



RASSEGNA STAMPA

29/01/2016

1. SECOLO XIX Fumo, martedì la stretta divieti anche all'aperto
2. PANORAMA.IT Fumo: resta a rischio tumore anche chi ha smesso da 15 anni
3. CORRIERE.IT I nuovi dati sui tumori pediatrici nella Terra dei Fuochi
4. ADN KRONOS Se fegato e intestino non parlano, italiani scoprono ormone anticancro
5. AGI Dolore cronico può modificare anche sistema immunitario
6. QUOTIDIANO SANITÀ Responsabilità professionale. Via libera dalla Camera al ddl Gelli.
7. SOLE 24 ORE Medici, ok al Ddl sulla responsabilità professionale
8. ITALIA OGGI Per i sanitari vale solo la colpa grave
9. SECOLO XIX Linee guida, per il medico arriva lo scudo anti-denunce
10. TEMPO Dopo i bisturi che non tagliano pure gli aghi che non pungono
11. AVVENIRE Il virus Zika spaventa Allarme dell'Oms
12. UNIONE SARDA Virus Zika, l'Oms lancia l'allarme: «Milioni di casi»
13. MESSAGGERO Int. Massimo Andreoni - «Dall'Indonesia al Sud America le mete vietate per chi è incinta»
14. HEALTH DESK Big Pharma chiede aiuto ai Governi
15. FARMACISTA 33 Uso generici migliora cure e elimina sprechi
16. PHARMA STAR Vaccinazione contro l'epatite B, quanto dura la protezione?
17. CORRIERE DELLA SERA SETTE Int. ad Antonio Iavarone - "I cervelli non fuggono: vanno dove si crede, e si investe, nella ricerca"
18. ASKA Marcello Ciaccio nuovo presidente biochimici clinici italiani



STOP IN AUTO SE CI SONO BAMBINI

Fumo, martedì la stretta divieti anche all'aperto

GRAVINA >> 11

DAL 2 FEBBRAIO NON SARÀ PIÙ POSSIBILE FUMARE IN AUTO IN PRESENZA DI MINORI E DONNE INCINTE

Stop alle sigarette anche all'aperto

Divieto esteso alle parti esterne di ospedali e cliniche universitarie

IL CASO

CARLO GRAVINA

GENOVA. Vita più difficile per i circa 11 milioni di fumatori italiani. A partire dal 2 febbraio, per effetto di due distinti provvedimenti, entrano in vigore diverse novità che da un lato ampliano il numero dei divieti e dall'altro introducono norme più stringenti per la vendita delle sigarette. Anche quelle elettroniche.

Le norme

Sono due le norme che, a partire tra pochi giorni, contribuiranno a far cambiare abitudini a molti italiani. La prima è un decreto legislativo che recepisce una direttiva europea che si occupa della "presentazione" e della vendita dei prodotti del tabacco. La seconda è la legge sulla Green economy che, tra le varie cose, introduce pesanti multe per chi, ad esempio, getta un mozzicone per strada.

Immagini choc

Una delle novità più importanti, riguarda l'introduzione sui pacchetti di sigarette di immagini choc che riproducono gli effetti del fumo sulla salute. Le immagini avranno ampio risalto sul pacchetto di sigarette visto che ricopriranno il 65% della confezione e non più il 30-40%.

Nuovi divieti

Oltre a recepire la normativa

europea, il governo ha deciso di introdurre ulteriori divieti. Tra questi, quello di fumare in auto in presenza di minori e di donne in gravidanza. In alcuni luoghi, inoltre, sarà vietato accendersi una sigaretta anche all'aperto. Non sarà più possibile fumare, infatti, nelle pertinenze esterne degli ospedali, delle strutture universitarie ospedaliere, nei presidi ospedalieri, negli Ircs pediatrici. Particolare attenzione sarà posta su chi fuma nelle pertinenze esterne dei reparti di ginecologia e ostetricia, neonatologia e pediatria.

Le multe

Pesanti sanzioni, invece, per chi vende sigarette a minori con multe che passano da 500 a 3 mila euro. Introdotta, inoltre, anche la possibilità di sospendere all'esercente la licenza per un periodo di 15 giorni ma è prevista anche la chiusura dell'attività commerciale. Partirà sempre dal 2 febbraio la nuova sanzione, che va da 30 a 300 euro, che colpirà chi getta per terra un mozzicone di sigaretta.

gravina@ilsecoloxix.it

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



I numeri

6 MILIONI

Le vittime ogni anno nel mondo causate dal fumo

83.000

I morti ogni anno in Italia

10,9 milioni

i fumatori in Italia

uomini

6,3 milioni



donne

4,6 milioni



23,4%
si dichiarano fumatori

STUDENTI
primi anni delle superiori



di questi, al **63,9%** l'esercente non ha rifiutato la vendita di sigarette

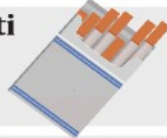
LE NOVITÀ DELLE LEGGI

Immagini choc



Sigarette, tabacco da arrotolare e tabacco per pipa ad acqua avranno le nuove avvertenze combinate relative alla salute composte da testo, fotografie e immagini forti. Le avvertenze occuperanno il 65% del fronte e del retro del pacchetto e non più solo il 30-40%

Pacchetti



Aboliti i pacchetti da **10 sigarette** e le confezioni di tabacco da arrotolare contenenti **meno di 30 grammi di tabacco**

Divieti

Divieto di **vendita ai minori di sigarette elettroniche con presenza di nicotina**, divieto di fumo in **autoveicoli in presenza di minori e donne in gravidanza** e inasprimento delle sanzioni per la vendita ai minori fino alla revoca della licenza. Sarà **vietato fumare** anche all'**aperto**, nelle pertinenze esterne delle **strutture universitarie ospedaliere** e nei presidi **ospedalieri**

Additivi

Vietato l'uso di additivi (mentolo, vaniglia, erbe, spezie) per rendere più attrattivo il prodotto

Pubblicità

È vietata la pubblicità di liquidi o ricariche per sigarette elettroniche contenenti nicotina che sia trasmessa all'interno di programmi rivolti ai minori e nei quindici minuti precedenti e successivi alla trasmissione degli stessi in televisione nella fascia oraria dalle 16 alle 19

Vendita online

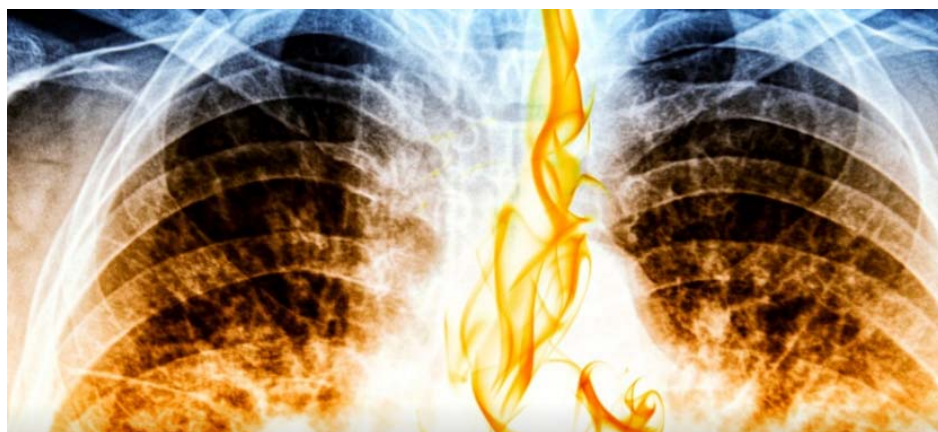
Vietata la vendita on line transfrontaliera di prodotti del tabacco e sigarette elettroniche

Sanzioni

Le multe per la vendita ai minori passano da **500 a 3.000 euro**. Prevista anche la sospensione e la chiusura dell'attività commerciale. Per chi getta un mozzicone a terra, sanzione da **30 a 300 euro**

<http://www.panorama.it/scienza/salute/>

FUMO: RESTA A RISCHIO TUMORE ANCHE CHI HA SMESSO DA 15 ANNI



Avevo da poco festeggiato i miei 10 anni da **ex-fumatrice** quando mi sono imbattuta nell'abstract di uno [studio scientifico](#) appena pubblicato sul *Journal of Thoracic Oncology* che, lo ammetto, ha smorzato un po' il mio entusiasmo. Secondo Ping Yang, epidemiologa della Mayo Clinic, e colleghi, **chi ha smesso da più di 15 anni** ma è stato nella vita un forte fumatore è comunque **a più alto rischio** di sviluppare un tumore al polmone rispetto a chi non ha mai fumato e andrebbe inserito nei protocolli di screening.

Pazienti ad alto rischio

L'allarme riguarda quanti hanno fumato **almeno un pacchetto al giorno per 30 anni**, quindi nella fattispecie non me. Resta il fatto che a mio avviso chi ha smesso da oltre 15 anni, indipendentemente da quanto fumasse e per quanto tempo sia stato schiavo delle sigarette, si ritiene a buon titolo fuori pericolo. Questo sarà forse vero per alcuni tipi di rischio, come quello cardiaco, ma secondo i ricercatori della Mayo Clinic non per quello oncologico.

Gli attuali criteri di selezione per lo screening del cancro polmonare in America raccomandano una Tac spirale per gli adulti di età compresa **tra 55 e 80 anni** che hanno

fumato almeno un pacchetto al giorno per 30 anni e fumano ancora o hanno smesso da meno di 15 anni. Ma a quanto pare i due terzi dei pazienti negli Stati Uniti con cancro del polmone di nuova diagnosi non avrebbero incontrato gli attuali criteri di selezione per lo screening, quindi gli autori sottolineano la necessità di adeguare la definizione di **pazienti ad alto rischio**.

I ricercatori hanno seguito retrospettivamente due gruppi di persone con cancro del polmone: una coorte ospedaliera composta da 5.988 persone seguite alla Mayo Clinic e una coorte composta da 850 residenti della Olmsted County, in Minnesota. Hanno così scoperto che, rispetto ad altre categorie di rischio, i pazienti che hanno smesso di fumare da 15 a 30 anni prima rappresentavano la più grande percentuale di pazienti con cancro del polmone che **non avevano diritto allo screening**. Rappresentavano per la precisione il 12 per cento della coorte ospedaliera e il 17 per cento di quella di residenti.

