamente la storia dell'assistito e possono individuare le situazioni a rischio, attuando strategie di prevenzione". E facendo cultura: "Secondo il sondaggio - rileva Fernanda Bastiani della Societa' italiana di medicina generale (Simg)- per il 58% dei cittadini il cancro non e' piu' un 'male incurabile'. Ma l'operazione culturale non si puo' fermare: il 100% degli abitanti della Penisola deve sapere che oggi le neoplasie si possono sconfiggere".

Il calo 2012 è legato soprattutto alla necessità di risparmi e alle ristrutturazioni d'azienda

La spending taglia-primari

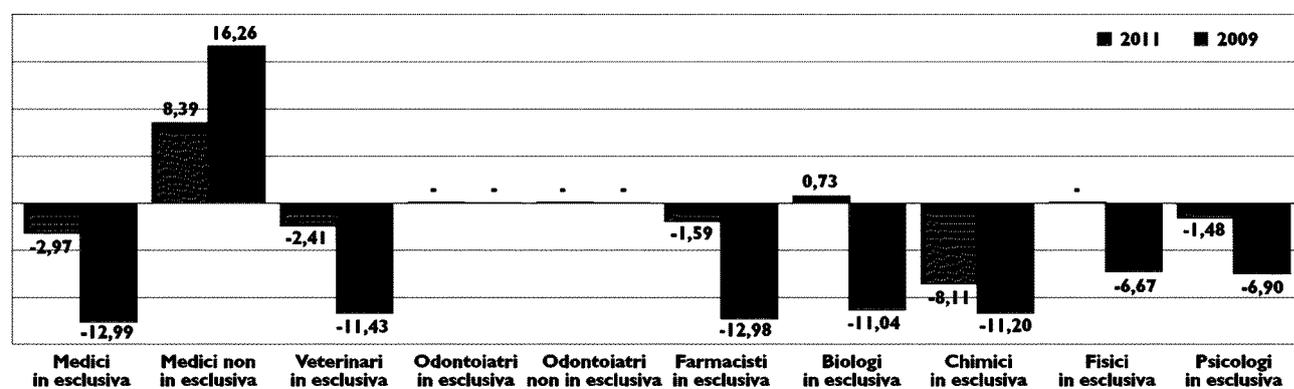
Ma anche una selezione severa e supercontrollata ha ridotto gli apicali

Tutti i dirigenti di struttura complessa del Ssn nel 2012 e differenza con 2011 e 2009

	Medici in esclusiva	Medici non in esclusiva	Veterinari in esclusiva	Odontoiatri in esclusiva	Odontoiatri non in esclusiva	Farmacisti in esclusiva	Biologi in esclusiva	Chimici in esclusiva	Fisici in esclusiva	Psicologi in esclusiva	Totale
Totale conto annuale 2012	8.218	286	457	5	4	315	137	111	84	135	9.752
• di cui uomini	6.982	280	415	5	3	99	79	66	64	74	8.067
• di cui donne	1.236	6	42	-	1	216	58	45	20	61	401
Differenza con 2011	-244	24	-11	-	-	-5	1	-9	-	-2	-246
• di cui uomini	-245	24	-12	-	-	-3	-	-8	-2	-	-246
• di cui donne	1	-	1	-	-	-2	1	-1	2	-2	-
Differenza % con 2011	-2,97	8,39	-2,41	-	-	-1,59	0,73	-8,11	-	-1,48	-2,06
• di cui uomini	-3,51	8,57	-2,89	-	-	-3,03	-	-12,12	-3,13	-	-2,96
• di cui donne	0,08	-	2,38	-	-	-0,93	1,72	-2,22	10,00	-3,28	-
Differenza con 2009	-1.227	40	-59	-	-	-47	-17	-14	-6	-10	-1.340
• di cui uomini	-1.186	40	-67	-	-	-31	-10	-26	-10	-5	-1.295
• di cui donne	-41	-	8	-	-	-16	-7	12	4	-5	-45
Differenza % con 2009	-12,99	16,26	-11,43	-	-	-12,98	-11,04	-11,20	-6,67	-6,90	-12,08
• di cui uomini	-14,52	16,67	-13,90	-	-	-23,85	-11,24	-28,26	-13,51	-6,33	-13,83
• di cui donne	-3,21	-	23,53	-	-	-6,90	-10,77	36,36	25,00	-7,58	-2,60

Fonte: elaborazione Il Sole-24 Ore Sanità su dati Conto annuale 2012, Ragioneria generale dello Stato 2014

La differenza 2012 nei vari ruoli



Con la pubblicazione del Conto annuale 2012 si è visto che i "primari" sono diminuiti in modo notevole. I dati parlano di oltre 1.200 direttori di struttura complessa (medici, ma non solo) in meno tra il 2009 e il 2012, più o meno 400 l'anno. La diminuzione ha riguardato solo il personale maschile (perché è dato da turn over non ripristinato), mentre il numero totale dei medici tiene.

Riflessioni meritano invece i commenti di natura politica di alcuni sindacati. Sostanzialmente la diminuzione del numero dei primari è attribuita a fattori quasi esclusivamente finanziari: i tagli sono stati solo lineari e non derivano da una ricerca oggettiva di efficienza assistenziale. Tutto ab-

bastanza vero. Nessuno può immaginarsi di giustificare l'atteggiamento di alcune Regioni e di molte aziende sanitarie che hanno perseguito l'equazione meno primari=meno costi.

Tra l'altro non assegnare un incarico di struttura complessa vacante di per sé non genera alcun risparmio perché le risorse economiche destinate al nuovo primario restano in ogni caso assegnate al fondo contrattuale (anche se parzialmente dopo il decreto Tremonti del 2010) e solo la soppressione della struttura contestuale alla cessazione dal servizio del vecchio primario consente un reale risparmio. Ma per sopprimere una struttura occorre attivare un percorso di ristrutturazione che prevede una complessa pro-

cedura di contrattazione integrativa che di solito nessuna azienda fa mai in modo corretto o completo.

Vanno tuttavia fatte alcune precisazioni di contesto. Innanzitutto la partita della definizione degli standard ospedalieri e della connessa riduzione delle strutture complesse - prevista dall'articolo 15, comma 13, lettera c), della legge 135/2012 (spending review) - doveva essere completata addirittura entro ottobre 2012 su una base non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti ma è stata abbandonata del tutto, per cui oggi nessuno può permettersi di dire che le strutture complesse - e, a monte, il numero dei posti letto - in un dato contesto ospedaliero o territoriale sia giu-

sto, in esubero o in difetto. Il motivo per il quale non si parla più di standard di PI è forse legato ai primi risultati forniti dalla Salute che vedevano Lombardia e Lazio tra le Regioni con eccedenza di posti letto mentre la Campania (la Regione più indebitata) era quella con il maggiore delta negativo rispetto allo standard ottimale.

Occorre però fare un passo indietro nel tempo e ricordare che la struttura complessa dopo ben venti anni dall'aziendalizzazione non è ancora stata declinata e definita nei suoi requisiti ed elementi distintivi.

Infatti l'articolo 8-quater, comma 4, del Dlgs 502/1992 prevedeva un Atto di indirizzo e coordinamento entro dicembre

■ SELPRESS ■
 www.selpress.com

1999 per individuare le caratteristiche della struttura complessa in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie. L'Atto non è mai arrivato, anche per la successiva modifica del Titolo V della Costituzione, e da allora le strutture complesse - di default e senza alcuna valutazione di merito - sono quelle cui in precedenza erano preposti i dirigenti di II livello.

Alcuni scenari tuttavia non hanno bisogno di nessuno studio approfondito o standard oggettivi per verificarne la validità. Sotto gli occhi di tutti per anni si sono viste strutture complesse con due o tre posti letto o addirittura senza degenza e con collaboratori del primario che si contavano sulle dita di una mano: in pratica strutture senza struttura. Specialmente nei Policlinici questa situazione è stata frequente e non credo ci sia bisogno di ricordare il numero dei primari di radiologia presenti qualche anno fa nel Policlinico Umberto I.

