



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



**REGIONE** Oggi l'insediamento: le nomine di turismo e sanità tra i dossier. Potrebbe annunciare i nomi della Giunta

## De Luca a Santa Lucia: prime iniziative

DI **MARIO PEPE** E **DARIO CURCIO**

**NAPOLI.** Primo giorno ufficiale di Vincenzo De Luca (*nella foto*) oggi a Palazzo Santa Lucia. Il governatore, dopo il via libera del Tribunale, sarà oggi nella sede della Regione per iniziare il proprio lavoro. Giovedì ci sarà il primo consiglio regionale e poi entro la fine della settimana arriverà anche la nuova Giunta. Che, però, almeno nella sua composizione potrebbe essere annunciata già oggi per poi procedere alla firma dei decreti dopo la riunione dell'aula. Non solo Terra dei fuochi. Sul tavolo, incandescente, dello "sceriffo", sono diversi i dossier con dicitura "urgente" ai quali il presidente della Campania dovrà subito mettere mano: turismo e sanità su tutti. In due dei settori strategici per ragioni poli-



tico-economiche e ricadute social-occupazionali della Regione Campania, infatti, è venuto a crearsi, causa la vicenda, non ancora conclusa, della sospensione dell'ex sindaco di Salerno che ha paralizzato il funzionamento della macchina regionale, il caso dei

commissari "scaduti" o in "scadenza" da prorogare o, visto il cambio di maggioranza politica, da rinominare secondo criteri più affini ai neoamministratori regionali. Partiamo dal comparto turistico e dalla vicenda, emersa nei giorni scorsi, dei 5 commis-

sari degli Enti provinciali del turismo (Ept) e dei 10 delle Aziende autonome di soggiorno e turismo (Aast) della Campania. Nominati lo scorso 30 dicembre dalla precedente giunta Caldoro per restare in carica sei mesi, in attesa che andasse a regime la riforma del settore e nascesse l'Agenzia unica per il turismo della Campania, il 30 giugno di quest'anno hanno visto, di fatto, cessare i loro poteri e, data l'assenza di un organismo politico legittimamente insediato che ne potesse prorogare i poteri, per loro è stato richiesto un parere all'Avvocatura che gli consentisse di gestire l'ordinario per almeno altri 45-60 giorni. A questo punto c'è da chiedersi come vorrà procedere la nuova Amministrazione. Si opterà per una prorogatio semestrale dei commissari in carica – magari pigiando un piede sull'acceleratore della ristrutturazione del comparto turistico e sulla costituzione della citata struttura unica di pianificazione e gestione del turismo regionale – oppure si sceglierà di rimescolare le carte sostituendoli con personalità più affini al nuovo governo regionale? A De Luca la risposta. Al neogovernatore sta di sciogliere anche il nodo dei commissari, diversi dei quali in scadenza, delle Aziende sanitarie locali (Asl) e di alcuni ospedali e nosocomi. Tra loro quelli del Cardarelli (in carica, a suon di proroghe, dall'ottobre 2014) e delle Asl Napoli 2 e Napoli 3 (i cui direttori sanitari sono stati nominati commissari, inizialmente per soli 30 giorni poi sempre rinnovati, dalla vecchia giunta Caldoro nel gennaio di quest'anno).

Pesante l'eredità lasciata al presidente che dovrà mettersi subito all'opera per risolvere questioni paralizzate da anni

## Porti, Sanità e Trasporti: i primi dossier da vagliare

**NAPOLI (gp)** - Nei pensieri dei gruppi consiliari e del presidente della Regione **Vincenzo De Luca** ci sono già le tante sfide che dovranno essere affrontate nei prossimi cinque anni. La decima legislatura entrerà nel vivo a partire da giovedì, giorno del primo consiglio regionale. Ma le questioni da risolvere sono tante, tantissime. La Regione, sotto la guida di **Stefano Caldoro**, ha avuto un ruolo estremamente defilato su vicende chiave per il futuro della Campania. Una di queste è quella legata alla gestione dei porti. L'Autorità portuale di Napoli è commissaria

riata da anni e rischia di perdere milioni su milioni di euro di fondi europei. Il ministro **Graziano Delrio** ha annunciato che si va verso una 'fusione' delle Autorità portuali di Napoli e di Salerno. *"Uno degli aspetti da affrontare con maggiore decisione è la burocrazia: sono troppe 23 autorità doganali e 113 procedure e la nostra soluzione è uno sportello unico che funzioni per tutti. A Napoli abbiamo già l'impegno a sbarcare di sessanta nuove navi da crociera"*. De Luca dovrà avere un ruolo chiave nella scelta di chi dovrà dirigere questo

ente. E chissà che il presidente della Regione non possa dare una mano al sindaco di Napoli **Luigi De Magistris** a non far 'silenziare' il Comune sulla gestione della riqualificazione di Bagnoli. Questioni, alle quali va aggiunta quella relativa alla battaglia per la difesa dell'acqua pubblica, sulle quali sono molto attivi anche i futuri consiglieri del Movimento 5 Stelle che hanno incontrato nelle scorse ore i lavoratori del porto di Napoli che rischiano il licenziamento. E poi, tra le priorità dell'amministrazione che sarà ufficialmente varata giovedì, ci sono le operazioni di

risalita dal baratro su alcuni settori chiave della vita della Regione e dei cittadini campani. La vecchia giunta ha lasciato macerie su Sanità e Trasporti. De Luca in campagna elettorale ha promesso un cambio di passo radicale, ha spiegato a più riprese la sua ricetta per rilanciare la Regione e restituire dignità alla quotidianità della gente. Da giovedì si comincia a fare sul serio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Anche i nuovi esponenti dell'assemblea cominciano ad incontrare i lavoratori

Verso la fusione delle Autorità portuali: resta da sbloccare la nomina dei vertici



## Luglio il mese "caldo" della Sanità A breve la nomina del commissario

DI FRANCESCO AVATI

NOVE TRA ASL E OSPEDALI in mano a commissari straordinari, altre due aziende con direttori generali in scadenza a fine mese, un'azienda ospedaliera sciolta per infiltrazione della criminalità organizzata e alle porte la solita estate rovente tra carenze di personale, surplus di lavoro e accorpamenti di reparti: momento cruciale per la Sanità campana che vive da settimane ormai una situazione di vuoto politico. Il riferimento non è all'empasse della legge Severino, sicuramente non più a quello visto che, come era prevedibile, il Tribunale ordinario di Napoli ha accolto il ricorso del presidente della Regione Campania **Vincenzo De Luca** contro la sospensione dalla carica prevista dalla legge. Il riferimento è piuttosto alla nomina del nuovo delegato di governo per la sanità campana. Già, perché da quando **Stefano Caldoro** ha lasciato il suo ruolo di governatore-commissario la regione si è ritrovata d'un colpo senza due figure fondamentali: un assessore che possa procedere al rinnovo delle cariche dirigenziali e di un responsabile governativo che possa occuparsi delle questioni più strettamente collegate all'erogazione del servizio sanitario sul territorio. Questo perché il comma 569 della legge di stabilità 2015 ha stabilito l'incompatibilità dell'incarico di commissario in una Regione sottoposta a Piano di rientro con altre cariche istituzionali nella Regione.