Secondo gli autori l'espansione dei criteri per lo screening con Tac non aumenterebbe in modo significativo il numero di casi di falsi positivi e renderebbe possibile **salvare più vite** con un costo e una quantità di esposizione alle radiazioni accettabili. Secondo Yang e colleghi aggiungere questa categoria di ex-fumatori allo screening aumenterebbe del 19 per cento il numero di esami e permetterebbe **dirilevare il 16 per cento di casi in più** con un trascurabile aumento dei falsi positivi (0,6 per cento), sovradiagnosi (0,1 per cento), e morti per cancro del polmone legate alle radiazioni (4 per cento).

In Italia ancora niente screening

"Al momento **non esiste in Italia uno screening** organizzato, cioè un intervento mirato alla popolazione generale in cui le persone vengono invitate attivamente a fare un test", spiega a *Panorama.it* Marco Zappa, epidemiologo, direttore dell'Osservatorio nazionale screening.

"Nonostante il risultato del trial americano abbia mostrato una **riduzione della mortalità** in seguito alla Tac spirale a basse dosi, altri trial di dimensioni più piccole hanno dato risultati contrastanti. A livello europeo si sta quindi ancora aspettando la pubblicazione dei risultati di altri trial europei, che dovrebbe arrivare l'anno prossimo".

Ma quali potrebbero essere le **controindicazioni di uno screening di massa**, se può davvero salvare delle vite, permettendo una diagnosi precoce di un tumore che altrimenti lascia poco scampo? "Prima di tutto **l'esposizione radiogena**", spiega Zappa, "poi i possibili **falsi positivi** che possono portare a interventi molto impegnativi e invasivi con conseguenze potenzialmente anche gravi. Il falso positivo non è insomma soltanto un'ansia in più, ma **espone a dei rischi**. Inoltre c'è il problema della **sovradiagnosi**, cioè trovare tumori che non avrebbero dato problemi. Infine ci sono i costi economici da considerare".

L'importante resta smettere

Insomma un ex-fumatore, anche se in passato arrivava a un pacchetto al giorno, quand'è che può stare tranquillo? "Partiamo dal presupposto che il rischio di tumore polmonare in chi non ha mai fumato, in assenza di esposizioni ambientali o lavorative a cancerogeni polmonari, è veramente molto basso. **Chi ha fumato se smette** non può tornare a quei livelli ma **si distanzia comunque moltissimo dal rischio** di chi continua a fumare". Bene, è proprio quello che volevo sentirmi dire... Se avete voglia, date un'occhiata al grafico a pagina 9 di questo [studio](#), pubblicato quest'anno su *Cancer Epidemiology*, che pur essendo in inglese rende abbastanza l'idea. "C'è poi un'altra cosa da considerare", conclude l'epidemiologo. "Quando parliamo dei rischi del fumo ci concentriamo sul tumore del polmone, ma fumare causa molte altre malattie e può uccidere in molti altri modi. Smettendo di fumare, quindi, **il beneficio complessivo è enorme**: non c'è attività preventiva migliore di questa".

E se smettere di fumare è la forma di prevenzione numero due (la numero uno sarebbe non cominciare proprio) per il tumore del polmone e per molte altre malattie, vi interesserà sapere che il metodo per riuscirci non sembra incidere particolarmente sul risultato.

Uno [studio](#) pubblicato su *JAMA* un paio di giorni fa ha stabilito che non c'è grande differenza tra utilizzare i **cerotti alla nicotina** o assumere la **vareniclina**, il farmaco di elezione per la terapia di disassuefazione dal fumo. In un campione di adulti motivati a smettere di fumare divisi in tre gruppi, 12 settimane di trattamento con un cerotto alla nicotina, con la vareniclina o con una combinazione dei due non ha mostrato differenze significative nei tassi confermati di astinenza dal fumo a 26 o 52 settimane. Quello che conta, insomma, è armarsi di buone intenzioni, a quel punto i **due metodi si equivalgono**.

<http://www.corriere.it/salute/>

I nuovi dati sui tumori pediatrici nella Terra dei Fuochi

L'analisi condotta attraverso il registro dell'Associazione italiana di ematologia e oncologia pediatrica aggiunge ulteriori elementi di riflessione sulla situazione delle province di Napoli e Caserta rispetto al report dell'Istituto Superiore di Sanità

di Ruggiero Corcella



1

Almeno per quanto riguarda il rischio di tumori in età pediatrica nella cosiddetta Terra dei Fuochi, i dati aggiornati del Rapporto Istisan dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss) ripresi dai media nella prima metà di gennaio, avrebbero suscitato «allarmismi ingiustificati». Lo sostiene l'Associazione Italiana di Oncologia ed Ematologia Pediatrica (AIEOP), società scientifica che si occupa della raccolta delle registrazioni di tutti i nuovi casi di tumori in età pediatrica diagnosticati nei Centri aderenti all'AIEOP (sono 54, tutti quelli esistenti in Italia) attraverso un Registro specializzato da oltre 40 anni. «Non intendiamo assolutamente dire che non esistano pericoli nella Terra dei fuochi - tiene a sottolineare Franca Fagioli, presidente di AIEOP e direttore dell'Oncoematologia Pediatrica e Centro Trapianti al Presidio Ospedaliero Infantile Regina Margherita Città della Salute e della Scienza di Torino -. Vogliamo soltanto fornire un contributo scientifico a un tema così importante e ribadiamo la necessità che ci si confronti seriamente sui numeri, perché quelli a nostra disposizione scattano una fotografia diversa da quella emersa».

Che cosa dice il Rapporto dell'Istituto Superiore della Sanità

Due settimane fa sono stati rilanciati dai media dati dell'Istituto Superiore di Sanità raccolti nel progetto SENTIERI (acronimo per Studio Epidemiologico Nazionale dei Tumori) sui 55 comuni delle Province di Napoli e Caserta, esclusi i due capoluoghi. In realtà si trattava di un aggiornamento richiesto dal ministero della Salute per mettere a punto strategie di prevenzione adeguate sul territorio campano, in attuazione della legge 6 del 6 febbraio 2014 sui siti nazionali inquinati. L'Iss ha preso in considerazione tre indicatori: mortalità, persone ricoverate in ospedale e incidenza (cioè numero di nuovi casi in un anno). La mortalità si basava sui dati dell'Istat dal 2003 al 2011 (escluso il biennio 2004-2005, in cui l'Istituto nazionale di statistica non ha fornito dati), le ospedalizzazioni sul numero di persone ricoverate fra il 2005 e il 2011 . Per l'incidenza invece ci si è affidati al Registro tumori dell'Asl Napoli 3 Sud, esaminando i dati dal 1996 al 2010. «Per quanto riguarda la salute infantile - si legge nel Rapporto Istisan - è emerso un quadro di criticità meritevole di attenzione, in particolare si sono rilevati eccessi nel numero di bambini ricoverati nel primo anno di vita per tutti i tumori, e, in entrambe le province, eccessi di tumori del sistema nervoso centrale nel primo anno di vita e nella fascia di età 0-14 anni. L'analisi disaggregata per comune ha evidenziato alcuni Comuni nei quali si sono rilevati specifici segnali che richiedono ulteriori approfondimenti». L'Iss, inoltre, ha formulato una serie di raccomandazioni per la tutela della salute delle donne in gravidanza e dei bambini della Terra dei Fuochi.

Che cosa dice l'analisi dell'Aieop

L'Istituto Superiore di Sanità ha poi ribadito in una nota del 12 gennaio che «la mortalità di bambini e adolescenti è analoga a quella dell'intera Regione», mentre sono risultati in eccesso i ricoveri. Nei comuni in provincia di Napoli, in particolare, si sarebbero registrate percentuali molto alte anche nell'incidenza (cioè nel numero di nuovi casi in un anno) dei tumori del sistema nervoso centrale. Insomma, secondo l'Iss, non è vero che bambini e adolescenti della Terra dei Fuochi muoiono di più ma di sicuro si ammalano e vengono ricoverati in misura maggiore rispetto al resto della Campania. Nell'ambito dell'epidemiologia dei tumori, l'incidenza è considerata un indicatore più valido della mortalità. Ed è proprio su questo indicatore che si basano le puntualizzazioni di AIEOP , con l'intento di fare maggiore chiarezza da un punto di vista scientifico. «I dati del Registro AIEOP mostrano che nel periodo 2009-2011 sono rispettivamente 283 e 87 i nuovi casi di tumore in età 0-14 anni dei residenti nelle province di Napoli e di Caserta - spiega Franca Fagioli -. Questi valori rappresentano, rispettivamente, il 5.9% e l'1.8% del totale di tutti i nuovi casi di tumore in età 0-14 anni (4.770), registrati dai Centri AIEOP nello stesso periodo considerato. Si tratta di una percentuale simile a quella riscontrata nel triennio precedente, che pertanto non avvalorava nemmeno l'ipotesi di un aumento della patologia tumorale in quelle aree».