Anche sul territorio il caos è completo e la credibilità organizzativa e produttiva delle strutture complesse presenti è molto bassa. Un fenomeno non dissimile a quello che vede 700 generali senza incarico di comando operativo comunque negli organici dell'esercito.

Tomiamo alle critiche sindacali. Si dice che la riduzione dei primari "blocca le carriere dei medici" ma questa affermazione è fondata sull'assunto, sbagliato e fuorviante, che un medico bravo e ambizioso per fare carriera deve per forza diventare direttore di struttura complessa (o semplice). Eppure i contratti collettivi fin dal 2000 consentono per i meritevoli di deviare la remunerazione dall'affannosa ricerca della struttura alla carriera professionale. Che poi quasi nessuna azienda abbia realmente seguito questa strada è un altro discorso.

Accanto alla tipica carriera primaria si è affiancata una carriera professionale (dual ladder), basata non sul livello di responsabilità gestionale ma sul contenuto tecnico-professionale, lungo un percorso di carriera basato sull'incremento della intensità di quest'ultimo e sul suo grado di possesso da parte del medico: la carriera del professional mediante una opportuna graduazione delle funzioni da ribaltare sulla retribuzione di posizione avrebbe potuto raggiungere livelli salariali molto vicini a quelli del primario. Basta verificare i valori massimi indicati nell'articolo 56 del Ccnl del 5 dicembre 1996. Ma tutto ciò si è verificato rarissimamente perché il "sistema" - e con

ciò intendo tutti i suoi attori: le direzioni aziendali, i diretti interessati, i sindacati, addirittura i cittadini - premia sempre e comunque la visibilità del gestionale, cioè chi ha il potere.

Vorrei ricordare che, per anni, più il Comitato di settore indicava all'Aran di ricercare soluzioni che incentivassero la carriera professionale, più venivano stipulati contratti che favorivano gli strutturati e nel contempo tentavano di reintrodurre automatismi che mortificavano il merito.

È stato quindi gioco forza rincorrere la "struttura" - meglio se complessa - che apre tra l'altro la porta alla direzione del Dipartimento. Quando però il finanziamento del Ssn ha cominciato veramente a entrare in crisi la tendenza si è invertita e le aziende sanitarie - anche nelle Regioni non soggette al piano di rientro - hanno cominciato a limitare la corsa al primariato, non istituendo più di nuovi e non coprendo gli incarichi divenuti vacanti a seguito di turn over.

Queste circostanze hanno generato la sciagurata strategia di ricorrere all'interinato non più per «il tempo strettamente necessario a espletare le procedure...» (come recita l'articolo 18, comma 4, del Ccnl dell'8 giugno 2000) ma in via ordinaria, quasi stabilmente, ben sapendo che i diretti interessati avrebbero subito supinamente anni di facente funzioni (f.f.) nella speranza di essere un giorno stabilizzati.

Tomiamo alle critiche sindacali. Un'altra segnalazione riguarda la scelta aziendale di affidare una struttura complessa non a un medico della struttura che sarebbe il "facente funzioni" ma a un altro primario evidentemente della medesima disciplina. Dice il sindacato che «diverse Regioni si sono inventate anche i primari a scavalco»: orbene, se si vuole stigmatizzare l'utilizzo improprio o troppo ricorrente dello "scavalco", va bene ma non è corretto dire che è stato "inventato", visto che l'ultimo comma dell'articolo 18 sopra citato (cioè di un contratto collettivo di lavoro firmato da loro stessi) lo prevede espressamente.

Anche sul ricorso ai f.f. la critica è severa e il sindacato sembra arrendersi senza neanche combattere. Se l'interinato supera i dodici mesi (comma 4: «Può durare sei mesi, prorogabili fino a dodici») l'incarico è illegittimo e l'indennità erogata costituisce danno erariale: qualcuno ha mai segnalato alla Procura della Corte dei conti questo stato di cose?

Un'altra inesattezza espressa dai sindacati è quella che i primari sono in netta riduzione perché

«dal 2009 i concorsi sono bloccati». Detta così l'affermazione è generica e non veritiera. Certamente nelle Regioni soggette al piano di rientro le disposizioni dei Commissari ad acta hanno doverosamente stoppato nuove nomine, ma un vero e proprio blocco esplicito e generale per tutto il Paese non c'è mai stato e molte Regioni hanno sempre continuato a conferire incarichi di Sc.

È vera invece un'altra circostanza e cioè che dopo la legge Balduzzi lo svolgimento di una selezione è diventato un percorso a ostacoli che - a parte il necessario stand by dei primi mesi del 2013 durante i quali sono state emanate le linee-guida regionali - non ha avuto la linearità e la esigibilità che ci si aspettava. Anzi, diciamola tutta, i direttori generali e gli uffici preposti si sono accostati alla nuova procedura con grandissima cautela per gli evidenti rischi di contenzioso che potrebbero sorgere nell'applicare una normativa fortemente contraddittoria.

Quindi, riassumendo direi che il calo dei primari è dovuto principalmente a sicure motivazioni di natura finanziaria, in parte da ristrutturazioni aziendali - vere o fittizie - ma anche dalla grande difficoltà di gestire una procedura selettiva sulla quale sono puntati gli occhi di tutti gli stakeholders che cercano l'errore formale, certamente non difficile da commettere data la complessità di una procedura che è tornata a essere, a tutti gli effetti, concorsuale.

Stefano Simonetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO STAMINA

LA MEDICINA SENZA TEST
È SOLO ATTIVITÀ ILLECITAPAOLO BIANCO*
LUCA PANI**

Caro Direttore, da quando è esploso il caso Stamina il termine "cure compassionevoli" sembra essere diventato quasi di uso comune.

Eppure pochi sanno che non esiste una categoria a se stante di terapie che si possano chiamare "compassionevoli". Il termine denotava un programma ad hoc che la Food and Drug Administration (FDA), l'ente Usa che regola i farmaci, varò dopo la vittoria legale di Robert C. Randall contro gli Stati Uniti d'America sull'uso non perseguibile di marijuana nel glaucoma.

Il programma della Fda consentiva in via eccezionale a un limitatissimo numero di pazienti, e sotto la vigilanza di organi tecnici del Governo, l'uso di una sostanza altrimenti considerata illegale. Il medesimo programma fu chiuso dal Presidente George HW Bush quando l'esplosione dell'Aids (la marijuana ha effetti antiemetici e analgesici) negli Anni 80 portò a un numero di richieste di trattamento che avrebbe trasformato il ricorso eccezionale in uso legale di massa di marijuana.

La storia serve a illustrare che il termine compassionevole non implica solo l'uso di un farmaco non approvato per il commercio, ma anche e soprattutto il suo uso in circostanze eccezionali. L'uso ristretto e limitato, e non di massa, è la prima caratteristica che definisce l'uso detto "compassionevole" di un farmaco, che non è generalmente percepita in ambito mediatico.

La seconda caratteristica generalmente ignorata è che perché un farmaco si possa usare in modo "compassionevole", deve essere comunque approvato, e l'uso "compassionevole" autorizzato. Le caratteristiche tecniche del farmaco devono essere note, precise e dettagliate proprio come nel caso in cui lo si voglia sottoporre a formale sperimentazione clinica.

In America occorre presentare un dettagliato dossier che comprende la completa e puntuale de-

scrizione di caratteristiche chimiche o biologiche, le modalità di produzione, i dati nell'animale, e quant'altro necessario a rendere plausibile l'innocuità ed efficacia del nuovo prodotto. Solo avendo ottenuto dalla Fda lo status di farmaco sperimentale, un prodotto può essere oggetto di sperimentazione clinica e usato in modo "compassionevole".

L'industria che produce il farmaco sperimentabile ne promuove la sperimentazione per stabilirne innocuità ed efficacia, assumendosene i costi, in collaborazione con esperti clinici delle malattie che costituiscono indicazione per il farmaco. Durante la sperimentazione, un medico che abbia in cura pazienti con le stesse malattie, può richiedere l'autorizzazione a usare quel farmaco per un caso singolo, per il quale si ravvedano necessità e urgenza.