In definitiva se da un lato il nodo della Severino che finora ha impedito la formazione di una giunta è stato sciolto, dall'altro c'è ancora in ballo la questione relativa alla nomina di un commissario per la Sanità campana. E' questione di giorni, si dice. A Renzi il compito di sciogliere il nodo con la designazione di un tecnico, così come accaduto qualche mese fa per la Regione Calabria, andata a nuove elezioni prima della Campania e già per questo con un nuovo commissario, Massimo Scura, in-

### Cinque Asl commissariate, due in scadenza

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Asl scadute</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Commissario straordinario</b></li> </ul>
Avellino	Mario Nicola Vittorio Ferrante
Benevento	Gelsomino Antonio Ventucci
Caserta	Gaetano Danzi
Napoli 2	Agnese Iovino
Napoli 3	Salvatore Panaro
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Asl in scadenza il 31 luglio</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Direttore generale</b></li> </ul>
Napoli 1	Ernesto Esposito
Salerno	Antonio Squillante
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aziende Ospedaliere scadute</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Commissario straordinario</b></li> </ul>
Cardarelli (Na)	Patrizia Caputo
Aou Sun (Na)	Maurizio Di Mauro
Pascale (Na)	Loredana Cici
Rummo (Bn)	Gianpiero M. Berruti
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aziende Ospedaliere per infiltrazioni camorra</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Commissione straordinaria</b></li> </ul>
S. Anna e S. Sebastiano (Ce)	Cinzia Guercio
	Michele Ametta
	Leonardo Pace
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ao in scadenza tra 2016 e 2017</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Direttore generale</b></li> </ul>
Ospedale dei Colli (Na)	Antonio Giordano
Santobono Pausilipon (Na)	Anna Maria Minicucci
Moscato (Av)	Giuseppe Rosato
S. Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona (Sa)	Vincenzo Viggiani
Federico II (Na)	Giovanni Persico

L'Ao Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta ad aprile scorso è stata sciolta dal governo su proposta del ministro dell'Interno Angelino Alfano per infiltrazioni della criminalità organizzata

sediatosi a marzo scorso. In regione la situazione è pu po' più complicata. Gli unici vertici al momento in carica sono i sub commissari **Mario Morlacco** ed **Ettore Cinque** chiamati a gestire l'ordinaria amministrazione ma impossibilitati a emettere nuovi decreti non essendo ancora un responsabile di firma. Una precarietà che rispecchia, per altra ragione, quella di Asl e ospedali dove sono diffuse le gestioni straordinarie.

Basti pensare che, delle sette aziende sanitarie campane, cinque sono attualmente governate da commissari e che l'incarico di alcuni di questi operano è già stato prorogato diverse volte. E' il caso per esempio di **Patrizia Caputo** che è alla guida del Cardarelli dall'ottobre del 2014 o di **Salvatore Panaro** il cui incarico alla Napoli 3 doveva durare solo

30 giorni ma ancora non è terminato. Il tutto senza considerare la situazione delle uniche due Asl rette da manager regolarmente nominati, la Napoli 1 e l'azienda unica di Salerno, i cui direttori generali, rispettivamente **Ernesto Esposito** e **Antonio Squillante** hanno contratti in scadenza il 31 luglio 2015.

Del tutto peculiare poi è il caso dell'Azienda ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta che lo scorso aprile è stata sciolta per infiltrazioni della criminalità organizzata ed oggi è guidata da una commissione commissariale formata da **Cinzia Guercio**, **Michele Ametta** e **Leonardo Pace**. Qui la novità è la recentissima sostituzione dei direttori sanitario e amministrativo dopo le dimissioni il 24 giugno scorso di **Giuseppe Matarazzo** e **Roberta Sivo**. Al loro

posto la terna commissariale ha scelto, **Alfonso Giordano**, che diventa direttore sanitario, e **Alberto Di Stasio**, direttore amministrativo.

Nomine che avvengono in una situazione di storica e strutturale criticità, quella di tutte le estati, quando il personale sanitario, causa ferie, è costretto a lavorare in organico ridotto e con orari di lavoro a volte "estremi". Una situazione di emergenza legata principalmente al blocco del turn over che, nonostante le promesse deroghe, continua a generare effetti negativi sul sistema, come fa notare **Marco D'Acunto**, segretario provinciale della Cgil Funzione Pubblica di Avellino. "Il paradosso di tutte questa situazione - dice - è che oltre ai turni massacranti, oltre agli accorpamenti di reparti, oltre al rischio di crollo delle prestazioni, dobbiamo assistere ad un uso distorto del denaro pubblico. L'azienda ospedaliera è in pratica costretta a pagare come straordinario ore di lavoro che fanno parte dell'ordinario. L'assunzione di nuovo personale costerebbe sicuramente di meno rispetto a quanto si spende per questo surplus lavorativo". E sullo sblocco del turn over, il sindacalista aggiunge: "Non abbiamo visto neanche una figura professionale in più. Come temevano, l'operazione è rimasta ferma agli annunci della campagna elettorale. Speriamo che ora si metta finalmente mano a questa situazione".

A occuparsi di questo, come delle nomine dei nuovi direttori generali di Asl e Ospedali, dovrà essere la futura giunta del reintegrato Vincenzo De Luca. Le designazioni, infatti, nonostante l'arrivo di un commissario esterno, rimarranno in capo all'esecutivo regionale, come avvenuto negli anni in cui a fare da delegato di governo è stato Caldoro.

Ora De Luca, col provvedimento di sospensiva, potrà partecipare al primo Consiglio, che era stato rinviato la scorsa settimana, nominare la nuova Giunta, attribuire la delega di vice presidente a cui poi lo sostituirà in caso di conferma della validità della Legge Severino. Subito dopo potrà o, meglio, dovrà mettere mano al ridisegno delle Aziende sanitarie e ospedaliere. Il Tribunale che ha accolto il ricorso presentato dai legali **Giuseppe Abbamonte**, **Lorenzo Lentini** e **Antonio Braccaccio**, ha fissato per il 17 luglio l'udienza collegiale per la conferma, la modifica o la revoca del provvedimento. ●●●

【IL TERMOMETRO DELLA SALUTE】

## Ricette, in Campania arriva il modello unico di prescrizione

APPROPRIATEZZA prescrittiva e razionalizzazione della spesa farmaceutica: la Regione Campania detta nuove regole sulle specialità ad elevato impatto sociale (soprattutto statine e antipertensivi), ma arriva il dissenso di medici di famiglia, pediatri e camici bianchi di continuità assistenziale. La principale novità inserita nelle misure d'incentivazione di generici, equivalenti e biosimilari è, infatti - oltre al debutto delle nuove aliquote di riferimento per l'utilizzo di medicinali a brevetto scaduto - il Modello unico di prescrizione. Un modulo cartaceo, da allegare ad ogni ricetta, in cui dettagliare l'anagrafica del paziente, i dati clinici e la scelta terapeutica e che servirà a monitorare, appunto, l'appropriatezza prescrittiva con possibili sanzioni per i direttori generali (valutazione negativa) e per gli stessi medici. Sul piede di guerra la Fimmg che minaccia mobilitazione e scioperi se il decreto non sarà modificato. Una richiesta, quest'ultima, rivolta a **Vincenzo De**

**Luca**, nuovo presidente della giunta regionale ormai in pista dopo la sospensiva dell'interdittiva dovuta alla legge Severino.

