



RASSEGNA STAMPA

04-11-2016

1. QUOTIDIANO SANITÀ Ribociclib: una nuova concreta speranza per le donne con tumore della mammella ormono-sensibile
2. ASKA NEWS Salute, in Texas nascerà centro adroterapia per cura dei tumori
3. HEALTH DESK Perché la radioattività fa male
4. CORRIERE.IT «La ricostruzione del seno dopo un tumore è un diritto, non un obbligo»
5. ILMESSAGGERO.IT Primo italiano malato di tumore che corre la maratona di New York
6. REPUBBLICA VENERDI Inefficaci per le infezioni, forse utili per i tumori
7. REPUBBLICA Un test genetico per prevenire il tumore all'ovaio
8. ADNKRONOS.COM Calo vaccinazioni, l'allarme dell'Istituto di Sanità: "Ci aspettiamo primi casi di polio e difterite in Italia"
9. QUOTIDIANO SANITA Vaccini. Lorenzin: "Faremo un piano di comunicazione ad hoc per spiegarne l'importanza ai genitori"
10. CORRIERE DELLA SERA Il colpo di genio arriva a sessant'anni
11. GIORNO - CARLINO - NAZIONE Scoperto il gene che fa ingrassare La svolta nelle cure anti obesità
12. LIBERO QUOTIDIANO Ubriachi già da piccoli
13. SECOLO XIX Intervista a Martin Chalfie - Il premio Nobel Chalfie: «Proteine fluorescenti, la nostra rivoluzione»
14. DOCTOR 33 Farmaci, Aifa: 80% dei foglietti illustrativi più chiari e leggibili
15. REPUBBLICA Intervista a Paolo Oggero - Il gatto privilegiato che in ospedale supera la fila degli esseri umani per la radiografia
16. ILSOLE24ORE.COM Legge di bilancio: i sindacati medici danno il via alla mobilitazione d'autunno

Giovedì 03 NOVEMBRE 2016

Ribociclib: una nuova concreta speranza per le donne con tumore della mammella ormono-sensibile

E' un inibitore delle chinasi 4 e 6 ciclina-dipendenti (CDK4/6), testato in associazione con il letrozolo nel MONALEESA-2, su 668 donne in post-menopausa con tumore della mammella HR-positivo/HER2-negativo, recidivato o metastatico. Ha prolungato del 44% la sopravvivenza libera da progressione di malattia (PFS), rispetto al trattamento con il solo letrozolo, lo standard di terapia attuale. Lo studio è pubblicato sul [New England Journal of Medicine](#).

L'acronimo è un chiaro omaggio al genio di Leonardo e alle donne. Ma il trial MONALEESA-2 (Mammary Oncology Assessment of LEE011's (Ribociclib) Efficacy and Safety) è decisamente molto più di questo per le donne affette da un tumore della mammella ormono-responsivo in fase avanzata.

Questo studio di fase III ha coinvolto 668 donne in post-menopausa con tumore della mammella con recettori ormonali (HR-positivo), HER2-negativo recidivato o metastatico, non trattate in precedenza con terapia sistemica. L'arruolamento è avvenuto presso 223 centri in 29 Paesi (anche l'Italia vi ha preso parte). Le pazienti sono state randomizzate al trattamento con compresse di ribociclib (600 mg al giorno per 3 settimane consecutive e una di sospensione, per cicli di 28 giorni. Nel corso dello studio era consentito ridurre le dosi per far fronte agli eventi avversi) e di letrozolo (2,5 mg al dì) oppure al trattamento con letrozolo più placebo.

L'endpoint principale dello studio era la sopravvivenza senza progressione di malattia (PFS); gli endpoint secondari erano la sopravvivenza complessiva (OS), il tasso di risposta globale (ORR) e la safety. Il gruppo trattato con ribociclib + letrozolo ha presentato un PFS superiore del 44% rispetto alle pazienti trattate con solo letrozolo. A distanza di 18 mesi il tasso di PFS era del 63% nel gruppo ribociclib contro il 42,2% del gruppo di controllo, mentre la ORR era rispettivamente del 52,7% e del 37,1%.