Chi concede l'autorizzazione all'uso singolo è sempre e solo la Fda (ovvero l'Aifa in Italia), e lo fa in base al dossier tecnico che il produttore del farmaco ha precedentemente presentato alla stessa Fda e questa ha approvato. Lì si trovano le caratteristiche tecniche che giustificano sia la sperimentazione del farmaco, sia il suo uso in via "compassionevole".

Senza quel "passaporto" che rende un farmaco sperimentabile, non è legale nessuna sperimentazione clinica, e nessun uso singolo del farmaco.

Il decreto ministeriale del 2003, che regola l'uso "compassionevole" in Italia, si riferisce esattamente alle circostanze previste dall'Fda, ovvero a medicinali già sperimentati o in corso di sperimentazione. Il successivo decreto del 2006 dei Ministri Turco e Fazio, di recente interpretato, violato e distorto a piacimento, si riferisce invece a "medicinali" cellulari per i quali non siano in corso sperimentazioni cliniche. Nessun medicinale è mai usato in modo compassionevole senza che si sappia cosa è e che proprietà ha, e lo si sappia da un dossier dettagliato e approvato dall'Agenda Regolatoria del Farmaco.

Nel caso di cellule, la situazione non è diversa. L'uso nel caso singolo

Paolo Bianco
Ordinario
Anatomia
Patologica
Università
Roma
Sapienza



Luca Pani
Direttore
Generale
Agenzia
Italiana
del
Farmaco



("compassionevole") non può essere autorizzato in assenza di quei dati che identificano il medicinale cellulare e le sue proprietà, e ne dimostrano purezza, potenza, qualità, profilo di sicurezza ed efficacia plausibile, senza che esista un razionale per invocarne l'uso nell'uomo, anche se nel caso singolo.

Non si può dunque trattare direttamente un paziente senza autorizzazione e senza aver prima mai presentato un protocollo o un dossier di questo tipo e tanto meno procedere all'uso indiscriminato di massa di un preparato cellulare rivendicandone una immaginaria natura intrinseca di "terapia compassionevole".

Secondo la legge europea (Regolamento (CE) n. 1394/2007) un preparato cellulare è un medicinale, e non esiste un "medicinale compassionevole". Chi produce cellule in laboratorio, non produce "medicinali compassionevoli". Produce un medicinale, che può



essere usato nel caso singolo (“compassionevole”) solo se ammissibile a essere sperimentato.

Le competenze in materia di produzione dei farmaci cellulari per uso singolo (“compassionevole”) sono assegnate dalla legge europea all'autorità regolatoria nazionale in materia di farmaci, che in Italia è l'Aifa.

Non esiste “uso compassionevole” in casi singoli se non l'uso autorizzato nel caso singolo di un farmaco sperimentato o, quanto meno, sperimentabile, e con un preciso razionale clinico. Il resto non è medicina, è attività illecita.

***Ordinario Anatomia Patologica
Università Roma Sapienza
**Direttore Generale
Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa)**

CONTO ANNUALE/ Il personale ha un'età in crescita a cui non corrisponde un'alta anzianità professionale

Medici più attempati che esperti

Il 27% dei dirigenti di struttura complessa va dai 55 anni in su ma ha tra 0 e 15 anni di professione

La situazione 2012 degli organici Ssn per età e anzianità lavorativa

Categorie	Anzianità professionale											
	0-5		6-15		16-30		31-35		36-39		40 e oltre	
	2012	Diff. 2009	2012	Diff. 2009	2012	Diff. 2009	2012	Diff. 2009	2012	Diff. 2009	2012	Diff. 2009
Medici	20.008	-2.328	36.988	4.119	42.435	-7.786	8.303	2.219	1.217	-49	43	20
Veterinari	455	-27	1.096	-54	3.710	-168	271	23	21	-9	4	-1
Odontoiatri	27	5	38	-10	76	-4	12	-	1	-	-	-
Dirigenti sanitari	2.039	190	3.242	-3	7.258	-1.360	1.681	628	270	64	16	-3
Dirigenti altri ruoli	787	-155	1.694	45	2.241	-210	347	-53	164	-74	21	-28
Personale	78.143	-15.813	160.633	13.109	219.908	-28.349	57.169	9.306	20.903	6.400	822	198
Direttori generali	477	-4	108	10	161	4	55	2	50	-28	23	2
Totale	101.936	-18.132	203.799	17.216	275.789	-37.873	67.838	12.125	22.626	6.304	929	170

Categorie	Età anagrafica											
	0-24		25-39		40-49		50-59		60-64		65 e oltre	
	2012	Diff. 2009	2012	Diff. 2009	2012	Diff. 2009	2012	Diff. 2009	2012	Diff. 2009	2012	Diff. 2009
Medici	3	-1	13.769	362	26.864	-4.639	54.716	-3.686	12.395	3.723	1.247	418
Veterinari	-	-7	182	-32	934	-782	3.817	353	595	220	29	12
Odontoiatri	-	-1	11	-4	45	-4	84	2	12	-1	2	-1
Dirigenti sanitari	2	-	1.000	-31	3.355	-608	8.275	-426	1.740	544	134	37
Dirigenti altri ruoli	-	-1	252	-182	1.642	-320	2.762	74	553	-	45	-46
Personale	1.061	-1.504	101.674	-32.031	209.854	-6.779	200.599	21.876	23.124	3.928	1.266	-639
Direttori generali	-	-5	5	-4	149	7	436	-38	214	28	70	-2
Totale	1.066	-1.519	116.893	-31.922	242.843	-13.125	270.689	18.155	38.633	8.442	2.793	-221

Lo zoccolo duro del personale dipendente del Ssn ha un'età compresa tra i 40 e i 59 anni: 513.532 unità, il 76,3% di tutti gli organici. Ed è così, con poche varianti, per tutte le categorie, dal personale ai medici fino al management. Anzi, sotto la voce "direttori generali" (che comprendono anche quelli sanitari, amministrativi e sociali), più avanti si va con l'età e più si trovano concentrati i manager con il picco di 436 tra 50 e 59 anni seguiti dai 214 che hanno fino a 64 anni. Ma ce ne sono 70 che vanno anche oltre.

Dal punto di vista dell'anzianità professionale, invece, la maggior parte degli organici (479.588, il 71,2%) è concentrata tra i 6 e i 30 anni di professione, con poco meno della metà (il 30,3%) nella fascia 6-15 anni.

È questo il panorama che emerge dal Conto annuale 2012 della Ragioneria generale dello Stato (v. anche Il Sole-24 Ore Sanità n. 1/2014). Che mette in evidenza una popolazione di professionisti non giovanissimi, ma con una anzianità professionale nemmeno delle più alte. E questo anche perché una fetta consistente dei dipendenti (tutta la dirigenza e il management) arriva alla professione in età più avanzata del personale.

A conferma poi che gli organici Ssn invecchiano spesso senza troppi ricambi, le età anagrafiche relativamente più giovani (fino a 49 anni, ma con il massimo tra i 25 e i 39) si riducono nel 2012 rispetto al 2009 di 46.566 unità (-31.922 tra i 25 e i 39 anni), mentre aumentano gli organici più vecchi: tra 50 e 59 anni +18.155 e tra 60 e 64 anni +38.633. Le età successive diminuiscono è vero, ma solo di 221 unità, anche per gli effetti delle manovre pensionistiche.

I dirigenti. La maggior parte dei medici e dei dirigenti non medici segue l'andamento delle fasce del resto del personale sia per quanto riguarda l'età anagrafica che per l'anzianità professionale. Ma le cose cambiano se all'interno delle macro-categorie si analizza la situazione dei singoli ruoli. I primari infatti spostano entrambe le età in avanti e su 8.504 circa nel 2012, sono 6.344 (74,6%) quelli compresi tra 55 e 64 anni di età, ma con 524 unità che vanno da 65 a oltre 68 anni. In questa categoria le donne sono come incidenza di meno, mentre aumentano leggermente rispetto agli uomini fino ai 50 anni.