•••

SONO GIÀ insediati nell'azienda ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, commissariata per camorra e diventata caso nazionale, **Alfonso Giordano**, neo direttore sanitario, e **Alberto Di Stasio**, neo direttore amministrativo, accolti dal commissario **Michele Ametta**. Visita al personale e alle strutture e briefing sulle priorità da affrontare: questi gli impegni delle prime ore. I due dirigenti vantano lunga esperienza sul campo. Giordano, salernitano, proviene dall'ospedale di Scafati (Sa) ed è direttore sanitario da 16 anni, passati alla guida di tutti gli ospedali dell'ex Asl Salerno 1. Di Stasio, beneventano, per 9 anni ha guidato amministrativamente l'ospedale

Rummo di Benevento, affrontando tutto il piano regionale di rientro.

•••

L'AUMENTO della popolazione anziana con l'incremento delle patologie croniche determina precise scelte di politica sanitaria che prevedono un potenziamento dell'assistenza domiciliare in alternativa a quella ospedaliera. "Per affrontare la sfida che l'attuale organizzazione del Sistema Sanitario Regionale pone rispetto alla riorganizzazione del sistema delle cure territoriali, occorre coniugare il miglioramento qualitativo dei servizi offerti con il conseguimento di risultati gestionali economicamente sostenibili nel tempo, con implementazione della funzione di coordinamento e di governance clinica da parte degli specialisti ambulatoriali". Così spiega **Stanislao Napolano**, organizzatore di un seminario - che si è tenuto lunedì - per conto del Sumai-Assoprof, il Sindacato che rappresenta gli specialisti degli ambulatori pubblici.

"È il primo importante convegno di Sanità pubblica successivo alle elezioni regionali - spiega Napolano -, il cui risultato vedrà una nuova organizzazione della Sanità campana".

•••

UNA PIANTA mediterranea in grado di attaccare in modo mirato le cellule tumorali localizzate al cervello senza particolari effetti collaterali o ricadute organiche. La ricerca porta la firma di un campano, **Luca d'Amato**, Seconda Università di Napoli. La pianta in questione è la Ruta gravolens: secondo la ricerca, finanziata da Agrigenet, dal Progetto sicurezza, sostenibilità e competitività nelle produzioni Agroalimentari della Campania Carina e dal Programma di ricerca scientifica di rilevante interesse nazionale, consentirebbe di giungere ad una remissione del glioblastoma (il tumore al cervello più diffuso) e impedirebbe alle cellule cancerogene di mettere in atto la loro naturale azione di crescita.

L'iniziativa

## Psicoterapia, un software per aiutare i pazienti

Sarà lo psichiatra irpino Antonio Acerra a presiedere il simposio «Psychotherapy and technology: from the "embodied mind" to "Doctor Notes". A new support to psychological assessment and treatment», in programma martedì, nell'ambito del Congresso Europeo di Psicologia che si svolgerà a Milano. Parteciperanno tremila psicologi, provenienti da 75 Paesi del mondo. «È l'occasione - afferma il professore Acerra - per presentare una nuova ed innovativa tecnologia al servizio della psicologia». Si tratta di un software che nasce in Olanda con la collaborazione di Antonio Acerra, che vanta una lunga esperienza clinica nel campo della psicoterapia, che consente di approfondire la ricerca e lo studio delle relazioni umane con applicazioni nel contesto della psicoterapia familiare. «L'uso - spiega il professore Acerra - degli audiovisivi per il trattamento del disagio psicologico e mentale, ha fatto un balzo in avanti con le nuove tecnologie informatiche che consentono di monitorare in contemporanea le interazioni verbali e non verbali del processo terapeutico, le operazioni mentali e relazionali del terapeuta e la ricaduta sul comportamento dell'individuo, della coppia o famiglia in terapia, come l'archiviazione dei dati utilizzabili a scopo di ricerca e di studio e didattica, in ambito neuroscientifico per coloro, medici e psicologi, esperti di psicoterapia». Per Acerra «ogni parola o gesto ha un alto valore e significato comunicativo per noi come per l'interlocutore, che possono curare o essere iatrogeni

per la mente umana, valore che aumenta esponenzialmente in una "relazione di cura", pertanto coloro che si addestrano in un training formativo in psicoterapia non solo devono "comprendere" il significato delle parole e dei gesti dei loro utenti, ma a sua volta capire come i gesti e le parole utilizzati siano altrettanto importanti per i loro clienti-utenti in qualsiasi momento». Lo psicologo Mario Sellino, presidente del Comitato scientifico del XIV Congresso europeo di psicologia afferma che «l'impegno di oggi è quello di estendere il contributo dell'indagine psicologica e delle sue applicazioni pratiche alla società nel suo complesso, oltre i tradizionali destinatari dei servizi psicologici. Questo evento può vantare il contributo di psicologi provenienti da ogni parte del mondo, con un programma che copre ogni area della psicologia contemporanea».

gp.fi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**A Milano**  
Il programma sarà presentato durante il congresso europeo di Psicologia



**Lo psichiatra Antonio Acerra** presiederà il simposio di Milano

IL PROVVEDIMENTO APPROVATO IN CDM

## “Sì alla banca dati del genoma”

ROMA. Anche l'Italia avrà una banca dati del dna. La ha approvata ieri il consiglio dei ministri. Con il provvedimento si è infatti istituita una banca dati nazionale del dna, presso il ministero dell'Interno, e un laboratorio centrale, presso il ministero della Giustizia, per identificare gli autori dei reati. «Con questi strumenti l'Italia sarà all'avanguardia nell'uso di tecnologie sempre più sicure e affidabili — ha detto il ministro della giustizia Orlando — in un periodo delicato con l'aumento diffuso delle preoccupazioni e dell'allarme sociale sulla minaccia terroristica».

GRIPRODUZIONE RISERVATA

## Nella vulnerabilità alla patologia la genetica ha un ruolo importante

### Quanto

Gli studi sui gemelli mostrano un livello di ereditarietà fino al 50 per cento

### Ipotesi

La predisposizione potrebbe agire attraverso alterazioni dei neuromediatori

**L**a depressione tende a ricorrendo nelle famiglie, anche se talora sono colpite persone che non hanno una storia di depressione in casa. «Gli studi sui gemelli mostrano un livello di ereditarietà fino al 50 per cento — dice il dottor Marc Fakhoury, del Department of neuroscience dell'University of Montreal, nel Quebec, autore di una revisione sulla neurobiologia della depressione, pubblicata sulla rivista *General Hospital Psychiatry* —. E gli studi familiari indicano un aumento di rischio di 2-3 volte tra i parenti di primo grado di chi soffre di depressione».

Ma nella grande maggioranza dei casi la genetica spiega solo la predisposizione alla depressione, sulla quale agiscono poi fattori ambientali, come lo stress e le esperienze traumatiche.

«In realtà, lo stress è la causa principale di una depressione maggiore — spiega Marc Fakhoury — e sembra far scattare questo disturbo in quasi ogni individuo dotato di un particolare set di geni che lo rendono più vulnerabile».

Probabilmente la predisposizione genetica agisce attraverso alterazioni a livello dei neuromediatori, sostanze che regolano la comunicazione tra i neuroni. Ad esempio, la serotonina, correlata al livello di ansietà e alla tendenza al comportamento ossessivo, la cui carenza è stata osservata in chi

è depresso, a livello del tronco encefalico, la parte alta del midollo spinale.