L'attendibilità del Registro dell'Associazione

Ma quanto si può essere certi dell'attendibilità delle cifre che confluiscono nel database dell'Associazione Italiana di Oncologia ed Ematologia Pediatrica? «Il nostro Registro è stato pensato fin dall'inizio secondo criteri scientifici. Prevede la segnalazione di ogni singolo caso attraverso un Modello unico, denominato "1.01" . Solo compilando il Modello è possibile inserire un paziente in un protocollo di diagnosi e cura, e cioè assicurarne una terapia in linea con i migliori risultati ottenuti nel nostro campo a livello internazionale. Senza l'inserimento, inoltre, si resta tagliati fuori dal controllo centralizzato della diagnosi

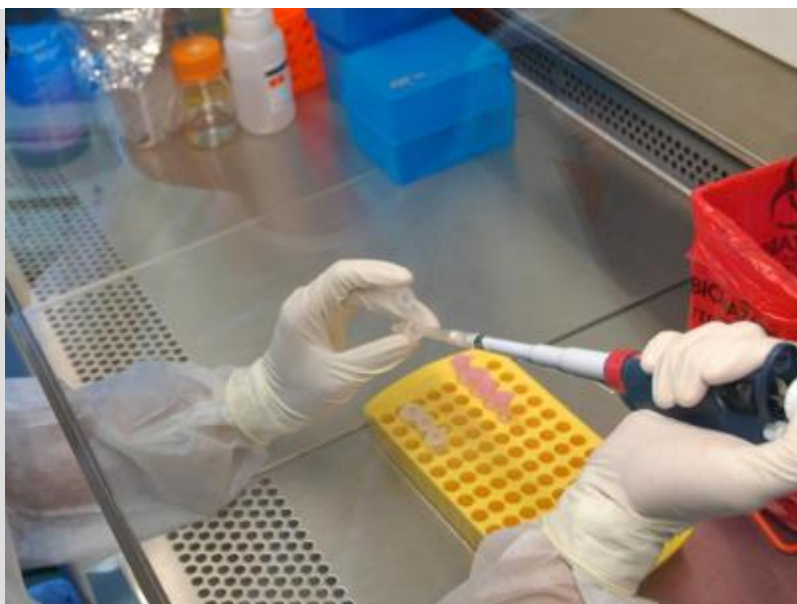
e da una seconda opinione che molto spesso viene effettuata dalla Rete Aieop. Ci sono dunque controlli incrociati per verificare l'inserimento dei dati, per questo è difficile che i numeri siano sottostimati. Il nostro Registro ha dimostrato finora di essere in grado di raccogliere il 94% dei casi di tumori infantili in Campania. In base a un calcolo statistico, la stima dei casi attesi nella Terra dei Fuochi risulterebbe pari a 301 e 93 casi dunque perfettamente sovrapponibile ai 283 e 87 nuovi casi da noi registrati». «Del resto anche i dati del Rapporto 2102 su "I tumori dei bambini e degli adolescenti" dell'Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM), che si riferiscono al periodo 2003-2008 - aggiunge Fagioli - evidenziano un andamento di incidenza annuale tra 0 e 14 anni in calo nel periodo 1998-2008, statisticamente significativo - cioè difficilmente dovuto al caso - per tutti i tumori e per i tumori cerebrali e non significativo , ovvero poco rilevante, per le leucemie».

Per l'Istituto superiore è necessario approfondire

Attraverso Loredana Musmeci, direttore del Dipartimento Ambiente e connessa prevenzione primaria, l'Istituto Superiore di Sanità ribadisce: «Il nostro è uno studio di epidemiologia descrittiva quindi intrinsecamente per la tipologia di studio non può arrivare a nessuna conclusione e a nessuna individuazione di rapporti di causa-effetto, perché ci manca tutta la fase fondamentale di una valutazione del rischio che è quella della valutazione dell'esposizione agli inquinanti. Come per tutti gli altri siti inquinati, dove vediamo qualche segnale, alcuni eccessi per alcune patologie diciamo: attenzione sono studi che non possono stabilire rapporti di causa-effetto ma sono fortemente suggestivi della necessità di approfondire in alcuni casi». Da parte sua il professor Carmine Pinto presidente dell'Associazione Italiana Oncologia Medica e direttore dell'Oncologia Medica Irccs di Reggio Emilia invita ancora una volta alla cautela: «I tumori pediatrici hanno la caratteristica di non presentare grosse variabilità annuali. Sono piccoli numeri e abbastanza infrequenti. Ma quando in un'area molto ristretta si comincia ad avere una certa concentrazione di un tumore non frequente , allora dobbiamo capire i motivi ed è meglio indagare».

<http://www.adnkronos.com/salute/sanita/>

Se fegato e intestino non parlano, italiani scoprono ormone anticancro



Stessa carta d'identità, velocità diverse. Perché un tumore con le stesse caratteristiche genetiche e mutazionali mette il turbo in un paziente e procede più lentamente in un altro? Se lo è chiesto un team di scienziati italiani che, in cerca della 'benzina' che dà al cancro l'energia per diventare aggressivo e accrescersi, **ha scoperto nell'intestino uno 'scudo' contro alcune forme di epatocarcinoma** che colpiscono anche i bambini. Driver della scoperta uno dei cervelli italiani rientrati dall'estero - gli Usa in questo caso - grazie a un finanziamento dell'Associazione italiana per la ricerca sul cancro: **Antonio Moschetta, professore di Medicina interna all'università di Bari**, che ha testimoniato l'importanza del sostegno alla ricerca in occasione del lancio dell'iniziativa Airc 'Le arance della salute'.

Anni fa il team di Moschetta si è occupato di capire qual era esattamente il messaggio che l'intestino inviava al fegato: "Nel 2010 abbiamo scoperto che alla fine del processo l'intestino secerne un nuovo ormone - 'Fibroblast growth factor 19' - che l'ileo invia al fegato come segnale del blocco della digestione". Un messaggio per far capire che "non

c'è più bisogno di fare bile e acidi biliari". Questo ciclo si ripete diverse volte nella giornata. I problemi cominciano quando si crea un 'black out' comunicativo. Nel 2005 Moschetta, oggi 42enne, era un giovane ricercatore che ha avuto l'opportunità di proseguire in Italia il suo lavoro di ricerca con il grant 'Start up', fondi dedicati dall'Airc agli under 35. Poi è arrivato anche un 'Investigator grant' (in corso), che lo scienziato si è aggiudicato proprio per questi studi. L'esperto si è imbattuto anni fa in alcuni **epatocarcinomi che, spiega, "nascevano quando il fegato andava incontro a uno stop del suo collegamento con l'intestino**. Questi due organi funzionano come uno solo: il fegato, attraverso la bile che viene secreta nell'intestino per digerire dopo l'assunzione di cibo, parla con l'intestino. Questo a sua volta, quando il cibo è arrivato alla fine dell'ileo, è in grado di ricomunicare con il fegato".

"Ci sono patologie - continua Moschetta - in cui il fegato non parla più con l'intestino. E' il caso di alcune malattie genetiche dei bambini che non consentono l'eliminazione degli acidi biliari e portano alla formazione di epatocarcinomi già al di sotto dei 15 anni. L'ipotesi avanzata dagli scienziati è che, non arrivando più bile o arrivandone di meno, l'intestino probabilmente non è in grado di produrre a sua volta nella misura necessaria quell'ormone che dà il segnale di fine digestione. Viene così a mancare il feedback negativo che fa capire al fegato che non deve più fare acidi biliari. La produzione continua e, non potendole eliminare, queste molecole diventano tossiche e pro-tumorigeniche". Reinserendo questo ormone, chiarisce lo scienziato, "siamo in grado di prevenire quasi totalmente e di ottenere una protezione da questi tumori, ripristinando la condizione necessaria per evitare la produzione di composti metabolici tossici che portano alla nascita del carcinoma". Lo studio è stato oggetto di più pubblicazioni - prima su 'Epathology' e pochi giorni fa su 'Nature Drug discovery' - e la meta del letto del paziente è a pochi passi. "Questo ormone è già in fase III negli Usa ed esiste una futura terapia che può portare attraverso una pillola a produrre questo ormone. Il suo ingresso in clinica potrebbe avvenire già ad aprile di quest'anno. Siamo vicini dal punto di vista traslazionale alla possibilità di proteggere dall'epatocarcinoma i soggetti che presentano questo cortocircuito fra fegato e intestino". L'ormone funziona male anche negli obesi e in alcuni soggetti con diabete mellito ed è stato inserito in una fase II anche come terapia per queste due condizioni. "Il futuro della ricerca in questo campo - conclude Moschetta - è continuare a indagare nell'intreccio fra nutrizione, momento post-prandiale, intestino e fegato. Ritengo che la centrale metabolica del nostro organismo sia nel triangolo intestino-fegato-cervello e che questo triplo link sarà quello che ci farà **capire sempre di più perché i tumori corrono a velocità diverse**. Un aiuto per la prevenzione e le cure standard. Per questo la ricerca va sostenuta. In Italia abbiamo quasi 2,6 milioni di persone guarite da tumori. Per i prossimi 5 anni l'obiettivo è raddoppiare questo numero".



29-01-2016

http://salute.agi.it/primapagina/notizie/dolore_cronico_puo_modificare_anche_sistema_immunitario-201601281340-hpg-rsa1023

DOLORE CRONICO PUO' MODIFICARE ANCHE SISTEMA IMMUNITARIO

(AGI) - Washington, 28 gen. - Il dolore cronico puo' riprogrammare il funzionamento dei geni nel sistema immunitario. A scoprirlo e' stato un gruppo di ricercatori della McGill University in uno studio pubblicato su Scientific Reports. Il dolore cronico, inteso come dolore che dura da sei mesi o piu', e' una delle piu' comuni cause di disabilita' in tutto il mondo. I ricercatori hanno esaminato il Dna del cervello e dei globuli bianchi di alcuni topolini, utilizzando un metodo per mappare il Dna tramite l'utilizzo di una sostanza chimica. Ebbene, gli studiosi hanno trovato che gli animali con dolore cronico presentavano delle modifiche epigenetiche sia nel Dna del cervello che in quello dei globuli bianchi. "Ora possiamo considerare le implicazioni che il dolore cronico potrebbe avere anche su altri sistemi del corpo che normalmente non associamo al dolore", ha detto Moshe Szyf, uno degli autori dello studio. I risultati potrebbero aprire nuove strade alla diagnosi e al trattamento del dolore cronico negli esseri umani. Alcuni dei geni individuati, infatti, potrebbero in futuro rappresentare nuovi bersagli per i farmaci.

quotidianosanita.it

Giovedì 28 GENNAIO 2016

Responsabilità professionale. Via libera dalla Camera al ddl Gelli. Linee guida all'Iss, audit precluso alla magistratura e responsabilità extracontrattuale anche per i convenzionati. Ecco il testo approvato

E ancora, viene escluso l'intervento della Corte dei Conti nell'azione di rivalsa. Il coordinamento del risk management potrà essere svolto anche dai medici legali e da altro personale dipendente delle strutture sanitarie con adeguata formazione ed esperienza almeno triennale. Viene meno la possibilità di effettuare segnalazioni anonime al garante per il diritto alla salute. Gelli: "Grande soddisfazione per l'approvazione di un testo ulteriormente migliorato dagli emendamenti approvati". [IL TESTO APPROVATO](#)

L'Aula della Camera ha approvato nella serata del 27 gennaio, gli emendamenti e gli articoli del ddl Gelli in materia di responsabilità professionale. Questa mattina, poi, è arrivato il via libera al testo finale del provvedimento con 307 voti favorevoli e 84 contrari. Il provvedimento passa ora all'esame del Senato.