Stesso discorso per i medici dirigenti di struttura semplice che tra i 55 e i 64 anni sono il 63,3% del totale, ma che

raggiungono ben l'87,2% se a queste due fasce si somma quella dai 50 anni in poi.

Dal punto di vista dell'anzianità professionale è evidente che la maggior parte sia di primari che di dirigenti di struttura semplice si concentrano dai 16 anni in poi di professione, ma in realtà ce ne sono anche 2.321 (27,3%) che hanno tra 0 e 15 anni di anzianità professionale: come dire "nati (professionalmente) primari". È paradossalmente meno in queste fasce di età i dirigenti di struttura semplice che raggiungono tra 0 e 15 anni di anzianità professionale, il 21,4% della categoria.

Il personale. I dipendenti (anche se pochi) - dove le donne sono in netta maggioranza - cominciano a essere presenti nel Ssn anche prima dei venti anni, seppure più che dimezzati nel 2012 rispetto al 2009 (-1.504 rispetto a 1.061 totali nel 2012) per colpa dei blocchi del turn over che non hanno portato alcun ricambio. Ma le differenze maggiori si vedono rispetto alla dirigenza su due fronti.

Il primo, quello dell'anzianità professionale, dove rispetto ai dirigenti il personale, che entra in servizio più giovane, conta un maggior numero di operatori anche nelle fasce di

anzianità oltre i 36 anni dove anzi sono in netto aumento. Tra 36 e 39 anni di attività il personale conta il 92,4% di tutti i dipendenti presenti (20.903 su 22.626), in aumento di 6.400 unità rispetto al 2009.

Il secondo versante è quello dell'età anagrafica. In questo caso il personale segue l'andamento generale ed è in calo rispetto al 2009 fino ai 49 anni, mentre aumenta dai 50 anni in su, ma al contrario della dirigenza il 19% circa di organici è già presente nella fascia fino a 39 anni di età, mentre di medici a esempio ce ne sono in questa sezione solo poco più del 12% del totale. Al contrario, mentre sono altrettanti (più del 12%) i medici over 60, il personale in questa fascia di età si ferma al 4,5 per cento.

Paolo Del Bufalo

Ricerca Calcolato il numero di pubblicazioni dal '96 al 2011 dei 15.153.100 autori di articoli scientifici. E il numero di volte in cui sono stati citati

Otto italiani tra gli scienziati più influenti

Nella classifica dei magnifici 400 stilata da un team Usa premiate Milano e Bergamo

Fra i primi 400 ricercatori più influenti al mondo vi sono anche otto italiani, sei dei quali rimasti a lavorare in patria. Il campo è quello della medicina. La classifica è stata ottenuta secondo un nuovo metodo di misurazione sviluppato da un gruppo di ricercatori americani. Pubblicato sull'*European journal of clinical investigation*, lo studio combina per la prima volta diversi parametri di rilevamento della qualità della ricerca. Un conteggio che, secondo gli autori, consente una migliore valutazione, a vantaggio del merito e di una migliore gestione dei finanziamenti. Un «calcolatore meritocratico»,

quindi. I 400 sono in ordine alfabetico, ma incrociando i dati si può stilare una classifica. E lo scienziato italiano che, senza emigrare, guadagna la posizione migliore nella «top 400» è Alberto Mantovani, immunologo, direttore scientifico dell'Humanitas di Rozzano. E' collocabile tra i primi trenta. Punti: 0,455. Settantasette mila le citazioni alle sue pubblicazioni.

Gli altri cinque «cervelli non in fuga» in classifica sono, nell'ordine: Giuseppe Remuzzi (punti 0,420) del Mario Negri di Bergamo, Antonio Colombo (0,415) del San Raffaele di Milano, Giuseppe Mancini (0,407) dell'università Milano-Bicocca, Vincenzo Di Marzo

(0,383) del Cnr di Pozzuoli, Alberto Zanchetti (0,310) dell'università degli Studi di Milano. Prevale il capoluogo lombardo, a conferma dell'alto livello di ricerca nonostante i pochi finanziamenti circolanti nel nostro Paese. Tra i top anche due italiani all'estero: Carlo Croce (che batte Mantovani e ha un punteggio di 0,503) dell'università dell'Ohio e Napoleone Ferrara (0,304) della Genentech incorporated. Assenti, invece, stranieri di alto livello che lavorano in Italia. Bravi ad esportare «cervelli», meno ad attirarne. Il primo in assoluto della classifica dei 400 è il giapponese Shizuo Akira.

Lo studio è stato coordinato

da John Ioannidis, direttore del *Prevention Research Center* della *Stanford university school of medicine*. Il team di Ioannidis è partito dal database Scopus, che contiene i dati identificativi degli oltre 15 milioni di autori di articoli scientifici dal 1996 al 2011 e il numero di successive citazioni delle loro pubblicazioni. Limiti dello studio? Ve ne sono. Riguardano l'accuratezza delle liste di identificativi e la mancanza di dati precedenti al 1996. Non si è tenuto conto, inoltre, della posizione di un ricercatore fra i nomi che firmano un articolo e del suo reale contributo.

Mario Pappagallo

 Mariopaps

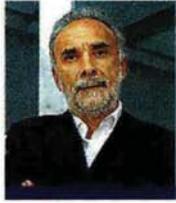
© RIPRODUZIONE RISERVATA

15

Gli anni di pubblicazioni

Gli autori dello studio hanno esaminato le pubblicazioni scientifiche e le citazioni dei lavori di oltre 15 milioni di autori nel periodo compreso dal 1996 al 2011

La classifica di chi lavora nel nostro Paese



Giuseppe Remuzzi



2 Direttore dei Dipartimenti di medicina e dei trapianti all'Azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo, è anche coordinatore delle ricerche presso l'Istituto Mario Negri di Bergamo. Remuzzi concentra la sua attività scientifica sui meccanismi delle malattie renali



Antonio Colombo



3 È primario dell'Unità di emodinamica e cardiologia interventistica presso l'Istituto scientifico universitario San Raffaele. Si occupa in particolare della diagnosi e della cura delle malattie cardiovascolari. Con il suo team esegue più di 1.500 interventi all'anno



Giuseppe Mancia



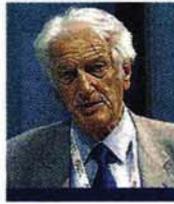
4 Professore emerito di Medicina all'Università di Milano Bicocca ed ex direttore della Clinica Medica e del Dipartimento di Medicina dell'ateneo all'Ospedale San Gerardo di Monza. I suoi studi si concentrano sullo scompenso cardiaco, l'ipertensione e la malattia coronarica



Vincenzo Di Marzo



5 Biochimico, un'esperienza a Londra, è direttore di Ricerca presso l'Istituto di chimica biomolecolare del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr) di Pozzuoli. Nei suoi lavori si è dedicato molto alle possibili applicazioni dei cannabinoidi nella prevenzione medica



Alberto Zanchetti



6 Docente emerito dell'Università di Milano e direttore scientifico dell'Istituto Auxologico Italiano di Milano. Nei suoi studi si è concentrato sulla terapia dell'ipertensione arteriosa e delle malattie cardiovascolari e sul controllo nervoso della circolazione e delle funzioni renali



Alberto Mantovani



1 Il direttore scientifico dell'Humanitas di Milano si è focalizzato soprattutto sulla difesa immunologica

I protagonisti all'estero



Carlo Croce



Docente del Dipartimento di virologia molecolare, immunologia e genetica all'Ohio State University. È specializzato in campo oncologico e soprattutto per le sue produzioni scientifiche e di laboratorio nell'ambito del meccanismo genetico del cancro



Il vincitore

Shizuo Akira

Il professore giapponese dell'Università di Osaka guida la classifica dei 400 scienziati migliori. Akira, immunologo di fama mondiale, ha 915 pubblicazioni di rilievo e quasi 111 mila citazioni dei suoi lavori e delle sue scoperte negli studi scientifici di altri colleghi



Napoleone Ferrara



Scienziato e medico di origini catanesi è distinguished professor nella University of San Diego-California. Nel 2012 ha vinto l'«Innovation award for bioscience» assegnato dal settimanale inglese Economist per aver identificato il VEGF, fattore di crescita vascolare endoteliale