Si sa che è coinvolta anche la noradrenalina, responsabile del livello di allerta, di ansia e di interesse verso la vita, così come la dopamina, un importante neuromediatore dal quale dipendono l'attenzione, la motivazione e il senso di ricompensa. Diversi studi indicano inoltre una ridotta presenza di tirosina, un precursore della dopamina, nel sangue e nel liquido spinale di persone depresse.

La più utilizzata categoria di antidepressivi, gli inibitori della ricaptazione della serotonina, i cosiddetti SSRI, come la paroxetina e il citalopram, agiscono incrementando proprio il livello extracellulare della serotonina, anche se oggi si sa che probabilmente la loro azione è più articolata e coinvolge complessi di recettori non del tutto conosciuti. La ricerca ha ancora molte scoperte da fare sui rapporti esistenti tra questi recettori e, ad esempio, la tendenza alle ricadute nella depressione.

«Possono essere coinvolti anche i fattori neurotrofici, — spiega ancora Fakhoury — una famiglia di proteine responsabile della crescita dei neuroni. Il cosiddetto *brain-derived neurotrophic factor* (fattore neurotrofico cerebrale, BDNF) è un esempio di fattore neurotrofico, ma ce ne sono altri, come l'*Insulin like growth factor* (fattori di crescita insulino-si-

mili, IGF), il *Fibroblast growth factor* (fattori di crescita dei fibroblasti, FGF) e il *Vascular endothelial growth factor* (fattore di crescita dell'endotelio vascolare, VEGF). Sono sostanze coinvolte nella plasticità delle reti neuronali e possono stimolare la nascita di nuovi neuroni nell'ippocampo». Quando l'equilibrio di queste sostanze è alterato, si manifesta una tendenza verso la depressione, e alcuni farmaci antidepressivi vanno a regolare anche il loro funzionamento.

Negli individui depressi le alterazioni cerebrali sono riscontrabili a livello macroscopico, come indicano gli studi realizzati con tecniche di visualizzazione cerebrale, ad esempio la Risonanza Magnetica. Sono state osservate riduzioni di volume dell'amigdala, una piccola struttura situata nella profondità del cervello e coinvolta nella gestione delle emozioni, ma anche una ridotta attività nella formazione di nuovi neuroni all'interno dell'ippocampo, strettamente correlato da un punto di vista funzionale con l'amigdala, oltre che coinvolto nei processi di memoria e apprendimento.

**D. d. D**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Le nuove prospettive nel settore farmaceutico per i laureati in discipline scientifiche*

## La gestione del prodotto rende *Strategie ad hoc per rafforzare la leadership di una marca*

Pagina a cura  
DI ROBERT HASSAN

**B**uone prospettive nel settore farmaceutico per le figure che gestiscono il posizionamento del prodotto sul mercato: sono ruoli che devono mettere in atto una diversa strategia per rafforzare la leadership di marca conquistata in precedenza, ma anche per far fronte a potenziali erosioni di quote di mercato. Questo profilo è un'opportunità per le aziende per rimettere in discussione la propria strategia e per inserire all'interno delle società figure manageriali con competenze diverse, attingendo anche a professionalità da altri settori. A questo professionista è richiesto di essere rapido nel cogliere gli andamenti del mercato e le opportunità di business, di ragionare sia in logica di lungo periodo, mantenendo la riconoscibilità della marca come aspetto distintivo, sia in logica più tattica adeguando gli strumenti di marketing a un mercato più aggressivo. Nel settore farmaceutico sono quindi sempre più richieste competenze di marketing e trade marketing, ma anche di gestione del personale di vendita. In particolare, servono ruoli che coordinino le attività in ambito Otc e le funzioni aziendali in tale ambito, quali le iniziative promozionali indirizzate al consumatore finale e al canale distributivo, per esempio: farmacie, grossisti, cooperative, grande distribuzione. Serve, dunque, saper assicurare, attraverso il coordinamento delle risorse

assegnate, il raggiungimento degli obiettivi commerciali e reddituali per il prodotto da banco, nel rispetto delle normative vigenti. È necessario saper gestire e amministrare la forza vendita sul territorio e il customer service ed elaborare proposte delle strategie commerciali, ovvero piani di marketing e vendita, definendo obiettivi, programmi, risorse, tempi, termini di pagamento, investimenti e costi. Questa figura deve avere un'esperienza di circa 10-12 anni nel settore farmaceutico Otc in Italia.

Tra le figure richieste nel settore farmaceutico inoltre spicca lo specialista che garantisce la corretta valutazione della sicurezza e, più in generale, del rapporto rischio/beneficio dei farmaci originali dell'azienda e su licenza, sia in fase di sviluppo sia in commercio. Questo profilo ha la responsabilità di assicurare la continuità del servizio, in caso di momentanea assenza del responsabile. In particolare, collabora con il responsabile dell'area nelle attività di mantenimento dei rapporti con le funzioni aziendali interessate e con le aziende licenziatarie e licenzianti ai fini della corretta e tempestiva raccolta e interpretazione dei dati di sicurezza dei farmaci in ottemperanza alle normative internazionali vigenti. Fornisce un aggiornamento costante alle funzioni aziendali interessate, sugli aspetti scientifici, comportamentali e normativi in materia di farmacovigilanza. Definisce i processi di gestione delle attività di farmacovigilanza a livello di SOPs e

Working Guides aziendali.

Tra gli altri ruoli emergenti nel settore rientrano gli addetti alla revisione della documentazione di produzione e controllo del lotto. Si occupano di coordinamento dell'iter che coinvolge diverse funzioni di stabilimento e di revisione delle Procedure operative standard (Sop) legate a good manufacturing practices/good distribution practices (Gmp/Gdp); del follow-up delle ispezioni ricevute ed effettuate, con proposta e valutazione di azioni correttive; della verifica della corretta implementazione delle stesse da parte delle funzioni aziendali coinvolte; della raccolta e valutazione critica dei dati di analisi e di processo, per esempio convalide, deviazioni, al fine di preparare il product quality review (Pqr). Per svolgere queste mansioni generalmente occorre avere un'esperienza di almeno cinque anni in ambito Gmp, maturata all'interno di uno stabilimento farmaceutico o chimico preferibilmente in ambito qualità, ma è valutabile anche la provenienza da altri ambiti industriali, quali la produzione e controllo qualità. Occorre inoltre esperienza diretta nell'attività di supervisione e verifica di attività a livello trasversale che coinvolgono diverse funzioni di stabilimento.

È indispensabile una laurea scientifica, ad esempio chimica, ctf, biologia, farmacia, con una conoscenza di buon livello di good manufacturing practices/good distribution practices e della lingua inglese.