Grande soddisfazione per l'approvazione è stata espressa dal relatore del testo per la maggioranza, e responsabile sanità del Pd, Federico Gelli: "Sono molto soddisfatto del testo approvato e del lavoro svolto dall'Aula. Con gli emendamenti approvati siamo riusciti a migliorare un testo già molto buono nel suo impianto".

"Un risultato raggiunto che corona sette mesi di lavoro fondamentali per dare una risposta su un tema molto complesso - ha aggiunto Gelli - che da anni attendeva un'adeguata normativa. Il provvedimento, finalmente in linea con quanto già avviene in altri Paesi europei, ci permette di aumentare garanzie e tutele per gli operatori delle professioni sanitarie e nello stesso tempo assicurare ai pazienti la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti".

"Non si tratta assolutamente di un provvedimento sbilanciato a favore dei professionisti - ha detto ancora l'esponente Dem - ma tende a ricostituire un nuovo equilibrio nel rapporto tra medico e paziente. Questa legge risponde a due problematiche come la mole del contenzioso medico legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie, e il fenomeno della medicina difensiva che ha prodotto un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica".

"Le linee guida - ha spiegato Gelli - saranno inserite nel sistema nazionale linee guida e pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità che ricoprirà così un ruolo centrale. Grazie a nuovi emendamenti approvati, i verbali e gli atti conseguenti l'attività di gestione del rischio clinico non potranno essere acquisiti o utilizzati nell'ambito dei procedimenti giudiziari. La responsabilità extracontrattuale ci sarà anche per i medici di famiglia e viene escluso l'intervento della Corte dei Conti nell'azione di rivalsa".

"La norma infine si estende anche alle strutture socio-sanitarie. Ora il testo passerà al Senato -

conclude Gelli - e siamo assolutamente ottimisti che non sarà stravolto l'impianto delle norme approvate così da poter diventare finalmente legge in tempi rapidi".

Ma vediamo le principali modifiche apportate dalla Camera.

Linee guida. Le linee guida assumono il giusto ed equilibrato ruolo di raccomandazione per gli esercenti la professione sanitaria. Queste dovranno essere indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca individuati con decreto del Ministro della salute e iscritti in un apposito elenco. Ai fini della legge, verranno poi inserite nel sistema nazionale linee guida e pubblicate sul sito dell'Istituto superiore di sanità.

Azione di rivalsa. Grazie ad un emendamento del relatore Gelli, l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria potrà avvenire solo per dolo e colpa grave. Viene inoltre confermato il tetto massimo di 3 annualità lorde per agevolare la stipula di assicurazioni a prezzi calmierati. Infine, viene escluso dall'iter il possibile intervento da parte della Corte dei Conti.

Audit. I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non potranno essere acquisiti o utilizzati nell'ambito dei procedimenti giudiziari.

Risk management. Il ruolo di coordinamento del risk management potrà essere svolto anche dai medici legali e da altro personale dipendente delle strutture sanitarie con adeguata formazione ed esperienza almeno triennale.

Strutture sociosanitarie. L'ambito di intervento della responsabilità professionale viene estesa anche alle strutture socio sanitarie.

Garante diritto alla salute. Viene esclusa la possibilità di effettuare segnalazioni anonime al garante per il diritto alla salute.

Medici medicina generale. La responsabilità di tipo extracontrattuale, con conseguente ribaltamento dell'onere della prova e prescrizione dimezzata a 5 anni, viene estesa anche ai medici di medicina generale.

Assicurazioni. Viene rimandata ad un apposito decreto del Ministero dello sviluppo economico l'individuazione dei requisiti minimi e delle caratteristiche di garanzie per le polizze assicurative delle strutture sanitarie. Tali requisiti dovranno essere individuati anche per le forme di autoassicurazione e per le altre analoghe misure di assunzione diretta del rischio. Inoltre, in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa dovrà essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

Giovanni Rodriguez

Sanità. Via libera della Camera in prima lettura

Medici, ok al Ddl sulla responsabilità professionale

LE NOVITÀ IN ARRIVO

Sulla responsabilità civile invertito l'onere della prova: spetta al paziente
Dimezzamento dei termini di prescrizione

Barbara Gobbi

Il codice penale ritoccato, le norme sulla responsabilità civile di strutture e professionisti ridisegnate, il tentativo obbligatorio di conciliazione, polizze assicurative per tutte le aziende Ssn, strutture ed enti privati che operano in regime autonomo o di accreditamento, inclusi i medici di medicina generale. E ancora, la possibilità per il paziente che si ritenga danneggiato di avviare un'azione diretta nei confronti della compagnia di assicurazione.

Sul pianeta medici&Co arriva la rivoluzione: dopo oltre un decennio di stand-by, ieri la **Camera** ha approvato in prima lettura il disegno di legge sulla **responsabilità professionale del personale sanitario**. Il via libera è arrivato con un consenso bipartisan: il testo, in 15 articoli, è passato con 307 voti favorevoli, inclusi quelli di Lega e Forza Italia, 84 no - serrata l'opposizione del Movimento 5 Stelle, secondo cui con il Ddl «lievitano i costi e diminuiscono le tutele» - e 12 astensioni.

L'ok in prima lettura si è concretizzato con una mini-maratona dell'Aula sui 15 articoli del provvedimento, che in ogni caso su esplicita condizione posta dalla commissione Bilancio andrà attuato a

risorse invariate. Relatore, Federico Gelli, che è anche responsabile Sanità del Pd e che insieme alla ministra della Salute Beatrice Lorenzin ha impresso una forte accelerata al testo. «Questa legge - spiega Gelli - ci permette di aumentare garanzie e tutele per gli operatori delle professioni sanitarie e nello stesso tempo di assicurare ai pazienti la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti». Mentre per **Lorenzin** la legge sarà utilissima «soprattutto per contrastare la piaga della medicina difensiva» - costi stimati sui 13 miliardi - che porta il medico a prescrivere troppo o al contrario ad omettere atti particolarmente rischiosi, pur di non incappare nella denuncia di un paziente.

Macosa cambierà una volta che il Ddl, dopo il passaggio al Senato atteso entro la fine della primavera, sarà legge? Innanzitutto, la sicurezza delle cure diventa «parte costitutiva del diritto alla salute». Quindi obbligo di massima trasparenza per le aziende, tenute a pubblicare sul proprio sito internet i dati sui risarcimenti erogati negli ultimi 5 anni. Incentivata anche l'emersione degli errori: il sanitario che denuncerà i cosiddetti «eventi sentinella» avrà la garanzia che verbali e atti non saranno utilizzati nelle aule di tribunale.

Ma la nuova legge ribalta soprattutto l'orientamento giurisprudenziale prevalente negli ultimi anni: il medico non sarà responsabile neanche più per colpa grave se avrà rispettato le linee

guida prodotte da società scientifiche accreditate presso il ministero della Salute e «bollinate» dall'Istituto superiore di sanità. E solo in caso di dolo o di colpa grave, sarà ammissibile l'eventuale azione di rivalsa della struttura nei confronti del professionista sanitario.

Cambia faccia anche la responsabilità civile: quella in capo alla struttura resterà di natura contrattuale, mentre diventa extraccontrattuale la responsabilità di tutti i medici, esclusi i liberi professionisti. Ne consegue l'inversione dell'onere della prova, che spetta al paziente, e il dimezzamento dei termini di prescrizione.

Scatta poi il tentativo obbligatorio di conciliazione, condizione di procedibilità di ogni domanda di risarcimento e per cui è prevista la partecipazione di tutte le parti, incluse le imprese di assicurazione. Queste ultime, in fuga dal settore sanitario proprio per l'esplosione del contenzioso, dovranno far fronte all'anorma che consente al danneggiato di esperire un'azione diretta di risarcimento e al meccanismo del Fondo di garanzia, che prevede il risarcimento dei danni per il valore eccedente il massimale di polizza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



VIA LIBERA AL PDL SULLA RESPONSABILITÀ

Per i sanitari vale solo la colpa grave

Via libera della Camera al pdl sulla responsabilità professionale. Il testo, modificato rispetto alla formulazione iniziale, ha superato ieri il vaglio dell'Aula di Montecitorio dopo un lungo iter in commissione Affari sociali ed è ora atteso il senato. Spazio, quindi, alla responsabilità penale per l'esercente la professione sanitaria che risponderà dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose solo in caso di colpa grave. Quest'ultima, inoltre, sarà esclusa quando saranno state rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida che, in base a quanto previsto dal pdl, dovranno essere indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca determinati con decreto del ministro della salute. Sul fronte della responsabilità civile è previsto, invece, che le strutture sanitarie, nel caso di condotte dolose o colpose dell'esercente la professione sanitaria, risponderanno dei reati di responsabilità del debitore e responsabilità per fatto degli ausiliari. Tale disposizione si applicherà anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, nonché attraverso la telemedicina. Invece, il responsabile del processo di risk management, potrà essere sia un medico legale e sia un dipendente della struttura sanitaria a patto che abbia un'adeguata formazione e un'esperienza triennale nel suddetto campo. Sul fronte assicurazioni, invece, con un apposito decreto del Mise si provvederà all'individuazione dei requisiti e delle caratteristiche di garanzie per le polizze assicurative delle strutture sanitarie. Tali requisiti dovranno essere specificati anche per le forme di autoassicurazione e per le altre misure di assunzione diretta del rischio. Il decreto del Ministero terrà conto delle indicazioni dell'Ivass, dell'Ania, della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri e delle Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie. Per quanto riguarda l'azione di rivalsa, invece, il soggetto danneggiato avrà diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto, nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura all'azienda. Invece, la società assicurativa, avrà diritto di rivalsa verso l'assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione. Inoltre la legge crea due nuovi istituti: un fondo di garanzia, affidato alla Consap, per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria il cui contributo è stabilito annualmente e un osservatorio. Quest'ultimo dovrà monitorare gli errori sanitari che si verificheranno sul territorio nazionale ed identificare le cause, l'entità del danno, e l'onere finanziario del contenzioso. In ultimo, il pdl, prevede l'obbligatorietà del tentativo di conciliazione.