Lo scotto più pesante da pagare è stato quello della mielosoppressione; il tasso di neutropenia ha raggiunto infatti il 59,3% nel gruppo ribociclib (contro lo 0,9% del gruppo di controllo) e quello della leucopenia il 21% (contro lo 0,6% dei controlli). Tuttavia solo il 7,5% delle pazienti ha dovuto interrompere sia ribociclib che letrozolo per la comparsa di eventi avversi. Nella maggior parte dei casi è stato possibile gestirli riducendo il dosaggio dei farmaci o interrompendone temporaneamente la somministrazione.

“Questo studio – sottolinea il primo autore, il professor Gabriel Hortobagyi del MD Anderson Cancer Center dell'Università del Texas (USA) – dimostra senza ombra di dubbio la superiorità dell'associazione ribociclib-letrozolo rispetto al solo letrozolo. Questi risultati rappresentano un proprio di principio che suggerisce un cambio di paradigma nel trattamento del tumore della mammella ormono-sensibile in fase avanzata”.

“Ritengo che i risultati di questo studio – ha commentato il professor Giuseppe Curigliano, direttore della Divisione Sviluppo di nuovi farmaci per terapie innovative presso l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano – siano molto importanti perché ora per le pazienti con tumore della mammella HR-positivo metastatico abbiamo a disposizione un nuovo farmaco, il ribociclib, un inibitore di CDK4/6 che si va ad aggiungere al palpaciclib (già approvato dall'FDA) e all'abemaciclib (ancora in sviluppo). Sarebbe auspicabile nei prossimi studi sul ribociclib, esaminare l'uso di biomarcatori tumorali per individuare meglio le pazienti con maggiori possibilità di risposta all'associazione. ”

Tre tumori della mammella su 4 esprimono recettori per gli estrogeni o per il progesterone (HR positivi); per questo tra le donne in menopausa con carcinoma della mammella in fase avanzata HR-positivo e senza espressione dei recettori per l'epidermal growth factor 2 (HER-2 negativo), lo standard di terapia attuale

prevede la somministrazione di inibitori delle aromatasi in prima linea di trattamento. Purtroppo, la maggior parte delle pazienti sviluppa prima o poi resistenza al trattamento ormonale e questo richiede il passaggio a terapie anti-ormonali alternative.

Per questo motivo, sono in corso diverse linee di ricerca volte a scoprire nuove molecole in grado di prolungare o di ripristinare la risposta alle terapie ormonali.

Molto interessante al riguardo è la nuova classe degli inibitori delle chinasi 4 e 6 ciclina-dipendenti (CDK4/6). Le CDK4/6 formano un complesso con la ciclina D1 (un target trascrizionale diretto della via di segnale estrogeno-recettore), regolando in questo modo il ciclo cellulare.

I tumori HR-positivi spesso presentano iper-espressione di CDK4/6 e un'amplificazione del gene CCND1 che codifica per la ciclina D1, due elementi che rivestono un ruolo chiave nella resistenza alla terapia ormonale.

Per questo, l'inibizione di CDK4/6 rappresenta un'importante strategia terapeutica nei tumori della mammella HR-positivi in fase avanzata sia in prima linea, che nelle forme che hanno mostrato progressione durante terapia ormonale.

Il ribociclib è un inibitore del CDK4/6 in formulazione orale, capace di bloccare la progressione del ciclo cellulare nella fase G1, esercitando così la sua azione anti-tumorale.

Maria Rita Montebelli

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

Salute, in Texas nascerà centro adroterapia per cura dei tumori

Infn porterà in Usa esperienza maturata su acceleratori particelle



Roma, 3 nov. (askanews) - Sorgerà a Dallas, in Texas, uno dei primi centri statunitensi per la cura del cancro con adroterapia e verrà costruito con il contributo scientifico dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare che oggi ha firmato un accordo con il policlinico dell'Università del Texas (University of Texas Southwestern Medical centre - UTSW). Il documento è stato sottoscritto da Fernando Ferroni, presidente dell'Infn e Hak Choy, responsabile della Direzione di radio-oncologia dell'UTSW, a margine del congresso internazionale sulla terapia con ioni pesanti in corso a Milano (International Symposium on Ion Therapy-ISIT).