## Le caratteristiche

<b>Mansioni</b>	<b>Studi e competenze</b>	<b>Retribuzione e prospettive</b>
Controlla gli studi clinici e la fase in cui i farmaci e i trattamenti finiti in test di laboratorio sono provati sull'uomo per vedere se sono efficaci	Occorre avere una laurea in discipline scientifiche (CTF, Farmacia, Biologia, Biotecnologie Farmaceutiche)	Le prospettive in farmaceutica e ricerca a contratto in Italia sono buone. È un professionista richiesto soprattutto in Germania, Gran Bretagna e Svizzera, dove la ricerca è più strutturata
Assicura la qualità dei dati, il rispetto dei tempi di controllo e l'arruolamento delle persone, e che i test siano conformi alle leggi	Esperienza nell'attività di monitoraggio di trials clinici di almeno un anno. Costituisce titolo preferenziale la frequenza di corsi di formazione o master nell'ambito della ricerca clinica	Una figura junior guadagna inizialmente sui 30 mila euro lordi annui, mentre un senior può arrivare fino a 40-50 mila euro dopo 3-4 anni di esperienza

# Vera depressione o solo tristezza?

La reale patologia deve essere diagnosticata secondo precisi criteri. E nuovi studi indicano che la componente genetica ha un ruolo importante. Il problema che si sta presentando è però nella terapia: molti depressi non sono curati e molti non-depressi sono trattati ancora in modo inappropriato

## Essere demoralizzati non è una malattia

Provare sconforto è comune, ma in genere si tratta di una sensazione occasionale e di breve durata. Se invece la tristezza è intensa, perdura e interferisce con la vita lavorativa e affettiva, allora può essere vera depressione. E bisogna parlarne con il medico

### Frequenza

Su una popolazione di circa 50 milioni di maggiorenni, ogni anno 2,5 milioni di persone soffrono di una patologia depressiva

# M

olte persone che si sentono da qualche tempo di umore depresso, privi di forze e di interessi e che dormono male, si chiedono: quand'è che uno stato depressivo diventa un vero disturbo psichico? Il tema è "caldo" anche fra gli esperti del set-

tore, tant'è vero che di recente sulla rivista *Acta Psychiatrica Scandinavica* è stato dato ampio spazio al tema in un articolo intitolato *Differentiating clinical and non-clinical depression* a firma di Parker Paterson, della School of Psychiatry dell'University of New South Wales.

«Un'attenzione giustificata — conferma Claudio Mencacci, direttore del dipartimento di Neuroscienze dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano —. Perché temporanei momenti di demoralizzazione e sconforto sono comuni a tutti, ma occasionali e di breve durata. Quando demoralizzazione e tristezza tendono ad accrescersi d'intensità, a perdurare nel tempo e a interferire

con il funzionamento sociale, relazionale, affettivo, cognitivo e lavorativo, allora si può sconfinare in un disturbo psichico. Secondo il DSM-5 (il Manuale statistico diagnostico dell'American Psychiatric Association, ndr) per parlare di vera depressione è necessario che siano presenti cinque o più sintomi contemporaneamente, di cui almeno uno costituito da umore depresso o perdita di interesse o della capacità di provare piacere in quello che si fa. Tali disturbi devono durare almeno due settimane ed essere presenti per buona parte del giorno; inoltre la persona deve "funzionare" meno bene rispetto a prima, per esempio in ambito lavorativo o familiare. Per quanto riguarda la gravità della depressione, si può immaginare l'esistenza di una scala da 1 a 10, dove 1 raffigura la demoralizzazione e 10 la depressione maggiore grave, passando per la depressione maggiore lieve e moderata. C'è poi una forma di depressione cosiddetta sottosoglia o non clinica o minore, termine che indica situazioni in cui sono presenti pochi sintomi, di minor intensità, e con circoscritto impatto sul funzionamento relazionale e sociale. Infine, c'è la cosiddetta distimia: quando l'umore è depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, per almeno due anni, con sintomi meno intensi rispetto alla depressione maggiore».

Un elemento che accumuna tutte le forme di depressione è la riduzione più o meno intensa di attenzione, concentrazione, memoria. Così la persona si sente meno capace di pensare, concentrarsi, prendere decisioni. «Ciò ha un significativo valore diagnostico, ma è anche importante in ambito prognostico, terapeutico e riabilitativo» specifica ancora Mencacci.

Pur con tutte queste distinzioni, la depressione è un fenomeno unitario, e le varie forme in cui si presenta sono espressione di diversa gravità. Aggiunge Mencacci: «Vanno considerate a parte forme di patologia depressiva caratterizzate da sintomatologia psicotica, come il delirio di rovina, o quelle che gli psichiatri definiscono di tipo melanconico». L'uso del termine melanconico in questo caso differisce dall'uso corrente e

indica la presenza di sintomi come la perdita totale del senso di piacere nella vita. «Queste forme vanno separate — spiega Mencacci — anche per la risposta ai trattamenti e per la prognosi, meno favorevole rispetto alla restante patologia depressiva».

Quando è opportuno chiedere aiuto al medico se ci sente depressi? Dice Mencacci: «Quando permangono per diversi giorni e per buona parte del tempo un umore depresso, perdita di interessi, disturbi del sonno, difficoltà a concentrarsi, a prendere decisioni e a fare scelte, a programmare il futuro a breve o media scadenza, mancanza di energia, senso di inadeguatezza, incapacità ad affrontare problemi, facile irascibilità ed emotività. In prima battuta è bene rivolgersi al medico di famiglia, che può gestire le forme lievi o lievi-medie e indirizzare allo specialista in psichiatria, se ce n'è bisogno, ad esempio le forme severe, recidivanti, resistenti ai trattamenti, con sintomi psicotici, melanconiche, perché necessitano interventi integrati per lunghi periodi, con l'obiettivo di evitare rischi di cronicizzazione».

«Su una popolazione di circa 50 milioni di abitanti maggiorenni, ogni anno 2,5 milioni di persone soffrono di una patologia depressiva clinicamente rilevante — chiarisce Mencacci —. Un dato osservato in diverse ricerche è un aumento generazionale del rischio: più ci si allontana, come nascita, dalla seconda guerra mondiale, maggiore è la diffusione del disturbo. Ancora non si sa il perché, anche se si è pensato all'influenza di variabili come gli stili di vita, la maggiore esposizione a sostanze stupefacenti, la modificazione delle abitudini del sonno».

Una conferma di questo cambiamento viene da un aneddoto su uno dei primi antidepressivi scoperti, l'imipramina: i produttori giudicarono il numero di depressi troppo scarso per rendere la molecola commercialmente interessante, mentre oggi gli antidepressivi sono una delle più importanti voci della spesa farmaceutica.

**Daniello Di Diodoro**  
© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Rischi

La depressione esiste in tutto il mondo e circa il 20% degli adulti può soffrirne durante la vita. Le donne hanno un rischio maggiore, specie dopo eventi avversi, come la morte di una persona cara.

l'esposizione a un ambiente familiare ostile, un aborto o un divorzio. Chi è depresso ha un maggior rischio di avere malattie cardiovascolari, osteoporosi e diabete e di essere proni a fumo e abuso di alcol.

**Elemento diagnostico**  
Un elemento che accumuna tutte le varianti di questo disturbo psichico è il calo di attenzione, concentrazione, memoria

**La ricerca**  
Come identificare chi potrebbe avere una ricaduta

**P**orre attenzione agli aspetti negativi della vita espone al rischio di ricadute depressive. Lo dice uno studio condotto alla Binghamton University di New York, pubblicato su *Clinical Psychological Science*. I ricercatori, guidati da Mary Woody, hanno esposto a immagini di volti arrabbiati, tristi o allegri 60 donne con storia di depressione e 100 senza. Con una tecnica capace di seguire i movimenti dello sguardo hanno scoperto che le donne con storia di

depressione si concentravano sui visi arrabbiati, e che le stesse donne avrebbero nei due anni successivi sviluppato di nuovo un episodio depressivo. «Potremmo così identificare le donne più a rischio di futuri episodi depressivi» dice Woody. Ma le donne così individuate potrebbero anche essere allenate con tecniche cognitive ad allontanare nella quotidianità la loro attenzione dagli elementi negativi.