Pasquale Quaranta



VIA LIBERA DELLA CAMERA: ORA LA NORMA PASSA AL SENATO

Linee guida, per il medico arriva lo scudo anti-denunce

Passa la legge sulla colpa grave: più tutele per il professionista. Il Tribunale del Malato: pagina buia per la Sanità

ONERE DELLA PROVA

Ora toccherà al paziente dimostrare la condotta colposa

GUIDO FILIPPI

«UNA CAUSA al giorno toglie il medico di turno», era un slogan, riveduto e corretto, di alcuni sindacati dei camici bianchi. Le cause civili e le richieste di risarcimento danni sono da anni il grande fardello della classe medica che inizia a dormire sonni tranquilli, ora che la Camera ha dato il primo via libera alla proposta di legge sulla colpa grave e contro la medicina difensiva: se rispetteranno le linee guida, avranno più tutele e meno denunce. Ora un medico che lavora in pronto soccorso ci pensa tre volte prima di dimettere un paziente e lo ricovera per evitare grattacapi. Un mutualista che si rifiuta di prescrivere un esame, rischia di finire in tribunale e dover risarcire i danni. E allora una risonanza o una tac in più non si nega a nessuno. Non importa se costa e allunga le liste d'attesa: ogni anno, secondo uno studio del **ministero della Salute**, circa 13 miliardi di costi - a carico del Servizio sanitario nazionale - sono imputabili ad accertamenti inutili o superati.

Esulta il ministro **Beatrice Lorenzin**: «È un risultato storico, una svolta nella lotta alla medicina difensiva perché assicura l'equilibrio tra le tutele dei medici, che hanno bisogno di svolgere il loro delicato compito in serenità, e il diritto dei cittadini dinanzi ai casi di malasanità. È un provvedimento equilibrato che consentirà loro di lavorare con maggiore serenità senza, tuttavia, pregiudicare i pazienti, che vedono comunque tutelati in modo chiaro e diretto i loro diritti».

Crolleranno i contenziosi legali che ora sono 34 mila all'anno, distribuiti in modo non equo. Non festeggiano di certo gli avvocati-cacciatori di cause sanitarie, abilissimi a convincere i pazienti e a trasformare un possibile errore medico. «Non c'è da anticipare un euro, se vinciamo facciamo i conti».

Il traguardo non è ancora stato tagliato, ma, dopo la tappa nell'aula di Montecitorio (la commissione ministeriale è presieduta dal giurista genovese Guido Alpa, ndr), si possono tirare i primi bilanci: ha vinto la potentissima lobby dei medici e le potenti compagnie di assicurazione: nel giro di due o tre anni il ramo sanitario tornerà un business. Ora una polizza è un salasso per un medico: ortopedici, ginecologi, cardiologi-

rurghi e chirurghi (gli specialisti più a rischio di cause civili spendono ogni anno tra i 12 e i 18 mila euro per una polizza che garantisca una copertura di 3 milioni di euro.

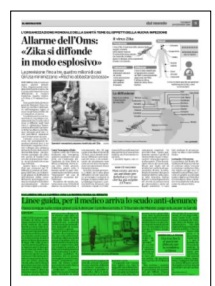
Non esultano i pazienti, preoccupati perché, secondo le associazioni dei pazienti, sarà più difficile ottenere giustizia e risarcimenti per chi è vittima di un errore sanitario. «È una legge beffa - tuona Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale Diritti del Malato-Cittadinanzattiva - Una delle pagine più buie per la politica sanitaria pubblica. Si inverte

l'onere della prova e la prescrizione scende da 10 a 5 anni. Il paziente doveva solo denunciare di aver subito il danno: presto dovrà anche provare

la condotta colposa, imprudente o negligente del medico». Dovrà affidarsi a un medico legale e mettere mani al portafoglio. Tanto per cambiare.

filippi@ilsecoloxix.it

©BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



E lo chiamano risparmio Dopo i bisturi che non tagliano pure gli aghi che non pungono

■ I tagli alle spese non spuntano solo i bisturi dei chirurghi, come denunciato dall'associazione dei camici bianchi, ma fanno acquistare anche «guanti e aghi low-cost - denuncia il presidente d. Assobiomedica, Luigi Boggio - per i guanti si crede di risparmiare un 10% acquistando quelli meno cari, poi se ne usano il doppio o addirittura i chirurghi devono metterne due paia insieme. Una cosa incredibile, che aumenta anche il rischio di infezioni per i pazienti. C'è stato anche il caso di alcuni glucometri che una Regione italiana ha acquistato al prezzo più basso: si è poi scoperto che questi misuratori di glicemia non erano ben calibrati e hanno dato luogo a esiti alterati creando enormi problemi nella somministrazione corretta dell'insulina a pazienti diabetici. Sono stati acquistati in centinaia di migliaia e poi sono stati ritirati. Un esempio eclatante di falso risparmio». Ma capita «spesso che l'ago non punge, che la vena non si trovi, che si vada a infierire su pazienti già fortemente debilitati martoriando le loro vene. E si vengono a creare vere e proprie flebiti. Sempre con un risparmio del 10%, occorre un uso doppio degli aghi in dotazione». **A.S.**



Il virus zika spaventa Allarme dell'Oms

MIELE A PAGINA 22

L'Oms: è allarme globale «Il virus zika è esplosivo»

Previsti 4 milioni di casi, vertice sull'emergenza

La direttrice dell'organizzazione dell'Onu, Chan: «Livello di allerta estremamente elevato». Si prevede «esplosione» del morbo in Brasile «Non sono necessarie le restrizioni ai voli». Primo contagio in Argentina

LUCA MIELE

I numeri sono catastrofici. E testimoniano la drammaticità della situazione. Tra i 3 e i 4 milioni di possibili casi di contagio nel continente americano dei quali 1,5 milioni solo in Brasile, il Paese oggi più colpito. E mentre vengono registrati i primi casi in Argentina e Austria (quattro quelli in Italia nei giorni scorsi, 31 negli Stati Uniti), l'Organizzazione mondiale della Sanità - che ha convocato un comitato d'emergenza per lunedì per decidere se proclamare un'emergenza mondiale come accaduto nel caso di Ebola - non vela la gravità dell'emergenza: il virus zika si propaga «in maniera esplosiva», come ha fatto sapere la direttrice dell'organizzazione Onu, Margaret Chan.

L'Oms ha dedicato all'epidemia una riunione speciale del Consiglio esecutivo, in corso a Ginevra. «Il livello di allerta è estremamente elevato», ha aggiunto Chan. Al tempo stesso l'Oms chiede che non vengano imposte «restrizioni inappropriate al commercio o ai viaggi». Numerose compagnie aeree che operano voli nelle zone più colpite in America Latina stanno già offrendo ai loro passeggeri di annullare o posticipare i loro viaggi, specialmente se si tratta di donne

incinte.

I primi casi in Sud America sono stati rilevati a maggio del 2015 in Brasile ma solo a ottobre il Paese ha scoperto un aumento dei casi di microcefalia in bambini nati soprattutto nel nordovest. I numeri sono inquietanti: oltre un milione e mezzo i casi di zika e oltre 4.180 casi di microcefalia nel Paese, 30 volte più che in ogni anno dal 2010. «Voglio essere chiara: la relazione fra il virus e le malformazioni non è stata ancora stabilita» ma questa relazione «è altamente sospettata», ha dichiarato Chan.

Per il virus, trasmesso dalla zanzara Aedes Aegypti, la stessa che causa il dengue e la febbre gialla, non esistono cura né vaccino. Si stima che circa l'80 per cento delle persone infette non presentino sintomi.

Gli scienziati sospettano che la malattia sia collegata al boom di nascita di bimbi microcefali. Per le future mamme il rischio potrebbe essere terribilmente serio. Da qui la preoccupazione dell'Oms e la conseguente allerta. L'organizzazione ha chiesto alle donne di farsi visitare prima e dopo un eventuale viaggio nelle zone endemiche. L'indicazione è stata condivisa anche dal Centro europeo contro le malattie e l'omologo Usa. Proprio dagli Stati Uniti arriva la notizia di due possibili farmaci candidati a diventare vaccino. I test clinici potrebbero iniziare entro la fine del 2016, ma le cure non saranno disponibili prima di qualche anno.