Il centro di Dallas - si legge in una nota Infn - sarà un esempio di cooperazione scientifica internazionale per l'applicazione di una tecnologia nata dalla fisica di base e rivelatasi cruciale in medicina: gli acceleratori di particelle. Ad oggi, nel mondo, ci sono in totale 10 acceleratori impiegati nel trattamento dei tumori con adroterapia con ioni pesanti: 5 in Giappone, 2 in Cina e 3 in Europa, di cui uno è il Cnao di Pavia. Il Cnao sta lavorando da mesi in stretta collaborazione con l'Università del Texas, per fornire assistenza al coordinamento delle attività durante tutta la fase di realizzazione del centro, in particolare in merito al calcolo delle schermature di radioprotezione e all'ottimizzazione dell'alta tecnologia. Inoltre l'università di Dallas svolgerà presso il Cnao attività di ricerca in radiobiologia e verranno svolti test con fasci di ioni carbonio nell'attesa che il centro statunitense sia operativo.

Nel dettaglio l'accordo di collaborazione siglato con Infn prevede lo sviluppo di studi, analisi e attività di training nell'ambito della terapia con ioni pesanti, attività strutturali per l'operatività del futuro

centro in Texas. L'accordo nasce dall'esperienza e dalle competenze maturate nell'ultimo decennio dall'Infn con collaborazioni interdisciplinari che hanno portato alla nascita del progetto Catana, ai Laboratori Nazionali del Sud, per la cura del melanoma oculare attivo dal 2002, alla progettazione e realizzazione del sincrotrone fulcro dell'attività della Fondazione Cnao di Pavia e alla recente realizzazione del nuovo centro di protonterapia di Trento che ha visto la collaborazione del Tifpa dell'Infn.

"L'adroterapia oncologica - dichiara Fernando Ferroni, presidente Infn - rappresenta uno dei migliori esempi di come la scienza fondamentale sia in questo senso a disposizione della società. Come Infn siamo quindi molto soddisfatti di questo accordo, che ci offre l'opportunità di contribuire con la nostra esperienza alla formazione di nuovi professionisti del settore e alla realizzazione di un nuovo importante centro di adroterapia negli Stati Uniti". "La capacità imprenditoriale e creativa del Cnao, che si avvale di una rete di collaborazioni nazionali e internazionali, pone il Centro in una posizione di avanguardia mondiale nel settore della radioterapia di precisione tanto da farlo diventare riferimento per la costruzione di progetti gemelli all'estero. Il primo esempio in tal senso è rappresentato dal centro austriaco MedAustron che ha acquistato i progetti Cnao per la costruzione di un centro vicino a Vienna" spiega Erminio Borloni, presidente del Cnao. "L'adroterapia si sta dimostrando una scelta terapeutica efficace e con ottimi risultati, soprattutto nel caso di tumori su cui non si può intervenire chirurgicamente o difficilmente trattabili con altre tecniche", commenta Marco Durante, direttore del Tifpa e uno dei massimi esperti di adroterapia. "In particolare, i protoni rappresentano un miglioramento tecnologico, ma gli ioni carbonio possono essere una svolta per il trattamento dei tumori radioresistenti" conclude Durante.

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

LO STUDIO

Perché la radioattività fa male

Le radiazioni, in dosi alte, possono danneggiare il DNA causando vari tipi di tumori. Ma in che modo? Un nuovo studio lo svela per la prima volta, aprendo la strada a cure più mirate

Paolo Gangemi

È vero che le radiazioni fanno male? E se sì, perché? La risposta alla prima domanda è “dipende”, mentre alla seconda domanda ha risposto un nuovo **studio** pubblicato su *Nature Communications* da un gruppo di scienziati guidati da Sam Behjati e Gunes Gundem del Wellcome Trust Sanger Institute americano.