**D. d. D.**



**Le differenze**

Distinguere tra "tristezza", "depressione" e "ansia" può non essere sempre facile. Ecco, schematicamente, alcune indicazioni che possono essere utili per intercettare i segni delle tre diverse condizioni:

CHI È TRISTE	CHI È DEPRESSO	CHI È ANSIOSO
<ul style="list-style-type: none"> <li>È di umore triste, ma non in maniera continua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ha un umore depresso per la maggior parte del giorno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ha crisi di ansia, ma poi ritrova il buonumore</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Di tanto in tanto perde interesse in quello che fa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non prova interesse o piacere verso la maggior parte delle attività della giornata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ha uno stato di irritabilità, si spazientisce anche per banali inconvenienti</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ha poca voglia di fare, ma continua ad avere un buon funzionamento sociale e lavorativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prova un costante senso di fatica e perdita di energia che impedisce un buon funzionamento sociale e lavorativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prova una facile affaticabilità che può interferire con il funzionamento sociale e lavorativo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ha una ridotta fiducia nelle proprie capacità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ha una sensazione di mancanza di valore e sensi di colpa eccessivi o inappropriati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ha una condizione di tensione muscolare</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si distrae facilmente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ha una ridotta capacità di pensare e di concentrarsi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prova difficoltà a concentrarsi a causa dell'ansia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>È cosciente dei fattori di stress esterni, come ad esempio un lavoro troppo richiedente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percepisce che il suo malessere viene dall'interno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percepisce il mondo esterno come incerto e preoccupante</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Confida in un domani migliore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vede un futuro molto oscuro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spera in un futuro meno segnato dall'ansia</li> </ul>

RICERCA

## Impact proactive sfida il dolore: più terapie

DODICI milioni di italiani affrontano ogni giorno un inferno chiamato dolore tra sintomi invalidanti e sofferenze insanabili. E di terapie e cure palliative si parla ancora male e poco, secondo gli esiti del convegno "La gestione del dolore: un problema di civiltà e non di normative", organizzato da Impact proactive la scorsa settimana a Palazzo Corsini a Firenze.

Durante l'incontro sono stati presentati i risultati di uno speciale "Vademecum del dolore", capillare campagna nazionale di sensibilizzazione, e gli obiettivi del "Questionario sul dolore", una indagine approfondita per conoscere le necessità dei cittadini con dolore, che in soli tre mesi ha già raccolto quasi cinquemila risposte.

"Oggi - commenta Gianfranco Genisini, presidente del Comitato Scientifico di Impact proactive - la gestione ap-

propriata del dolore non può più essere legata solo all'applicazione della Legge 38/2010, che comunque è stata fondamentale e determinante, ma deve diventare un impegno deontologico professionale e personale: serve una reale presa in carico di responsabilità da parte di tutti gli operatori sanitari". Occuparsi della questione senza allarmismi eccessivi, in particolare in riferimento alle conseguenze di supposti abusi di medicinali. Un "side effect" che riguarda più le popolazioni d'oltreoceano che l'Europa e l'Italia.

"Bisogna - spiega Guido Fanelli, direttore della Scuola di Specializzazione di Anestesia, Rianimazione e Medicina del dolore dell'Università di Parma e membro del comitato scientifico di Impact proactive - saper leggere attraverso i numeri per interpretare i dati statistici: particolarmente in campo medico,

altrimenti si fanno paragoni azzardati e potenzialmente fuorvianti. Recentemente, sono stati commentati con allarme i dati sulla crescita del consumo di farmaci oppiacei in Italia, cresciuti tra il 9 e il 13 per cento, e qualcuno ha fatto subito un paragone con gli Stati Uniti, dove la Food and Drug Administration (Fda), ha calcolato che oggi questa è una delle cause principali di morte accidentale, con più di 16 mila decessi causati da overdose, superando persino gli incidenti automobilistici. Sembrano dati allarmanti: ma se li leggiamo bene, vediamo che il 17 per cento della popolazione mondiale risiede negli Usa e in Canada, dove avviene il 92 per cento del consumo globale di oppioidi e derivati della morfina; il consumo medio pro-capite di questi farmaci è pari a 800 mg di equivalenti in morfina nella popolazione statunitense, contro gli



**Il dolore è un problema che ogni giorno riguarda circa 12 milioni di italiani costretti ad assumere farmaci per lenire le sofferenze; il tema del ricorso a oppioidi e cure palliative, affrontato dal convegno promosso da Impact Proactive, è uno dei più caldi del nostro secolo**

0,64 mg nei paesi dell'Africa sub-sahariana, e i soli 2 mg in Italia. Ecco perché in Italia non corriamo assolutamente questo rischio: anzitutto per via di una legislazione diversa che permette di acquistare certi medicinali solo in farmacia, e poi anche per una diversa formazione della classe medica".

C.F.

LA SCIENZA PER TUTTI

a cura di Michele Sanvitale

## Dal tellurio una terapia contro il tumore

**N**ella continua battaglia contro i tumori, una delle applicazioni maggiormente diffuse è la radioterapia. Questa consiste nell'utilizzare radiazioni, di solito raggi X, per bombardare i tumori. Questi raggi, infatti, possono avere funzione diagnostica, come nelle radiografie, in cui vengono usati per "scrutare" l'interno del corpo e studiarne, ad esempio, le ossa in caso di traumi, esponendo l'organismo a radiazioni minime e non dannose, sempre che l'esposizione sia occasionale. Nelle cure dei tumori, invece, la cosiddetta radioterapia serve a colpire le cellule tumorali in modo da distruggerle, preservando quelle sane. In quest'ultimo caso si sfruttano le radiazioni ad alta energia provenienti da sostanze radioattive (di solito iodio e cobalto) o vengono prodotte da specifiche apparecchiature chiamate acceleratori lineari, per indirizzarle contro la massa tumorale, danneggiare le cellule e impedirne ulteriore proliferazione: in questo modo il tumore arresta la sua cre-

scita per poi regredire progressivamente. Va detto che, nonostante la precisione delle apparecchiature moderne, alcune cellule sane adiacenti a quelle malate possono essere colpite dalle radiazioni, apportando danni che risultano essere i cosiddetti effetti collaterali di una terapia che comunque continua ad avere di gran lunga più aspetti positivi che negativi.

Oggi, grazie ad una ricerca condotta in tandem dai ricercatori della Tufts University, in Massachusetts, e dello University College di Londra e pubblicata sulla rivista *Nature Materials*, si potrebbe essere aperta una nuova strada nell'utilizzo di questa terapia.

I ricercatori, infatti, studiando le applicazioni dello iodio-125, un isotopo radioattivo usato di routine nella terapia del cancro, hanno scoperto che, se fatto reagire con l'oro, aumenta la sua efficienza, emettendo più elettroni lenti di quanto faccia se usato da solo. Questi ultimi sono quelli realmente in grado di aggredire il DNA delle cellule malate, per cui aumentarne l'efficienza vuol dire aumentare l'efficacia della terapia.

Nel dettaglio: lo iodio è presente in natura in molteplici varianti, di cui una sola stabile. Tra le configurazioni radioattive, lo iodio-125 subisce un particolare tipo di decadimento per riacquistare la stabilità, che lo trasforma in tellurio-125; a seguito di tale decadimento, che emette radiazione elettromagnetica di tipo gamma, vengono emessi anche elettroni a bassa energia.