Il virus non si trasmette per via aerea. È la puntura di zanzara a diffonderlo e il contatto diretto con il sangue. I ricercatori stanno indagando la possi-

bilità di contagio per via sessuale, anche se non vi sono prove inconfutabili al riguardo. I ricercatori del Butantan Institute di San Paolo in Brasile - lo Stato dove l'epidemia è iniziata e dove c'è stato il maggior numero di contagi - lottano contro il tempo per trovare l'antidoto. Ai latinoamericani è stato raccomandato di proteggersi con creme e repellenti, mentre Rio ha lanciato un piano di emergenza per le Olimpiadi di agosto. Dalle autorità sanitarie del Salvador è arrivato l'allarme più drastico, con la richiesta di rinviare di ben due anni eventuali gravidanze. Stessa cosa in Colombia, dove ci si limita a consigliare di aspettare fino a luglio prima di concepire un figlio. L'unico modo per fronteggiare l'epidemia - la più grave da quando il virus è stato scoperto in Uganda, nel 1947 - è la disinfezione a tappeto e la bonifica degli acquitrini. L'epidemia rischia di avere effetti devastanti sul turismo, soprattutto in Colombia e Brasile. Quest'ultimo ha visto una raffica di cancellazioni improvvise dei soggiorni per il Carnevale. Gli effetti maggiori, però, rischiano di aversi per le Olimpiadi di Rio, in programma dal 5 al 21 agosto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ITALIA

«Niente donazioni di sangue per 28 giorni Le donne incinte evitino le zone a rischio»

Chi ha viaggiato nei Paesi in cui è presente il virus zika deve aspettare 28 giorni prima di donare il sangue. Anche in Italia adotta misure per arginare i rischi di contagio. «Vista l'ampia diffusione dei due potenziali vettori (*Aedes Aegypti*, *Aedes Albopictus*) – è l'annuncio Centro nazionale sangue (Cns) e la raccomandazione del Centro europeo per il controllo delle malattie (Ecdc) di rafforzare le misure di sorveglianza sui possibili casi importati, si raccomanda di mantenere in essere la sorveglianza del donatore di sangue per i viaggi nelle aree interessate. Nell'ambito delle misure di prevenzione della trasmissione trasfusionale si raccomanda di applicare il criterio di sospensione temporanea per 28 giorni per i donatori che abbiano soggiornato nelle aree dove si sono registrati casi autoctoni d'infezione». Il [ministero della Salute](#), da parte sua, raccomanda alla donne incinta di evitare viaggi nelle zone a rischio». Il ministero ha predisposto una scheda informativa, da esporre in porti e aeroporti interessati al traffico internazionale.

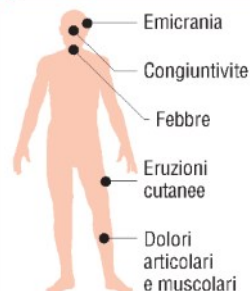
Il virus zika

Trasmissione

Il virus zika è trasmesso dalla zanzara *Aedes aegypti*, presente nelle regioni tropicali. Si tratta della stessa zanzara che trasmette la febbre gialla e la dengue, attiva soprattutto all'alba e al tramonto



Sintomi



solitamente durano da 2 a 7 giorni



Il virus in donne gravide può generare malformazioni al feto, come la microcefalia

Trattamento

Non esistono trattamenti antivirali né vaccini. L'unica prevenzione è proteggersi dalle punture di zanzara

Diffusione

Il virus è stato identificato in Uganda nelle scimmie nel 1947 e successivamente negli umani nel 1952. È diffuso in Africa, America Latina, Asia e Pacifico

ANSA centimetri

Epidemia in Sud America Virus Zika, l'Oms lancia l'allarme: «Milioni di casi»

GINEVRA. Il virus Zika è passato dall'essere una minaccia lieve a una «di proporzioni allarmanti». Non usa mezzi termini la direttrice generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, Margaret Chan, che ha convocato per il primo febbraio una riunione a Ginevra per affrontare il caso e decidere se proclamare un'emergenza mondiale, come avvenne nel caso di Ebola. L'Oms ha previsto fino a «3-4 milioni» di possibili contagiati in America Latina aggiungendo che uno studio che sarà pubblicato a breve suggerisce una correlazione fra Zika - malattia virale trasmessa da una zanzara del genere Aedes - e microcefalia in Brasile dove finora sono stati rilevati oltre un milione e mezzo di casi e oltre 4.180 casi di microcefalia. «Voglio essere chiara: la relazione fra il virus Zika e le malformazioni non è stata ancora stabilita», ma questa relazione «è altamente sospettata», ha dichiarato la direttrice generale dell'Oms.



Margaret Chan

Proprio ieri dalle autorità sanitarie del Salvador è arrivato l'allarme più drastico, con la richiesta di rinviare di ben due anni eventuali gravidanze. Stessa cosa in Colombia, dove ci si limita a consigliare di aspettare fino a luglio prima di concepire un figlio. Intanto aumentano i casi registrati in diverse parti del mondo, quattro anche in Italia (di cittadini rientrati dal Brasile). Si muove anche il Ministero della Salute italiano che, con circolari inviate agli assessorati regionali alla Sanità, invita le donne incinta a evitare i viaggi in America centrale e nel Sud America, le aree dove è in corso l'epidemia.



L'intervista **Massimo Andreoni**

«Dall'Indonesia al Sud America le mete vietate per chi è incinta»

L'INFETTIVOLOGO: «DA NOI NESSUN PERICOLO. FEBBRE, DOLORI E PUNTINI ROSSI QUESTI I SINTOMI PRINCIPALI»

ROMA L'allarme dell'Oms, nella vita quotidiana degli ospedali, si traduce in maggiore attenzione ad alcuni sintomi, ai luoghi di provenienza del paziente come all'ipotesi di una gravidanza per le giovani donne. «Nei casi in cui una persona tornata dal Brasile o dalla Colombia abbia febbre, dolori muscolari, mal di testa e piccoli segni rossi sulla pelle è chiaro che l'attenzione è massima e si procede ad esami specifici», spiega Massimo Andreoni ordinario di Malattie infettive all'università Tor Vergata di Roma.

Fino ad oggi nessun sospetto?

«No, fino ad oggi il virus è entrato in Italia, la scorsa primavera, con i quattro pazienti che avevano viaggiato in Brasile e stanno bene».

Lei ha parlato di febbre, dolori e segni sulla pelle? Che tipo di segni?

«Dei puntini rossi sul corpo, simili a quelli che compaiono con la rosolia. Va sempre ricordato che lo Zika non causa sintomi particolarmente gravi».

Nel caso di Zika non parliamo di un virus in grado di uccidere, vero?

«Non abbiamo segnalazioni. Quello che preoccupa è il danno neonatale nelle donne in gravidanza».

Come assicurare chi sta aspettando e ha la febbre?

«Nessun problema se la signora non è andata nei Paesi a rischio. Ma nel caso sorgessero i sintomi di cui abbiamo parlato meglio ri-

volgersi al medico».

Vuol dire che le signore in gravidanza in questo periodo devono evitare di visitare una serie Paesi?

«Sì, in questo momento sconsiglierei il Sud America, Capo Verde, Indonesia e Thailandia come suggerito dall'Oms».

Questo virus è stato identificato nel 1947, scoperto nell'uomo nel '52 come mai solo ora è scoppiato questo allarme?

«Esistono tante infezioni delle quali non si parla e non sono considerate pericolose. Perché il loro decorso è sempre stato benigno e non hanno mai destato preoccupazione».

In questo caso è la presenza dell'infezione nella donna e il danno neurologico nel bambino che hanno fatto pensare ad un legame? Oppure il virus è mutato?

«Sicuro è che le zanzare hanno circolato di più, forse per l'abbondanza della pioggia. L'acqua stagnante ha favorito il diffondersi del virus. Ma non si può escludere una sua mutazione. Ancora, comunque, non è chiaro quale evento abbia portato ad una diffusione così rapida».

La certezza, dunque, è in una maggiore circolazione delle zanzare che poi sono le stesse che portano anche la febbre Dengue?

«Sicura è l'escalation dei casi. Circa trenta volte di più di quelli che si contavano solo un anno fa».

Una persona potrebbe essere contagiato dal virus Zika e non accorgersene?

«Non lo escludo. Sia i sintomi che il decorso della malattia non fanno preoccupare i pazienti. E' quindi possibile essere entrati in contatto con il virus credendo di avere una banale influenza».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.healthdesk.it/>

Big Pharma chiede aiuto ai Governi: nuovi farmaci in cambio di finanziamenti

Con una dichiarazione firmata da più di 80 industrie farmaceutiche, le aziende mettono nero su bianco le proprie richieste, ma anche i propri impegni. I nuovi antibiotici contro i super-batteri potranno nascere solamente dalla collaborazione tra pubblico e privato

L'unione fa la forza. Ne sono convinte le 85 industrie farmaceutiche di 18 Paesi che hanno presentato al World Economic Forum tenutosi nei giorni scorsi a Davos, in Svizzera, una dichiarazione congiunta per combattere l'antibiotico-resistenza. Tra le firme ci sono i giganti del settore (per citarne qualcuna GSK, Pfizer, Merk, Johnson&Johnson) insieme alle aziende che producono strumenti diagnostici; tutti d'accordo nel sottoscrivere le stesse richieste e gli stessi impegni.

I patti del "do ut des" contenuti nel documento sono chiari: Big Pharma si impegna a produrre nuovi antibiotici contro i "super-batteri", che entro il 2050 potrebbero provocare 10 milioni di morti all'anno, chiedendo però ai Governi di venir loro incontro sul fronte delle spese.

Le attuali leggi del mercato che, sintetizzando, legano il profitto alla quantità di prodotti venduti, non riescono a rendere la produzione di antibiotici economicamente sostenibile. Per loro natura, gli antibiotici hanno due "difetti" che li rendono poco appetibili agli occhi degli imprenditori: vengono impiegati per un periodo limitato di tempo e, perché siano efficaci, non se ne deve fare un uso eccessivo. In sostanza gli investimenti per chi li produce sono molto alti e i guadagni troppo bassi. Le aziende ora chiedono di rimediare alla situazione con alcune riforme in loro favore, cominciando con l'adeguare i costi degli antibiotici ai benefici che questi procurano per evitare di dover aggiungere alle spese per lo sviluppo del farmaco anche quelle per le campagne promozionali. In cambio, le industrie si impegnano a dare il loro contributo nei passaggi chiave della lotta all'antibiotico-resistenza. La roadmap condivisa dai firmatari della Dichiarazione è costituita da tre tappe. La prima prevede di ridurre la diffusione dei batteri resistenti incoraggiando un uso appropriato dei vecchi e dei nuovi antibiotici in accordo con il piano globale d'azione dell'Organizzazione mondiale della sanità. In secondo luogo, le aziende si impegnano a incrementare gli sforzi in Ricerca e sviluppo, aumentando la collaborazione tra industrie, università e Istituzioni pubbliche per accelerare i tempi delle scoperte. Infine, Big Pharma promette che farà di tutto per garantire l'accesso ai futuri farmaci a chiunque ne abbia bisogno in tutti i Paesi del mondo. La Dichiarazione di Davos verrà aggiornata ogni due anni in base alla condizione globale della resistenza ai farmaci, adeguandosi di volta in volta alle nuove priorità ed è aperta ad accogliere le firme di chiunque voglia aderire al progetto. Jim O' Neill, l'economista inglese a capo di una task force governativa sull'antibiotico-resistenza (di cui abbiamo parlato di recente in un articolo), non nasconde il suo entusiasmo per l'iniziativa: «È un grande passo avanti nella costruzione di una appropriata risposta globale alle sfide dell'antibiotico-resistenza. Sono molto colpito da una così ampia adesione a una comune serie di principi e di impegni su questi temi così importanti: questo è un livello di consenso che non avevamo mai visto prima da parte delle industrie».