L'ideatore

John Ioannidis

Ha coordinato lo studio uscito sull'*European Journal of Clinical Investigation*. Ioannidis, greco-americano è professore di medicina e direttore del Prevention Research Center della Stanford University School of Medicine

Sei italiani tra i migliori 400 cervelli del mondo

Uno studio americano, pubblicato sull'«European Journal of Clinical Investigation», propone un nuovo metodo di misurazione dell'impatto scientifico dei ricercatori che pubblicano prevalentemente nel campo biomedico e che consente una maggiore efficienza nella loro valutazione e, quindi, più meritocrazia. Nella classifica dei migliori 400 scienziati figurano sei italiani: il primo è Alberto Mantovani, direttore scientifico dell'Istituto Clinico Humanitas, seguito da Antonio Colombo dell'Università Vita-Salute San Raffaele, Giuseppe Remuzzi dell'Istituto Mario Negri di Ber-

gamo, Giuseppe Mancia dell'Università di Milano-Bicocca, Vincenzo Di Marzo del Cnr di Pozzuoli e Alberto Zanchetti dell'Università di Milano. «Cinque di loro lavorano in strutture di Milano e Bergamo - ha commentato Mantovani - a conferma del livello di ricerca che si conduce da queste parti». Dallo studio, coordinato da John Ioannidis, direttore del «Prevention research center» alla Stanford University, emergono altri nomi di italiani che però lavorano all'estero, come Carlo Croce all'Università dell'Ohio e Napoleone Ferrara alla Genentech Incorporated. Mancano, invece, scienziati stranieri di alto livello che lavorano in Italia. «È una realtà che conosciamo - conclude Mantovani -: siamo bravi a esportare scienziati di qualità, ma non attiriamo quelli stranieri».



Numero uno
 Alberto Mantovani è direttore scientifico dell'Istituto Humanitas: è considerato il migliore ricercatore italiano



Risorse tagliate del 10,2 per cento in cinque anni. Ma il ministro Carrozza assicura: «Nel 2014 più soldi e non saranno distribuiti a pioggia»

Troppi fondi agli atenei senza merito, insorgono i rettori

CORRADO ZUNINO

ROMA — Ci sono meno risorse per tutte le università italiane e, dicono i rettori del Nord, distribuite a casaccio. I rettori (tutti) sono infuriati perché il taglio agli atenei è un fatto: dai 6,9 miliardi di euro complessivi del 2008 si è scesi ai 6,2 del 2013, il 10,2 per cento in meno. Continuiamo a definanziare le università, al contrario dei paesi anglosassoni, di Francia e Germania. E quel che resta è distribuito a pioggia. Tra fine dicembre e inizio gennaio sui tavoli dei rettori sono arrivate le cifre dei fondi di finanziamento ordinario per il 2013 e l'arretramento generalizzato è diventato ufficiale: atenei come Bergamo hanno perso l'1,34 per cento, altri venti addirittura il 5 per cento (alla Sapienza di Roma sono stati tolti 26 milioni). Il problema successivo è stato il confronto e così si è scoperto che la Bicocca di Milano, la migliore secondo i parametri ministeriali, ha ricevuto meno soldi di Messina, la peggiore. E, ancora, l'Università della Tuscia di Viterbo, che non si è distinta quasi in nulla, ha avuto 6.647 euro per ogni iscritto quando il Politecnico di Milano (in passato sul podio per qualità) 2.871 euro, due volte e mezzo in meno.

L'insurrezione degli atenei eccellenti è stata immediata. Carlo Carraro, rettore della veneziana Ca' Foscari (3,2 milioni tagliati e una media fondi per studente tra le più basse), si chiede: «A che ser-

ve impegnarsi a fare bene se poi la ricompensa è una penalizzazione? Siamo quinti nella valutazione a livello nazionale, subiamo un taglio da ultimi in classifica». L'Istituto universitario di architettura di Venezia è stato retrocesso nella classifica finanziamenti al terzo ultimo posto. Dice il rettore Amerigo Restucci: «I fondi premio non ci sono e si continuano a fare tagli sul turnover e sul finanziamento ordinario. Sono stati colpiti i politecnici e gli istituti di architettura, è scoraggiante». Da Pavia (-6,3 milioni) il rettore Giuseppe Zaccaria sostiene che questo modello distributivo è fatto con criteri «cripto-assistenzialistici, in gran parte legati alla spesa storica degli atenei». Il rettore di Trieste Maurizio Fermeglia ammette: «Abbiamo pagato per i ricercatori non attivi, li dobbiamo stanare. Dovremmo penalizzare i loro stipendi, negare spazi e strumenti».

Il ministro Maria Chiara Carrozza accoglie le critiche e dice: «L'attuale sistema di finanziamento delle università non è equo né funzionale: aumenteremo i premi per gli atenei che funzionano e terremo conto degli indicatori territoriali». Il ministro spiega che già per il 2014 ci saranno 193 milioni in più e la quota premiale salirà dal 13,5 al 16 per cento con la ricerca che peserà per l'80 per cento. «Faremo una riforma entro marzo e introdurremo il costo standard per studente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



54

GLI ATENEI

Sono 54 gli atenei che nel 2013 hanno ricevuto i finanziamenti statali distribuiti in base agli studenti ma non al merito



6,2 mld

I FINANZIAMENTI

Agli atenei sono andati 6,2 miliardi di euro di finanziamenti statali, con un taglio del 10,2 per cento negli ultimi cinque anni



6.647

IL RECORD

Il finanziamento più alto per studente è della Tuscia (6.647 euro), all'ultimo posto c'è l'ateneo di Chieti-Pescara (78,6 euro)



quotidiano**sanità**.it

Martedì 28 GENNAIO 2014

Lorenzin: "I Nas sono organo indispensabile, ma anche un grande orgoglio italiano"

Il ministro della Salute lo ha affermato nel messaggio inviato al 31° meeting del FLEP, il foro per la cooperazione europea in materia di vigilanza alimentare. "In un'era in cui la produzione ed il commercio sono sempre più globali, è indispensabile un'attività di contrasto sempre più severa e coordinata".

Si è concluso oggi a Roma il 31° meeting del FLEP (Food Law Enforcement Practitioners), foro permanente per la cooperazione informale tra le Istituzioni dei Paesi dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo, deputate alla vigilanza nel comparto degli alimenti e delle bevande.

All'evento, svolto presso la sede del Comando Carabinieri Nas, hanno partecipato 50 delegati di 22 Stati ed i rappresentanti di Istituzioni Internazionali che si occupano - a vario titolo - di lotta al crimine alimentare, quali Europol, Interpol e Direzione Generale per la salute e i consumatori della Commissione Europea. "Il Quartier Generale dei NAS è stata scelta la migliore cornice possibile per l'incontro dal momento che i Carabinieri dei Nas rappresenta non solo un indispensabile organo del Dicastero, ma un grande orgoglio italiano, esempio di strumento a tutela di tutti cittadini e dei tanti produttori, che con onestà e rigore mettono sul mercato prodotti di altissima qualità", ha affermato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, nel messaggio inviato all'evento. Lorenzin ha poi sottolineato come, "in un'era in cui la produzione ed il commercio sono sempre più globali, dove il mercato è soggetto a normative sempre più complesse e dove la complessità rappresenta un terreno fertile per tutti quei soggetti che conducono la propria impresa senza troppi scrupoli, è indispensabile un'attività di contrasto sempre più severa e coordinata".

Il meeting è stata l'occasione per descrivere le iniziative internazionali adottate nel settore alimentare (quali la creazione di una task force "antifrode alimentare" istituita dalla Commissione Europea), nonché per illustrare alcuni dei risultati delle operazioni internazionali di polizia (tra cui OPSON che negli ultimi tre anni ha registrato la partecipazione di oltre 30 paesi di Asia, Africa e America), i progetti già finanziati dall'UE per la formazione e l'aggiornamento degli ispettori ed, infine, le possibili azioni di contrasto da intraprendere congiuntamente sia dagli organi di polizia sia dagli enti di controllo.