Gli studiosi hanno provato a depositare atomi di iodio-125 su una lastra d'oro verificando che la quantità di elettroni emessi era sei volte maggiore rispetto al solo iodio-125. Il passo successivo sarà mirato a studiare nuove terapie antitumorali abbinando allo iodio-125 nanoparticelle d'oro: l'idea è quella di "costruire" anticorpi da indirizzare in modo preciso contro il tumore per distruggerne le cellule senza intaccare le cellule sane.

*mi\_sa@inwind.it*

# Inattività fisica responsabile del 15% dei decessi in Italia

*Con costi economici sanitari pari a oltre 12 miliardi di euro ogni anno*

DI EUGENIA SERMONTI

**I**taliani, popolo di pigri e sedentari: uno su tre, infatti, non raggiunge i livelli di attività fisica quotidiana raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms). Con un 'peso' non indifferente sul nostro 'povero' Servizio Sanitario Nazionale e un costo economico annuale di oltre 12,1 miliardi di euro, equivalenti all'8,9% della spesa sanitaria italiana, per un impatto complessivo sull'economia che comprende costi sanitari diretti annuali pari a 1,6 miliardi di euro e costi indiretti pari a 7,8 miliardi di euro (facendo riferimento al valore economico stimato di vita sana persa per malattia e mortalità prematura), cui si aggiungono altri costi legati ai disturbi mentali (depressione e ansia), conseguenza dell'inattività fisica. Dati ancora più preoccupanti per gli adolescenti sulla carenza di movimento, in quanto il 92% dei tredici-

cenni non raggiunge i livelli consigliati. In affanno le donne: ben il 38% contro il 28% degli uomini non è sufficientemente attivo. Questi gli allarmanti risultati dello studio "L'impatto economico dell'inattività fisica in Europa", realizzato dal Centre for Economics and Business Research (Cebr) e commissionato da ISCA (International Sport and Culture Association), presentato nell'ambito di una tavola rotonda presso l'Expo Conference Centre, alla presenza di Mogens Kirkeby (Presidente di ISCA), Giovanni Malagò (Presidente del CONI), e Claudia Mazzeschi, Professoressa di Psicologia Dinamica presso l'Università degli Studi di Perugia e Responsabile dell'area Psicologica del progetto Eurobis Coordinato dal professor Pierpaolo De Feo, docente di Endocrinologia presso la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Perugia. Con un focus su sei

Paesi europei, quali Italia, Spagna, Regno Unito, Francia, Germania e Polonia, lo studio ha avuto l'obiettivo di aprire un dibattito su questi importanti temi e costituire un punto di partenza condiviso per incoraggiare i cittadini europei ad adottare stili di vita più sani e attivi. Questa analisi è un'ulteriore conferma del fatto che l'inattività costituisca uno dei principali fattori di rischio di un consistente numero di malattie, come affezioni coronariche, diabete di tipo II, cancro colon-rettale e cancro al seno, e sia responsabile del 14,6% dei decessi in Italia, equivalente a 88.200 persone nel 2012. Inoltre, la ricerca dimostra che l'inattività fisica favorisce lo sviluppo di disturbi dell'umore, l'aumento dello stress e dell'ansia. Si calcola che ridurre di un quinto il livello di sedentarietà permetterebbe di risparmiare 2,4 miliardi di euro all'anno e ridurre vari disturbi dell'umore.

## DUE PROGETTI REALIZZATI IN UMBRIA

Tra le alternative non agonistiche, sono stati presentati dalla dottoressa Mazzeschi due progetti internazionali realizzati per la prima volta in Italia: EUROBIS (Epoche Umbria Region Obesity Intervention Study) parte di EPODE International Network (EIN) - la più ampia rete mondiale di prevenzione dell'obesità - e Beat The Street. Realizzati a Perugia il primo e a Terni il secondo, sono basati su metodologie innovative volte a contrastare il fenomeno dell'incremento dell'obesità e promuovere l'educazione a uno stile di vita sano e attivo. (E. SER.)

Per saperne di più: [www.eurobis.it](http://www.eurobis.it); [terni.beatthestreet.me](http://terni.beatthestreet.me)

# Che cosa provoca il **bruciore di stomaco**?

Un disturbo legato a pasti abbondanti e stress ma che non va mai trascurato se persiste

## Lo specialista

**A** tutti può capitare di soffrire di bruciori di stomaco. A volte basta poco: si sgarra a tavola, si mangia troppo e male, si beve più del solito. A complicare le cose, poi, ci si può mettere anche lo stress. Finché il disturbo è occasionale poco male, ma se la sensazione persiste è sempre meglio non sottovalutarla.

«In circa il 90% dei casi la sensazione di bruciore e acidità che si localizza al centro dell'addome è legata a disturbi dell'apparato digerente, primo tra tutti il reflusso gastroesofageo, dovuto alla risalita di succhi gastrici verso l'esofago — spiega Alessandro Repici, responsabile del Servizio di endoscopia digestiva dell'Istituto Humanitas di Milano —. Altre volte il colpevole è la gastrite, l'infiammazione della mucosa dello stomaco, che può essere indotta dall'abuso di farmaci antinfiammatori non steroidei e antidolorifici e/o dal batterio *Helicobacter pylori*. Le persone che più spesso usano in modo inappropriato gli antidolorifici sono le giovani donne, che li prendono per i dolori mestruali, chi soffre di malattie muscoloscheletriche e chi combatte contro il mal di testa. Da non dimenticare poi l'ampia schiera di persone che assume la cardioaspirina per la prevenzione cardiovascolare. Il nemico più temibile è, però, l'*Helicobacter pylori*, che oltre a infiammare la mucosa dello stomaco, è anche il principale responsabile dell'ulcera, ed è un importante fattore di rischio per il cancro allo stomaco».

**Quanto conta la cattiva digestione?**

«La cosiddetta *dispepsia* è un'altra causa frequente di bruciore di stomaco. Questo termine viene utilizzato per indicare quei casi in cui i fastidi digestivi sono legati ad ansia, stress, cattiva alimentazione».

**Come si fa a capire la causa del bruciore?**

«In caso di reflusso gastroesofageo, in genere, il bruciore compare subito dopo il pasto, soprattutto se è stato pesante, o dopo mezz'ora se è stato più leggero. In caso di gastrite i disturbi si fanno sentire anche 1-2 ore dopo mangiato, mentre se c'è un'ulcera possono presentarsi anche nella fase di digiuno. Se si soffre di reflusso gastroesofageo sono spesso presenti altri sintomi, come rigurgito acido ed eruttazioni frequenti. Quando il problema è la dispepsia la digestione è lenta e la pancia si gonfia, mentre in caso di gastrite, si avverte come una pugnata. Questo tipo di dolore potrebbe anche indicare la presenza di un'ulcera gastrica».

**Occorre sottoporsi a qualche esame?**

«Se i disturbi sono occasionali non c'è bisogno di particolari approfondimenti, ma se persistono anche dopo un'eventuale terapia, conviene sottoporsi a una gastroscopia. Se si sospetta la presenza dell'*Helicobacter pylori* è importante eseguire il test del respiro o quello sulle feci per ricercarlo».