<http://www.farmacista33.it/>

L'uso dei generici migliora cure ed elimina sprechi, lo dicono i medici Usa



In un documento pubblicato su *Annals of Internal Medicine*, l'American College of Physicians invita i medici a prescrivere i generici rispetto ai prodotti di marca, anche al fine di ridurre la spesa sanitaria. Spiega il primo autore, **Niteesh Choudhry**, professore associato di medicina alla Harvard Medical School: «Nonostante l'utilizzo dei generici sia aumentato nel tempo, molti operatori sanitari continuano a prescrivere costosi farmaci di marca, cosa che rischia di aumentare ulteriormente i già elevati costi di assistenza». Rivedendo circa 2.500 studi sui principali archivi biomedici, gli esperti dell'Acp hanno valutato la frequenza con cui i medici prescrivono prodotti griffati nonostante la disponibilità di alternative generiche, esaminando anche l'aderenza al trattamento e la presenza di eventuali barriere all'uso dei generici. «Lo scopo del documento è supportare i medici a utilizzare i farmaci generici» dicono gli autori, precisando che nel 23-45% dei casi ai diabetici assistiti da Medicare vengono prescritti farmaci di marca al posto degli equivalenti generici. «Solo in questi pazienti, sostituire i prodotti di marca con le alternative generiche farebbe risparmiare 1,4 miliardi di dollari» afferma Choudhry, citando una metanalisi su 47 studi che ha confrontato l'efficacia dei farmaci generici e di marca in nove classi di prodotti cardiovascolari senza trovare alcuna prova di superiorità degli uni rispetto agli altri, inclusi anticoagulanti e antiaritmici con ridotta finestra terapeutica. E il presidente Acp Wayne Riley commenta: «L'uso dei generici migliora le cure ed elimina gli sprechi». Ma molta strada resta da fare: solo il 36% degli americani dichiara di preferire i generici, probabilmente a causa di preoccupazioni circa la loro sicurezza ed efficacia. «Sta di fatto che le differenze di aspetto tra generici ed equivalenti di marca possono modificare la percezione dei pazienti in termini di efficacia o sicurezza, influenzando anche l'aderenza alla terapia» affermano gli autori, osservando che il comportamento di medici e pazienti potrebbe essere modificato con adeguate campagne informative. «Un esempio sono i piani di assistenza sanitaria: quelli che includono gli elenchi dei farmaci generici e di marca suddivisi in gruppi in base ai costi e all'efficacia si sono dimostrati efficaci per aumentare l'uso dei generici» conclude Choudhry.

Vaccinazione contro l'epatite B, quanto dura la protezione?



28 gennaio 2016

E' necessario fare un richiamo del vaccino per l'epatite B nel soggetto adulto? Da un recente studio clinico sembrerebbe proprio di no. Un gruppo di ricercatori americani ha infatti trovato che non è necessaria una dose di richiamo del vaccino dell'epatite B, 30 anni dopo la vaccinazione ma basta la prima serie di vaccinazione (tre dosi di vaccino). Lo studio è stato pubblicato sul **Journal of Infectious Diseases**.

La vaccinazione universale con il vaccino dell'epatite B è stata molto efficace su scala globale, ma la protezione è stata valutata solo per 22 anni.

Nel 1981, gli autori del presente lavoro hanno immunizzato una coorte di 1578 adulti nativi dell'Alaska e bambini provenienti da 15 comunità dell'Alaska con età ≥ 6 mesi con 3 dosi (prima serie) di vaccino dell'epatite B derivato dal plasma.

I ricercatori avevano al tempo valutato la risposta annuale con test sierologici verso il virus dell'epatite B per i primi 11 anni e poi 15 e 22 anni dopo la prima dose. Dopo 22 anni, il 60% dei partecipanti aveva un livello protettivo di anticorpi, e se veniva considerata anche la risposta di richiamo il valore saliva al 93%.

In questo aggiornamento i soggetti sono stati valutati per i livelli di anticorpi contro l'antigene di superficie dell'epatite B (anti-HBs) 30 anni dopo aver ricevuto la prima serie e la risposta immunitaria in chi aveva ricevuto un richiamo in quanto i livelli di anti-HBs erano inferiori a 10 mIU/mL.

I soggetti con livelli inferiori a 10 mIU/mL hanno ricevuto una dose di richiamo del vaccino ricombinante per l'epatite B 2-4 settimane più tardi e sono stati anch'essi valutati sulla base di misurazioni dell'anti-HBs 30 giorni dopo il richiamo.

I ricercatori hanno valutato i partecipanti a 30 anni secondo tre gruppi: il gruppo 1 (n=243) non avevano fatto parte dello studio di 22 anni. Gruppo 2 avevano livelli di anti-HBs troppo alti per richiedere dosi di richiamo a 22 anni (n=129). Gruppo 3 (n=63) avevano ricevuto il richiamo a 22 anni. L'analisi della risposta anticorpale a 30 anni ha utilizzato solo i dati del gruppo 1. Per l'analisi della risposta alla dose di richiamo, sono stati usati i gruppi 1 e 2. Per il gruppo 3, lo studio presenta solo i dati di immunogenicità 8 anni dopo la dose di richiamo.

I risultati hanno mostrato che tra le 243 persone (56%) che avevano risposto alla prima serie originale ma non hanno ricevuto le dosi successive durante il periodo di 30 anni, 125 (51%) avevano un livello di anti-HBs ≥ 10 mIU/mL.

Tra i partecipanti con livelli di anti-HBs

Quindi, in base a livello di anti-HBs ≥ 10 mIU/mL a 30 anni e una risposta dose di richiamo 88%, si stima che più del 90% dei partecipanti era ancora protetto 30 anni dopo.

Livelli alti di anticorpi anti-HBs dopo la prima serie di vaccinazione correlano con alti livelli degli stessi anticorpi 30 anni dopo, che in parole povere significa che chi reagisce bene all'inizio mantiene questa protezione anche nel lungo periodo.

I ricercatori hanno sottolineato che i bambini vaccinati attraverso specifici programmi o giovani adulti vaccinati per ragioni di sicurezza sul lavoro possono essere protetti per decenni. I risultati sono anche molto importanti per gli operatori sanitari a causa del loro elevato rischio di infezione e il costo dello screening periodico. Verrà comunque effettuato un ulteriore follow up a 35 anni dal vaccino.

Una limitazione dello studio è che il vaccino iniziale era derivato dal plasma e il richiamo era ricombinante.

In conclusione, come ha commentato il dr. Pierre Van Damme, del Centro per la Valutazione delle vaccinazioni e Malattie Infettive presso l'Università di Anversa, in un editoriale di accompagnamento: "I dati presentati da Bruce et al confermano quanto espresso dall'OMS, e dal CdC e cioè che la vaccinazione di richiamo contro l'epatite B per i bambini e adulti immunocompetenti non è raccomandata".

Emilia Vaccaro

Michael G. Bruce et al. Antibody Levels and Protection After Hepatitis B Vaccine: Results of a 30-Year Follow-up Study and Response to a Booster Dose. J Infect Dis. 2016 Jan 21. pii: jiv748.

[leggi](#)

[\[chiudi questa finestra\]](#)

Antonio Iavarone / intervistato da Vittorio Zincone



«I cervelli non fuggono: vanno dove si crede, e si investe, nella ricerca»

«È dal Rinascimento che la patria degli **scienziati** è il mondo», osserva l'oncologo che ha denunciato il nepotismo nelle università italiane, poi emigrato negli Usa. «Il nostro Paese, per ora, è fermo alle promesse»

Non ama la retorica sui cervelli in fuga. E con l'Italia ha un rapporto di autentico odi et amo: spera di rientrare trionfante, ma non vede grandi speranze all'orizzonte. Soprattutto per il Meridione. Antonio Iavarone, oncologo al Columbia University Medical Center, è celebre per aver denunciato il nepotismo scientifico delle università nostrane e per i suoi studi americani: a inizio gennaio 2016, insieme con Anna Lasorella, compagna di vita e di provette, ha pubblicato su *Nature* una ricerca con cui ha isolato la proteina Id2 che accelera il moltiplicarsi di cellule tumorali maligne nel cervello. Spiega: «Grazie alla possibilità di sequenziare il Dna e le proteine che si trovano in un tumore, possiamo individuarne le alterazioni genetiche e bombardarle con terapie personalizzate». Boom. «In questo modo si possono affrontare anche tumori che fino ad oggi non hanno reagito alle chemioterapie e alle radioterapie».

Intervista via Skype. Iavarone è nel suo studio di New York. Il tavolo è sommerso dai documenti. A un certo punto, il medico/scienziato gira il computer portatile e con la telecamerina inquadra i palazzi fuori dalla finestra: «Sono le sedi delle start up, gli *incubators*. Usano le nostre ricerche per sviluppare farmaci». Nel mondo di Iavarone le cose sembrano molto semplici: la buona ricerca attrae ricercatori talentuosi, è una calamita per finanziamenti e sforna cure efficaci. In questo mondo non c'è spazio per i raccomandati e nemmeno per le amministrazioni chiacchierone che annunciano progetti e poi non combinano nulla. Dice: «Lei non sa quante fregature ho preso in Italia».