L'incontro di Roma, hanno spiegato i Nas in una nota, "è solo la prima di una serie di analoghe iniziative che verranno realizzate durante il Semestre italiano di Presidenza Europea e nel corso di Milano EXPO 2015".

Curarsi con pillole o parole?

I test genomici sul metabolismo dei farmaci potranno risolvere un dilemma classico



PSICHIATRIA

GIANNA MILANO

Da anni Ruggero M., 35 anni, con una diagnosi di psicosi cronica, veniva curato con una combinazione di farmaci senza trarne beneficio. Per capire le ragioni di questa scarsa risposta alle terapie si sottopose, su consiglio dello psichiatra, a test genomici, capaci di valutare, sulla base degli enzimi coinvolti nel metabolismo dei farmaci che stava prendendo, come mai non si arrivasse ai risultati attesi. Si scoprì così che Ruggero metabolizzava troppo rapidamente e in modo troppo scarso due dei medicinali che prendeva.

«La terapia venne quindi modificata per minimizzare l'impatto negativo di due enzimi non funzionali e i sintomi psicotici del paziente migliorarono in modo evidente grazie a una cura personalizzata», racconta Maurizio Simmaco, direttore della divisione di Diagnostica molecolare avanzata dell'ospedale Sant'Andrea di Roma che, in collaborazione con l'Università La Sapienza, ha attivato un gemellaggio pionieristico tra analisi genomica e

pratica clinica e, quindi, un'interazione proficua tra ospedale e accademia.

«A conti fatti, il rapporto costo-efficacia è assolutamente positivo - aggiunge -. I costi per gestire questo tipo di informazioni non sono elevati e le conoscenze raccolte (velocità di metabolizzazione del farmaco, rapidità con cui viene eliminato, struttura del bersaglio da colpire) forniscono una visione d'insieme che serve a valutare se l'intervento terapeutico è congruo, evitando tanti fallimenti».

La sfida della medicina personalizzata in psichiatria è piuttosto recente, visto che di farmaci «su misura» si sente parlare per altre patologie, soprattutto il cancro. Nell'oncologia, infatti, la terapia è studiata in base alla tipologia dei geni e dei recettori del tumore di una persona specifica. Ora la medicina individualizzata è il frutto della mappatura e del sequenziamento del Genoma umano, completato nel 2003. La ricerca si è man mano affinata, concentrandosi sul significato funzionale delle differenze dei caratteri del Dna che definiscono ciascuno di noi: differenze dovute a variazioni anche di un unico nucleotide, in inglese «single nucleotide polymorphism» o «Snp». Ed è proprio sull'analisi degli «Snp» che si fonda la diagnostica che dà la possibilità non solo di scoprire la predisposizione ad alcune malattie, ma anche la risposta ai

farmaci, aprendo la strada alla farmacogenomica.

«I nuovi strumenti offerti dalla biotecnologie permettono lo sviluppo di un approccio medico sempre più mirato, anche in psichiatria, riducendo il ricorso a farmaci non necessari o inefficaci, se non addirittura tossici: come può succedere quando il metabolismo di un farmaco non è congruo», osserva Simmaco, che nel suo laboratorio esegue ora 40 mila analisi genomiche ogni anno in un vasto ambito clinico.

Numerosi studi - alcuni recentissimi - hanno puntualizzato la componente ereditaria, e quindi legata ai geni, di diverse patologie psichiche, dalla depressione agli istinti di suicidio (un caso-simbolo riguarda gli episodi di suicidio ricorrenti per generazioni nella famiglia dello scrittore Emilio Salgari). Ma gli scienziati hanno individuato anche alcuni geni implicati nella schizofrenia - anche se nessuno collegato direttamente alla malattia - oltre a una predisposizione genetica al gioco d'azzardo. «Se è facilmente accettata l'idea che ai geni si possa delegare la causa di cancro o diabete, si è meno disposti ad attribuire a un certo profilo genomico comportamenti patologici, come la schizofrenia o la depressione - dice Stefano Ferracuti, professore di psicologia clinica all'Università La Sapienza di Roma -. Il nesso tra genoma e comportamento evoca subito lo spauracchio del-

l'eugenetica e il timore che si possa intaccare il libero arbitrio. Ci si dimentica quanto peso abbia l'ambiente nell'innescare fattori di rischio di tipo genomico».

E si direbbe proprio che l'ambiente che andiamo costruendo, vacillante e incerto, con stridenti disuguaglianze, non possa che facilitare, in chi ha un profilo genomico predisponente, lo sviluppo di sintomi patologici. Questo - a parere di Robert Whitaker, autore del saggio «Indagine su un'epidemia» (Fioriti Editore) - può spiegare lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche e il boom degli psicofarmaci.

Nella cura dei disturbi psicopatologici, d'altra parte, l'intervento psicoterapeutico e quello farmacologico sono stati a lungo messi in contrapposizione anche dagli addetti ai lavori. Solo di recente i fautori delle «pillole» e quelli delle «parole» hanno firmato una sorta di tregua. Un tema complesso, affrontato con disarmante lucidità dallo psicoanalista Niels Nielsen nel saggio «Pillole o parole?» (Cortina). «Direi - conclude Simmaco - che le analisi genomiche mettono in evidenza due punti: che non tutte le persone con disturbi psichici si curano allo stesso modo e che il paradigma riduzionista che induce al ricorso indiscriminato agli psicofarmaci non può essere sufficiente, se non si interviene sulle cause e sui meccanismi retrostanti, come quelli relazionali e cognitivi basati sulla comunicazione. E, quindi, sulla parola».

Maurizio Simmaco
Biochimico

RUOLO: È DIRETTORE DELLA DIVISIONE DI DIAGNOSTICA MOLECOLARE AVANZATA DELL'OSPEDALE SANT'ANDREA II (UNIVERSITÀ LA SAPIENZA - ROMA)



Troppi farmaci sempre più ragazzi con l'emicrania



Teenager in sofferenza

IL DISTURBO

L'emicrania è la malattia neurologica genetica più diffusa tra i più piccoli. In Italia colpisce circa 10 bambini su 100 e tra gli adolescenti aumentano i casi di mal di testa cronici dovuti all'abuso di antidolorifici.

Il suo sintomo più conosciuto, la cefalea o mal di testa, in età pediatrica ha un'incidenza ancora più alta: ne soffre oltre il 40% dei ragazzi. Lo segnala il Centro cefalee dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù che segue ogni anno oltre 1500 pazienti. Gli esperti segnalano un aumento dell'abuso di antidolorifici tra gli adolescenti, che porta alla cronicizzazione della cefalea.

Il trattamento dell'emicrania e dei suoi sintomi può essere sia di tipo farmacologico che non farmacologico, ma aumentano i casi di abuso (più di 15 dosi al mese) di antidolorifici tra gli adolescenti che soffrono di mal di testa cronico quotidiano. «Il trend è in crescita, spiega Massimo Valeriani responsabile del centro, a causa di un utilizzo improprio, favorito anche dalla tendenza delle famiglie all'autoprescrizione e all'autogestione dei farmaci».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Smettere di fumare non fa ingrassare

Secondo un nuovo studio condotto su grossi numeri, dire addio al fumo non aumenta il rischio di aumentare di peso, come molti temono



Sono 6mila miliardi all'anno il numero di sigarette che vengono consumate in tutto il mondo. E con queste **cifre da capogiro** ci si può chiedere come mai lo smettere di fumare appaia quasi come una chimera irraggiungibile. Eppure, ancor più delle temute malattie incurabili, il fumo viene tutt'oggi giudicato come **la principale causa di mortalità** in tutto il mondo: si contano infatti 3.000.000 di morti all'anno tra le persone di età compresa tra i 35 ai 69 anni, proprio a causa delle sigarette. Le difficoltà nel dire addio alle bionde sono davvero molte, considerando la dipendenza che creano; inoltre, ci sono tutta una serie di timori che fanno sì che la gente non tenti neppure di smettere di fumare. Tra questi vi è la precisa **credenza che possa agevolare l'aumento di peso**. Tuttavia, in merito a uno studio condotto dall'Università di Otago e pubblicato su *Nicotine & Tobacco Research*, tale "superstizione" sarebbe pressoché infondata.