**Quali sono le cure possibili?**

«Se il bruciore di stomaco è occasionale, per alleviarlo bastano farmaci come gli antiacidi o gli alginati. La terapia delle forme ricorrenti o croniche può richiedere, invece, il ricorso anche ad altri farmaci, da usare eventualmente in associazione. Tra questi ci sono gastroprotettori come gli *inibitori della pompa protonica* e i *procinetici*, che favoriscono lo svuotamento gastrico. Se il nemico da combattere è l'*Helicobacter pylori* la terapia è a base di un cocktail di antibiotici da prendere per 10 giorni. Per i primi 5 giorni si assume l'amoxicillina e per i successivi 5 giorni la claritromicina e il tinidazolo. Infine, chi assume la cardioaspirina dovrebbe sempre prendere in associazione un farmaco per proteggere la mucosa dello stomaco».

**Antonella Sparvoli**

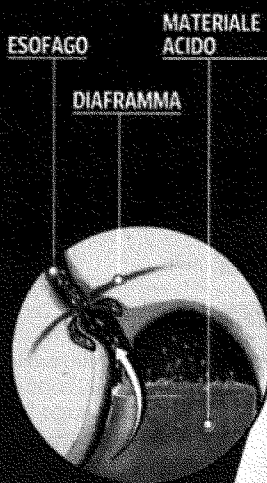
© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Alessandro Repici**

Responsabile del Servizio di endoscopia digestiva dell'Istituto Humanitas di Milano

Il bruciore di stomaco è la sensazione più o meno accentuata di dolore urente e acidità al centro dell'addome. Si tratta di un sintomo ben localizzato a livello dello stomaco, che in genere non si irradia ad altre parti dell'addome. Le cause possono essere diverse, ma in circa il 90% dei casi è legato alle condizioni indicate qui sotto



**REFLUSSO GASTROESOFAGEO**

È causato dalla risalita di materiale acido proveniente dallo stomaco nell'esofago, dove esercita un'azione irritante

- Il bruciore di solito appare subito dopo il pasto
- Altri possibili sintomi sono
  - Rigurgito acido
  - Senso di digestione lenta e faticosa

**LA DIAGNOSI**

- Se il bruciore è occasionale non occorrono particolari accertamenti, ma se persiste e non migliora con i farmaci può essere utile eseguire la ricerca dell'*Helicobacter pylori*, con il test del respiro o un esame sulle feci, e la gastroscopia
- La gastroscopia associata alla biopsia di alcuni frammenti della mucosa gastrica, è indicata in modo particolare nei seguenti casi
  - nei soggetti sopra i 45-50 anni per escludere un'ulcera grave o un tumore
  - nei soggetti sotto i 50 anni nel caso in cui, dopo la terapia, continuano a persistere i disturbi gastrici o comunque in presenza di sintomi di allarme come, per esempio, calo di peso e anemia anche in assenza di evidenti perdite di sangue

**DISPEPSIA**

È un disturbo funzionale legato a cattiva alimentazione, ansia, stress e tensioni

- Il bruciore di stomaco di solito compare poco dopo il pasto
- Altri sintomi possibili sono
  - Digestione lenta
  - Pancia gonfia

**GASTRITE DA FARMACI**

È legata all'uso eccessivo di antidolorifici e antinfiammatori non steroidei, compresa la cardioaspirina, utilizzata nella prevenzione cardiovascolare

- Il bruciore compare 1-2 ore dopo il pasto
- Se con il passare del tempo si avverte un dolore trafittivo, potrebbe essere spia di un'ulcera

**HELICOBACTER PYLORI**

**INFIAMMAZIONE**

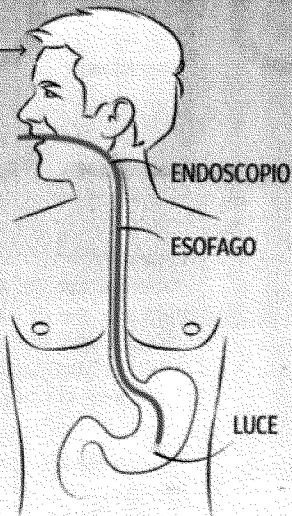
**INFEZIONE CON HELICOBACTER PYLORI**

L'infezione con questo batterio favorisce lo sviluppo di gastrite (l'infiammazione della mucosa dello stomaco), ulcera gastrica e ulcera duodenale

- In caso di gastrite in genere il bruciore compare 1-2 ore dopo il pasto, mentre in caso di ulcera 4-5 ore dopo il pasto
- Può essere presente un dolore di tipo trafittivo, come una pugnolata appena sotto lo sterno

**LE CURE**

- Se il bruciore di stomaco è occasionale in genere si ricorre a farmaci antiacidi, come bicarbonato di sodio o prodotti a base di sali di magnesio e alluminio. In alternativa si possono usare i cosiddetti alginati o i farmaci che combinano acido ialuronico e condroitin solfato, che proteggono in modo meccanico lo stomaco dall'acido e ne impediscono il reflusso in esofago
- Se i disturbi sono ricorrenti o cronici, si ricorre a farmaci che inibiscono la secrezione acida (i cosiddetti PPI o inibitori della pompa protonica)
- Se si riscontra la presenza dell'*Helicobacter pylori* la terapia è a base di un particolare cocktail di antibiotici per 10 giorni, da associare all'assunzione di PPI
- Se è presente un'ulcera provocata dall'abuso di farmaci antinfiammatori non steroidei il trattamento prevede l'abolizione di questi ultimi e il ricorso a una terapia che diminuisca l'acidità gastrica con farmaci mirati come gli antagonisti dei recettori H2 istaminici o i PPI
- Chi segue una terapia con cardioaspirina dovrebbe assumere a scopo preventivo farmaci gastroprotettori (PPI)
- In caso di dispepsia bisogna rivedere il proprio stile di vita e migliorare l'alimentazione



**I CONSIGLI**

Ecco alcuni accorgimenti che aiutano a contrastare il bruciore di stomaco

**Non fumare****Limitare gli alcolici****Limitare il consumo di bevande contenenti caffeina***(caffè, tè, cola)***Ridurre l'assunzione di cibi ad alto contenuto acido***(agrumi, aceto, pomodori, menta, liquirizia, cioccolato)***Evitare di usare troppe spezie,**  
soprattutto pepe e peperoncino**Ridurre i cibi e i condimenti grassi,**  
la cui digestione richiede tempi più lunghi**Evitare pasti abbondanti****Evitare di indossare abiti o pantaloni stretti**  
*(che possono comprimere l'addome)***Non coricarsi subito dopo un pasto****Alzare la testata del letto di 20-30 centimetri**  
se si soffre di reflusso

Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

**Il consiglio****Attenzione a caffè,  
tè, alcol, menta,  
bibite e cioccolato**

**C**attive abitudini alimentari e stile di vita possono favorire il bruciore di stomaco. Se non ci sono patologie importanti, come per esempio un'ulcera, a volte basta qualche accorgimento per stare meglio. «Fumo, alcol, bevande contenenti caffeina (caffè, tè, cola), sovrappeso, coricarsi subito dopo mangiato sono fattori che favoriscono il reflusso gastroesofageo e quindi il bruciore di stomaco — osserva Repici —. I pasti abbondanti e ricchi di grassi, dal canto loro,

rallentano la digestione, mentre alcuni alimenti possono aumentare l'acidità. Tra questi agrumi, menta, pomodori, cioccolato, alcune spezie. Nei casi più lievi e sporadici di bruciore per stare meglio spesso basta tenere alla larga questi fattori favorevoli o aggravanti, mentre se il problema è più insidioso bisogna innanzitutto instaurare una corretta terapia medica, alla quale poi si possono affiancare alcune raccomandazioni dietetiche».

**A. S.**