Le radiazioni sono il modo in cui l'energia si propaga nello spazio e non sono tutte dannose: sono innocue per esempio le radiazioni elettromagnetiche come la luce visibile, le microonde, le onde radio, eccetera. Le radiazioni sono pericolose per la salute se l'energia che possiedono è sufficientemente alta da causare alterazioni a livello atomico: in questo caso sono chiamate ionizzanti. Un materiale radioattivo (che cioè emette radiazioni) è nocivo se le radiazioni che emette sono ionizzanti.

Le radiazioni ionizzanti possono danneggiare il DNA e questo effetto può a sua volta causare l'insorgenza di tumori. Finora però non si sapeva esattamente cosa succedesse esattamente a livello molecolare: il nuovo studio individua per la prima volta il danno causato al DNA dalle radiazioni ionizzanti.

I ricercatori sono partiti dai dati di fatto noti sulla genesi dei tumori: in generale, i danni al DNA lasciano una specie di “impronta” nel genoma delle cellule colpite. La nuova ricerca ha evidenziato alcuni tipi di impronte che contraddistinguono solo i tumori causati dalle radiazioni. La scoperta potrà aiutare la ricerca di cure mirate a seconda dei vari tipi di tumore: un'opportunità che potrebbe migliorare le chance di guarigione.

I ricercatori hanno esaminato 12 pazienti con tumori che con tutta probabilità erano stati causati dall'esposizione a dosi significative di radiazioni ionizzanti. I tumori erano di quattro tipi diversi: osteosarcoma, sarcoma a cellule fusiformi, angiosarcoma e cancro al seno. Le impronte di questi tumori sono state paragonate a quelle di 319 tumori di pazienti che non erano stati esposti a radiazioni ionizzanti (in questo caso si trattava di tumori al seno e osteosarcomi).

Il risultato è stato molto chiaro: due tipi di impronte erano comuni a tutti i tumori causati dalle radiazioni ma non agli altri. La prima di queste due impronte consiste nel "taglio" di alcune porzioni del DNA. Nella seconda invece il DNA viene spezzato in tre parti, la parte centrale ruota e si salda di nuovo alle altre due ma orientata in direzione opposta.

Per avere una conferma delle loro conclusioni, gli scienziati hanno esaminato 10 pazienti con cancro alla prostata: anche in questi casi le due impronte risultavano legate all'esposizione alle radiazioni ionizzanti. Secondo Behjati è probabile che le radiazioni causino anche altri tipi di danni al DNA, ma questa è la prima "fotografia" delle loro impronte caratteristiche.

Ovviamente l'esposizione alle radiazioni non implica sempre l'insorgere di un cancro: il rischio è probabilistico, e dipende dalla dose di radiazioni assorbite. Quando cioè le dosi sono basse, il danno biologico compare solo in alcuni casi, più o meno frequenti a seconda della dose.

Le radiazioni in dosi basse fanno parte della vita di tutti: sia quelle di origine artificiale, come nelle radiografie, sia quelle di origine naturale, provenienti da elementi diffusi sulla Terra come il radon e dai raggi cosmici, particolarmente pericolosi per gli astronauti.

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

IL COMMENTO DI PAOLO VERONESI

«La ricostruzione del seno dopo un tumore è un diritto, non un obbligo»

I rischi di infezione o rigetto delle protesi in centri specializzati sono molto bassi. Sempre più donne, specie giovani, scelgono l'intervento seguito da ricostruzione

di Vera Martinella



«Occorre che ogni donna faccia la scelta che ritiene più opportuna, dopo essere stata correttamente informata dai medici di riferimento, perché ogni donna è un universo a sé e non esistono regole valide per tutte». Così Paolo Veronesi, direttore della Senologia Chirurgica all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano e presidente della Fondazione Umberto Veronesi, commenta l'articolo dedicato dal New York Times al movimento «go flat» (resta piatta) che invoca il diritto delle pazienti operate di carcinoma mammario a non eseguire la ricostruzione plastica dopo l'asportazione di uno o entrambi i seni. Nel 2015 48mila italiane hanno dovuto fare i conti con una diagnosi di tumore al seno. Eliminare la malattia resta l'obiettivo primario, per loro e per i medici, ma oggi le pazienti sono più informate e partecipano alle decisioni sul tipo di trattamento. E, stando a un recente studio pubblicato sulla rivista scientifica *Annals of Surgical Oncology*, quando devono decidere a che tipo d'intervento sottoporsi per rimuovere il tumore (fra quelli indicati nel loro caso) ascoltano prima di tutto sé stesse, poi il partner o il medico.