Per arrivare a queste conclusioni sono state seguite circa mille persone nate a Dunedin tra il 1972 e il 1973. Sono state quindi rilevate le abitudini di fumo e il peso di soggetti di età compresa fra i 15 e i 38 anni – secondo quanto riportato sul quotidiano *Stuff.co.nz*. La maggior parte dei volontari (circa un terzo), fumavano dall'età di 21 anni. E se è pur vero che, una volta smesso, sia i soggetti maschili che quelli femminili inizialmente avevano la possibilità di prendere circa cinque chili di peso in più, è anche vero che dopo poco **il loro peso tornava esattamente al livello** delle persone che non avevano mai fumato.

Inoltre, dai risultati è anche emerso che chi era soggetto ad aumentare di peso, **lo faceva ugualmente con il passare degli anni**, anche se stava ancora fumando. Per cui il fatto di fumare non gli ha impedito di metter su qualche chiletto di troppo. Secondo il coordinatore dello studio, Lindsay Robertson, alcuni studi precedenti che affermavano il contrario – ossia che smettere di fumare agevolava l'aumento di peso – non erano attendibili. «Ci auguriamo che i nostri risultati possano incoraggiare le persone che stanno pensando di smettere di fumare. Queste non devono avere il timore di mettere su grandi quantità di peso – spiega Robertson – E' importante essere consapevoli che un piccolo aumento di peso è improbabile possa affossare i benefici per la salute dello smettere di fumare». Una buona notizia giunge anche dalle intenzioni del Governo neozelandese. «Il Governo ha un obiettivo, nel 2025 vuole diventare una nazione senza fumo, e per raggiungere questo obiettivo un sacco di persone dovranno smettere di fumare». E con la conclusione di Robertson, non possiamo far altro che augurarci che tali previsioni **si realizzino davvero** sia lì che nella nostra Penisola. Lo studio è stato finanziato dall'Health Research Council della Nuova Zelanda.

<http://www.lastampa.it/2014/01/28/scienza/benessere/lifestyle/smettere-di-fumare-non-fa-ingrassare-b8pqj4cJ9c3oMRVJ1Et1HN/pagina.html>

Aumentano i casi delle coppie senza figli per problemi dell'uomo: tra le cause alcol, sedentarietà, alimentazione errata

Infertilità diagnosi al maschile

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



LA PREVENZIONE

Inquinamento, esposizione a pesticidi, abitudini alimentari scorrette con abuso di alcol e soprattutto la sedentarietà. E' lungo l'elenco delle cause che minano la fertilità maschile. E' stato infatti accertato che l'aumento del body mass index (rapporto altezza/peso) come l'eccessivo consumo di grassi possono peggiorare la qualità degli spermatozoi. Uno studio dell'università di Harvard su 189 studenti rivela che la concentrazione di spermatozoi per millimetro di liquido seminale è quasi la metà (il

44% in meno) negli uomini che guardano la televisione una media di 20 ore a settimana, senza compensare tanta sedentarietà con un pò di esercizio fisico.

Al contrario la fecondità è massima nei giovani che fanno esercizio fisico per circa 14 ore la settimana. Sicuramente anche il fumo di sigaretta sia attivo che passivo diminuisce la capacità degli spermatozoi di penetrare all'interno della cellula uovo.

Oggi in Italia circa 250-300mila coppie devono fare i conti con l'infertilità che nella metà dei casi dipende proprio dall'uomo. A

ciò se ne aggiunge un altro 15% cosiddetto "inspiegabile", causato sempre da problemi nel maschio. Nel corso degli ultimi 50



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

anni il numero degli spermatozoi si è praticamente dimezzato.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, la soglia della fecondità maschile si colloca intorno ai 15 milioni di spermatozoi per millimetro. Al di sotto di tale percentuale un uomo non è considerato fertile. Una situazione che richiederebbe maggiori attenzioni fin da giovani, accompagnate dalla visita dall'andrologo come accade di routine per le ragazze che si rivolgono dal ginecologo. Invece, come dicono allarmati gli andrologi, resta un'abitudine disastrosa. Esistono fattori prettamente medici, come alcune patologie testicolari, in grado di interferire sul normale processo spermatogenetico. I testicoli ritenuti (criptorchidismo), il varicocele, i processi infiammatori della prostata e delle vescicole seminali sono tutte cause diagnosticabili con una semplice ecografia. Ci sono poi cause genetiche (traslocazioni, delezioni, inversioni), che possono essere accertate con un semplice esame del sangue.

I NUOVI ESAMI

«L'accertamento della **infertilità** maschile si basa su numero, motilità e morfologia degli spermatozoi attraverso l'esame del liquido seminale. Anche le modalità di questo esame sono cambiate negli ultimi tempi - spiega Ermanno Greco, direttore del Centro di Medicina e biologia della riproduzione dell'European Hospital di Roma - prima si dava un giudizio del liquido soggettivo e spesso differente tra i vari laboratori, oggi ci sono apparecchiature computerizzate molto sofisticate. La morfologia della testa degli spermatozoi è il parametro più critico per un normale processo di penetrazione dello spermatozoo all'interno dell'ovocita. Grazie a speciali microscopi in grado di ingrandire la testa degli spermatozoi di seimila volte siamo oggi in grado di vedere anomalie fini della morfologia».

In particolare si è constatato che quando il numero degli spermatozoi si riduce drasticamente (sotto ai 5.000.000/ml) possono aumentare le anomalie genetiche degli stessi, che si esprimono attraverso un errato numero di cromosomi con problemi nel concepimento della metodica ICSI.

GLI SPERMATOZOI

Invece un semplice esame, denominato FISH, permette oggi di ve-

rificare se il numero di cromosomi strategici per il processo di fecondazione (13,18,21, X, Y) è normale o alterato. «Valutare con esattezza il liquido seminale - conclude Greco - non solo consente di effettuare una corretta diagnosi di **infertilità** maschile e l'eventuale terapia ma anche la corretta tecnica di selezione degli spermatozoi qualora il paziente debba sottoporsi a programmi di fecondazione in vitro».

Un altro aspetto di cui troppo poco si parla preoccupa gli andrologi che oggi si ritrovano uomini oltre i 35 anni che non possono avere figli: l'uso degli anabolizzanti. Presi, magari anche solo in tarda adolescenza, per potenziare la massa muscolare. Consigliati come "aiuti" innocui, in alcuni organismi attaccano il patrimonio ormonale dell'uomo. Parliamo di steroidi anabolizzanti che si trovano, non raramente, in quei preparati che prendono il nome di "integratori alimentari" (quindi non farmaci) di proteine e aminoacidi. Indagini effettuate a livello internazionale hanno riportato un tasso di contaminazione con steroidi del 15-20%, quindi molto alti. Sono ancora pochi i ragazzi, spesso under 25, che ne sono a conoscenza. I dopanti possono interferire in modo molto pesante sulla produzione degli spermatozoi, sia sulla qualità che sulla quantità.

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«APPARECCHIATURE MOLTO SOFISTICATE PER L'ANALISI DEL LIQUIDO SEMINALE»

Ermanno Greco
andrologo



Occhio agli steroidi e alle sigarette



Il fumo e l'uso eccessivo di anabolizzanti possono attaccare il patrimonio ormonale dell'uomo e ridurre la fertilità.

Coltivare l'attività fisica



Secondo uno studio di Harvard, gli spermatozoi si dimezzano se si guarda la tv 20 ore a settimana senza fare sport.

Visita periodica dall'andrologo



Come accade alle ragazze con il ginecologo, fin da giovani, i maschi dovrebbero farsi controllare dall'andrologo

Arriva dagli Usa la mania del "sit and be fit", ovvero rimani seduto e mantieniti in forma. Bastano alcuni esercizi mirati come hanno dimostrato i test dei medici della Penn State college of Medicine

La ginnastica dei sedentari



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

IL CASO

Suadare, bruciare grassi e tonificare il corpo con il sorriso stampato in faccia non è la filosofia dei sedentari. Anzi. Al contrario, mantenersi in forma stando seduti è il sogno di tutti i pigri. Un sogno diventato realtà. Per coloro che amano stare in poltrona a leggersi un libro o a guardare un film ora c'è la ginnastica passiva.