Quante?

«Tante. La più incredibile nel 2009/10. Insieme con il Comune e con la Provincia di Benevento, e con la Regione Campania, cominciai a ragionare sulla possibilità di realizzare un centro di ricerca: il Mediterranean Institute of Biotechnology (Mib)».

Un nome altisonante.

«Doveva costare non so quanti milioni. Sono stati spesi cinquanta-mila euro per uno studio di fattibilità e poi... puff. Il progetto è sparito».

Si è infranta la sua occasione di tornare in Italia?

«No. Si è infranta la possibilità di attrarre ricercatori e fondi, in un territorio che avrebbe bisogno soprattutto delle cure prodotte dalla ricerca. Io sono un disperato che vorrebbe fare qualcosa per

il Sud. Lo sa che dopo gli annunci strombazzati sui giornali mi hanno cominciato a chiamare molti studenti per chiedermi di lavorare al Mib? Erano convinti che fosse già operativo. Invece...».

Lei ha fatto parte anche di una task force di scienziati messa su dal governo Monti.

«Ci fu un bell'incontro con vari ministri. Caduto Monti... si è sgretolata anche la task force. I governi promettono, ma raramente mantengono. Con grande sfacciataggine, dal 2000 a oggi, ho scritto a tutti i premier per suggerire loro di non gettare soldi in strutture universitarie fallimentari e per suggerirgli di indirizzare i finanziamenti verso progetti di respiro internazionale».

Che cosa le hanno risposto?

«Poco o niente. Quasi tutti propongono piccoli provvedimenti per il rientro dei cosiddetti cervelli in fuga. Finzioni. Prese in giro. Ma veramente pensano che un ricercatore qualificato torni per un contratto da 500 euro al mese? Purtroppo le opportunità in Italia non parlano la lingua del mondo scientifico».

Faccia lei da interprete.

«Bisognerebbe smettere di parlare di cervelli in fuga. È dal Rinascimento che la patria degli scienziati è il mondo. E l'Italia dovrebbe puntare ad attrarre i migliori cervelli del mondo, non solo il mio o quello di altri italiani. Solo così si può attivare una crescita. L'industria non bussa alla porta di un laboratorio perché dentro c'è il parente di un politico. L'industria cerca opportunità commerciali e queste si trovano dove la ricerca è avanzata. Per attrarre cervelli servono progetti seri e internazionali. Gli stessi che producono cure sperimentali efficaci. Se ci fosse una grande struttura nel Sud Italia che si occupa di tumori al cervello, molti meridionali si risparmierebbero inutili viaggi della speranza in America».

Riceve molte lettere con richieste d'aiuto dall'Italia?

«Cinque/dieci al giorno. Cerco di spiegare che per studiare le loro malattie ho bisogno di campioni tumorali ben conservati. Ho anche parlato con alcune strutture ospedaliere spiegando che se avessero

comprato i macchinari per iberarli, poi avrei seguito io il trasporto dei campioni negli Stati Uniti. Crede che abbiano fatto qualcosa? No. Mi fa rabbia perché oggi le cure ci sono. Sono lì. Ma non sono cure di routine. C'è bisogno di tanta ricerca». **Come si passa dall'individuazione della proteina Id2 alla cura di un paziente malato di cancro al cervello?**

«Il mio sogno è quello di portare nel Beneventano tutti i risultati del lavoro fatto in America»



Una partita vinta in trasferta

Antonio Iavarone è nato a Montesarchio nel 1963. Si è laureato all'Università Cattolica di Roma. Fino al 1999 ha lavorato all'ospedale Gemelli. Attualmente è professore di Patologia e Neurologia al Columbia University Medical Centre di New York.

«In che modo? Quell'imbroglio abbattava la nostra credibilità. Nel mondo scientifico internazionale la credibilità è tutto».

Vita da scienziato della medicina: più ore in laboratorio o davanti a un computer nel suo ufficio?

«Una giusta media. I momenti più calmi per approfondire la ricerca sono quelli nei weekend. Durante la settimana ci sono anche lezioni, meeting, riunioni per reperire fondi».

Lei si occupa di reperire fondi?

«L'Università mi tiene anche perché porto soldi. Io pago il mio stipendio e i miei progetti di ricerca attraverso un finanziamento del National Institute of Health».

È un ente pubblico?

«Sì. Se io cambio università, i soldi vengono con me. Le Università fanno a gara per accaparrarsi i migliori ricercatori anche perché portano con sé molti finanziamenti».

Lei ha figli?

«No».

Ha sacrificato la paternità sull'altare della medicina?

«Diciamo che il mio pensiero è rivolto quasi sempre ai passi scientifici successivi da fare. Le nostre scoperte sono importanti, ma lo sono soprattutto perché conducono a una nuova ricerca, a una nuova frontiera».

A cena col nemico?

«Con Eugenio Scalfari».

Condividerebbe un pasto con Renato Mastrangelo, il primario di Oncologia che lei denunciò per nepotismo?

«Non ci sarebbe grande conversazione. Quindi direi di no».

Quella vicenda portò a denunce e querele. Che cosa hanno stabilito i tribunali?

«Che avevamo ragione io e Anna e che il sistema universitario del Gemelli era infiltrato dal nepotismo».

Qual è l'errore più grande che ha fatto?

«Non aver anticipato di qualche anno la decisione di trasferirmi all'estero».

Che cosa guarda in tv?

«L'O'Reilly Factor, trasmissione tosta di uno dei più popolari giornalisti americani».

Il libro preferito?

«Il Signore degli Anelli di J.R.R. Tolkien e Il Corsaro Nero di Emilio Salgari».

Il film?

«Novecento. Da bambino anche io suonavo il pianoforte».

La canzone?

«La canzone dell'amore perduto di Fabrizio De André. Mi fa tornare in mente la tristezza che provo per il mio Paese. Io sono molto legato all'Italia e a Benevento. Quando posso mi guardo anche le partite della squadra campana».

Il Benevento gioca in Lega Pro (la vecchia serie C). Meglio un Nobel o il Benevento che vince lo scudetto di serie A?

«Lo scudetto. Ma solo se accompagnato dalla costruzione di un centro di ricerca internazionale per la cura dei tumori a Benevento».

Conosce i confini della Libia?

«Certo. L'Egitto, l'Algeria... Mio nonno viveva a Bengasi».

Quando la Libia era una colonia italiana?

«Sì. Dirigevo l'ufficio postale cittadino».

Conosce l'articolo 9 della Costituzione?

«No. Ammetto di no».

È quello che dice che la Repubblica promuove lo sviluppo della ricerca scientifica.

«Eh, che bello se fosse vero!».

«Quando ci vengono forniti i campioni da una sala operatoria, noi li purifichiamo, grazie alla presenza della proteina Id2 individuiamo le cellule staminali tumorali e le mettiamo nel cervello di un topo».

Gli animalisti saranno contenti di questa notizia.

«C'è una regolamentazione ferrea. I topi vivono coccolati come in un hotel a cinque stelle».

Fino a quando non iniettate loro un glioblastoma.

«Si chiama tumor avatar. È un clone del cancro che ci permette di sperimentare farmaci con il cosiddetto Co-Clinical Trials: invece di dare il farmaco al malato lo si sperimenta prima sul cervello del topo dove abbiamo fatto crescere lo stesso tumore del paziente. In questo modo si arriva a personalizzare le terapie. Il mio sogno è portare tutto questo nel Beneventano».

La sua infanzia a Benevento.

«Felice. Mio padre era pediatra e immaginava anche per me un futuro da medico cittadino».

Lei era adolescente negli Anni 70.

«Tempi di grandi ideologie e opposti schieramenti. Frequentavo i movimenti culturali della nuova destra. Leggevamo Alain de Benoist. Tra i leader c'era Marco Tarchi».

Università?

«Un anno a Napoli e poi a Roma: medicina alla Cattolica del Sacro Cuore. Nel 1991 partii per gli Stati Uniti. Sono rientrato quattro anni dopo per partecipare alla realizzazione di un centro di ricerca dedicato ai tumori infantili al Gemelli, sponsorizzato dalla Banca d'Italia».

Nel 2000 è tornato a New York.

«Il perché, lo avrà letto sui giornali».

Denunciò un caso di nepotismo: il primario vi aveva imposto di far firmare una ricerca anche a suo figlio.

«Fosse stata solo una. Ci ripenso con tristezza: io e Anna pensavamo che le istituzioni universitarie avrebbero preso le nostre difese».

Invece...

«Ricevammo molta solidarietà privata, ma pubblicamente restarono tutti zitti, in difesa dei feudi universitari. Dicevano: "Ma che vi importa?"».

Già. In che modo vi danneggiava far firmare una ricerca anche al figlio del primario?

<http://www.askanews.it/altre-sezioni/salute>

Marcello Ciaccio nuovo presidente biochimici clinici italiani

Roma, 28 gen. (askanews) - Marcello Ciaccio è il nuovo Presidente della S.I.Bio.C - Medicina di Laboratorio, la società italiana di biochimica clinica e biologia molecolare clinica, per il biennio 2016-2017. Cinquantanove anni, sposato, una figlia, Ciaccio è professore ordinario di biochimica clinica presso la scuola di medicina e direttore del dipartimento di diagnostica di laboratorio del policlinico universitario di Palermo. Oltre a lui è stato indicato il direttivo, con Sergio Bernardini alla vice presidenza.

"Il nostro obiettivo fondamentale - afferma Ciaccio - è l'appropriatezza prescrittiva che si può raggiungere solo interagendo con i clinici, di tutte le specialità, perché nessuna branca della medicina può fare a meno della Medicina di Laboratorio. Questo aspetto è fondamentale per delineare il percorso migliore per il paziente, per trovare soluzioni ai diversi quesiti clinici, definire sia la diagnosi che la prognosi, personalizzazione la terapia oltre a monitorare la malattia e la terapia. Un percorso che si può ottenere solo con una stretta collaborazione tra Medicina di Laboratorio e Medicina Clinica, inclusi i medici ed i pediatri di base".