Sempre più donne scelgono l'intervento e la ricostruzione

«La ricostruzione del seno - continua Veronesi - è parte integrante del trattamento “conservativo” del carcinoma mammario, un percorso iniziato quarant'anni fa grazie alla conservazione del seno, e che oggi possiamo intendere più ampiamente come “conservazione dell'immagine e della capacità funzionale” della donna. In questa direzione sono nate tecniche chirurgiche sempre più conservative che risparmiano i linfonodi ascellari e che, nel caso di mastectomia, permettono la ricostruzione immediata preservando spesso anche il complesso areola capezzolo». Soprattutto negli Stati Uniti è però in crescita il numero di

donne, specie giovani, che pur potendo sottoporsi a un “semplice” intervento conservativo per asportare il tumore, decidono di affrontare l’asportazione di uno o persino entrambi i seni. Lo testimoniano i numeri riportati da uno studio comparso sulla rivista *JAMA Surgery* relativi oltre un milione e duecentomila pazienti: anche di fronte a un carcinoma di piccole dimensioni, localizzato e con linfonodi negativi, sale il numero di candidate a un intervento conservativo (che consentirebbe di asportare il tumore, preservando gran parte della ghiandola mammaria) che invece prediligono la mastectomia, ma è anche triplicato il numero delle ricostruzioni.

La ricostruzione è un diritto, non un obbligo

Uno dei motivi è sicuramente il progresso fatto nelle tecniche di ricostruzione, che oggi sono molto più evolute rispetto al passato: quasi sempre è possibile a salvare completamente l’aspetto esteriore della mammella, conservando la pelle e il capezzolo e ricostruendo immediatamente la ghiandola con una protesi al silicone. In termini estetici il risultato può essere anche migliore di un intervento conservativo e finisce per far pendere l’ago della bilancia verso una chirurgia più estesa. «Naturalmente la ricostruzione del seno deve essere offerta di routine a tutte le pazienti ma non deve essere un obbligo - dice Veronesi -. Alcune donne preferiscono fare a meno delle protesi e non per questo sono meno “donne». In Italia, secondo dati recenti, la ricostruzione immediata del seno (contestuale all’asportazione della neoplasia) riguarda solo un terzo delle pazienti operate, ma l’intervento di ricostruzione può essere fatto in qualunque momento, anche dopo anni.

Rischi di infezione o rigetto delle protesi molto bassi

Le donne del movimento «go flat», nel rivendicare la loro scelta, sottolineano anche che l’intervento di ricostruzione plastica non è scevro da rischi. «I rischi legati alla ricostruzione, come le infezioni, sono oggi molto bassi, inferiori al 1,5 per cento nella nostra casistica - conclude Veronesi -. Quindi non è il pericolo legato all’operazione ricostruttiva che deve essere motivo di una scelta o di una rinuncia. Questo naturalmente se l’intervento è effettuato presso un centro specializzato. Anche il rischio di contrattura capsulare severa (il cosiddetto “rigetto”) è molto basso, intorno all’otto per cento, ed è comunque correggibile con un secondo intervento». La ricerca sul tumore al seno ha cambiato la vita di migliaia di donne. Negli ultimi 20 anni le guarigioni sono raddoppiate e per quella che resta tuttora la forma di cancro più diffusa fra le italiane, il futuro fa ben sperare: a dei 5 anni dalla diagnosi è vivo l’87 per cento delle pazienti e se la malattia viene identificata nelle fasi iniziali, la sopravvivenza può arrivare al 98 per cento.