In inglese si chiama "Sit and Be Fit", ovvero "Rimani seduto e mantieniti in forma". È una ginnastica che si esegue completamente da seduti. È adatta a tutti - giovani, anziani e bambini - e, secondo gli esperti, i benefici sono garantiti. Negli Stati Uniti il rivoluzionario modo di fare ginnastica ha catturato migliaia di sedentari di tutte le età. Non solo: sui canali televisivi imperversano, ad ogni ora, corsi in diretta e lezioni a distanza. Sono sufficienti

una sedia e la convinzione che si stia facendo qualcosa di utile per il proprio benessere psicofisico. Non serve altro.

LE SEQUENZE

Ogni esercizio può essere eseguito a casa, in ufficio, dietro alla scrivania, seduti in auto, in aereo o in treno. Le sequenze dei movimenti sono semplici: esercizi per recuperare scioltezza articolare, per schiena, spalle, braccia e gambe. Senza dimenticare mani e piedi. Dunque, particolarmente indicata per chi soffre di dolori alle articolazioni, anche cronici. Ci si può avvalere dell'aiuto di una piccola pedana con pedali e a movimento ellittico, da piazzare sotto la scrivania dell'ufficio o davanti alla poltrona mentre si guarda la tv, che garantirebbe il mantenimento del peso forma e la perdita di circa 2,5 kg l'anno.

I medici della Penn State College of Medicine l'hanno sperimentata su 32 volontari mentre lavoravano. I ricercatori hanno monitorato il dispendio energetico, il battito cardiaco e altri parametri biometrici. L'86% del campione, pedalando un'ora al giorno a passo lento, non è aumentato di peso.



«Un'ora al giorno di pedana in media fa perdere circa 2,5 chili l'anno» assicurano gli scienziati della Pennsylvania.

Altrimenti c'è il programma «New York sit and fit»: una non-ginnastica di gran moda nei club di fitness più esclusivi della Grande Mela, da fare stando immobili. A corpo libero o con semplici attrezzi della casa, ci si impegna in movimenti che allentano la tensione muscolare, mantengono elasticità e equilibrio.

Tutti in forma con il fitness da scrivania? Fabio Lodispoto, specialista in Ortopedia e Traumatologia e in Medicina dello Sport è cauto: «Tutto fa bene rispetto all'immobilità ma questa ginnastica da fermi mi ricorda il metodo passivo Seven Toning, arrivato negli anni '80 nelle palestre italiane, che assicurava dopo poche sedute di perdere peso, acquistare tono muscolare e combattere la cellulite. Una chimera. È bene dire, invece, che meno muscoli si muovono e meno consumo energetico si ottiene. Se il pigro vuole dimagrire deve solo mangiare poco. Questi esercizi comunque servono. In aereo vengono promossi movimenti da compiere da seduti per migliorare la circolazione. Specialmente sulle tratte lunghe, il rischio è che il sangue non circoli bene e si creano degli emboli. Movimenti e massaggi che si possono riprodurre in ufficio con un tavoletta. Al termine delle 8 ore i piedi saranno meno gonfi e le caviglie non più stanche».

LE POSIZIONI

La parola d'ordine è «rimanete sempre seduti» mantenendo una corretta posizione del corpo e imparare a respirare correttamente. È sconsigliabile sedersi su poltrone o divani troppo morbidi; molto meglio una sedia rigida con schienale alto, in modo da poter appoggiare tutta la colonna vertebrale e tenere i muscoli tirati. L'altezza della sedia, a tavola o in studio, deve poi permettere alle ginocchia di rimanere allo stesso livello delle anche.

Tutte le altre posizioni (gambe distese, sedia troppo alta o troppo bassa, ecc.) determinano sollecitazioni eccessive della colonna vertebrale. Per alzarsi e fare lavorare i muscoli,

un esercizio utile è quello di mettere i piedi il più possibile vicino alla sedia, inclinando poi leggermente il busto in avanti e spingendo in su, facendo forza con le gambe. Mai con i muscoli della schiena.

Francesca Filippi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**«TUTTO FA BENE
RISPETTO ALL'IMMOBILITÀ
MA MENO MUSCOLI SI USANO
E MENO SI CONSUMA»**

Fabio Lodispoto
Ortopedico Med. dello sport

Non solo farmaci per i bambini allergici: c'è anche il vaccino

"L'allergy immunotherapy' si é rivelata una terapia efficace e sicura da prescrivere in caso di allergia grave al veleno d'imenotteri (ad esempio da puntura d'ape, vespa); in caso di rinite allergica (ad esempio agli acari della polvere e ai pollini) con associato o meno asma bronchiale allergico; in caso di asma bronchiale allergico



Non solo farmaci per curare i bambini alle prese con le allergie. Lo specialista, infatti, può prescrivere anche “una immunoterapia specifica - il cosiddetto **‘vaccino per l’allergia’** - dopo un’attenta anamnesi e una corretta diagnosi”. "L'allergy immunotherapy' (Ait)- spiega Roberto Bernardini, presidente della Società italiana di allergologia e immunologia pediatrica (Siaip) e direttore dell'Uoc di Pediatria presso l'Ospedale San Giuseppe di Empoli- si é rivelata una **terapia efficace e sicura da prescrivere in caso di allergia grave al veleno d'imenotteri (ad esempio da puntura d'ape, vespa)**; in caso di **rinite allergica** (ad esempio agli acari della polvere e ai pollini) con associato o meno asma bronchiale allergico; in caso di asma bronchiale allergico”. L'immunoterapia specifica determina un'immuno-tolleranza specifica verso l'allergene, ad esempio dell'acaro o dei pollini, per il quale si ‘vaccina’ e si associa a una riduzione dei sintomi dovuti all'allergene stesso. L'allergy immunotherapy favorisce anche un cambio nella storia naturale dell'allergia. Previene ad esempio sia la **comparsa di asma bronchiale** in soggetti affetti da rinite allergica alle graminacee, sia la comparsa di nuove sensibilizzazioni. Altro effetto é la durata nel tempo. L'immunoterapia specifica produce un **beneficio sui sintomi per molti anni dopo la sua sospensione** (la durata dell'AIT é di solito 3-5 anni) mentre i farmaci (antistaminici, cortisonici, antileucotrienici, broncodilatatori) funzionano solo fino a quando si somministrano. Nella pratica quotidiana, l'immunoterapia specifica é effettuata **per via sottocutanea** (soprattutto per il veleno di imenotteri) o **per via sublinguale** (soprattutto per allergeni quali acari e pollini). Da alcuni anni sono disponibili compresse oro-dispersibili (le cosiddette tablet) che si sciolgono in pochi secondi oppure compresse che si sciolgono in un minuto circa una volta messe sotto la lingua, composte da allergeni di graminacee, e utilizzate in caso di oculo-rinite allergica ai pollini di graminacee. “Tali compresse, che hanno ottenuto da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) l'autorizzazione all'immissione in commercio (aic) e quindi sono equiparate a farmaci, appaiono essere anche **piu' efficaci dei farmaci sintomatici** (ad esempio antistaminici, cortisonici) nella terapia delle fasi acute della rinite allergica alle graminacee. Nei prossimi mesi- anticipa Bernardini- quando saranno noti i dati ufficiali (quelli preliminari sono presentati in questo Congresso) degli studi eseguiti su soggetti con rinite allergica agli acari della polvere (studio MERIT) e in soggetti con asma bronchiale allergico agli acari della polvere (studio MITRA), trattati con compresse oro-dispersibili (le cosiddette tablet) composte di allergeni di acari, gli allergologi avranno un'ulteriore arma in piu' da usare nella terapia di pazienti con rinite ed asma bronchiale da acari della polvere”.