<http://salute.ilmessaggero.it/>

Primo italiano malato di tumore che corre la maratona di New York



«Ci tengo a dire che correrò con il sorriso. Quel giorno, domenica 6 novembre, sarò lì a prendere per mano il cancro, lo porterò con me per oltre 42 km e voglio proprio vedere se riuscirà a starmi dietro...». Leonardo Cenci sarà il primo italiano al mondo a prendere parte ad una maratona con un cancro in atto.

Perugino di 43 anni Leonardo sognava di correre la maratona di New York già nel 2012 ma 4 anni fa gli fu diagnosticato un tumore incurabile ai polmoni. Progetti solo rimandati. A salvarlo è stata la sua passione per lo sport e da allora ha fatto di tutto per reagire, le sue condizioni sono via via migliorate e il 6 novembre correrà nella Grande Mela anche per mandare un messaggio a tutti: «Dimostrerò che non bisogna aver paura del cancro, ma le capacità di adattarsi e combatterlo. La malattia mi è caduta addosso, io non mi sono fatto spaventare: ho sempre fatto sport, ho sempre avuto la mentalità sportiva».

Con un cancro al quarto stadio, metastasi cerebrali e ossee, incurabile e inoperabile, Leonardo non si sente comunque sconfitto. Anzi. «Se non avessi avuto questa mentalità avrebbe prevalso il cancro - aggiunge - Sono orgoglioso di rappresentare l'Italia in una spedizione che, con ogni probabilità, regalerà anche un record. Conto di arrivare in meno di cinque ore e 32' e di battere l'unico malato di cancro che corse la Maratona di New York prima di me. Il fondatore della corsa Fred Lebow».

Oltre all'obiettivo sportivo, anche quello di comunicare a tutti il messaggio che attraverso una sana alimentazione lo sport e i corretti stili di vita, si può combattere il cancro e al tempo stesso dare certezze a chi è malato. Per dare supporto a questa mission, con il sostegno di Coni e dell'associazione "Avanti Tutta" Leonardo ha anche ideato gli "Oncology Games" finanziati con circa 400mila euro dall'Unione Europea.



UN PUNTO DI INCONTRO TRA STORIE MOLTO DIVERSE, MA ESEMPLARE DI CHE COSA SIGNIFICHI PRATICARE LA RICERCA DI BASE CON CURA, PERSEVERANZA E INTELLIGENZA. QUESTO, ANCHE, È CIÒ CHE POTREBBERO PRESTO RAPPRESENTARE LE POLIMIXINE, ANTIBIOTICI NOTI E UTILIZZATI DA ANNI, EFFICACI CONTRO I BATTERI (TRANNE CHE NELLE SPECIE SUPER-RESISTENTI), MA RIVISITATI IN CHIAVE ANTITUMORALE. NUOVI STUDI NE HANNO INFATTI MESSO IN LUCE LE PROPRIETÀ EPIGENETICHE, CIOÈ LA CAPACITÀ DI INTERVENIRE NON SULLA STRUTTURA DEL DNA MA SU ALCUNI DEI PASSAGGI CHE NE REGOLANO IL FUNZIONAMENTO. QUESTO LE HA SUBITO CANDIDATE A ESSERE UTILIZZATE IN UNO DEGLI APPROCCI TERAPEUTICI PIÙ NUOVI CONTRO IL CANCRO. SPIEGA ANDREA MATTEVI, DEL DIPARTIMENTO DI BIOLOGIA E BIOTECNOLOGIE DELL'UNIVERSITÀ DI PAVIA, COORDINATORE DI UNO STUDIO FINANZIATO DA AIRC E PUBBLICATO SU *SCIENCE ADVANCES*: «DA ALCUNI ANNI È NOTO CHE ESISTONO PASSAGGI GENETICI COINVOLTI

NELLA DUPLICAZIONE DELLA CELLULA TUMORALE CHE NON CHIAMANO IN CAUSA DIRETTAMENTE IL DNA, CHIAMATI EPIGENETICI. SONO FONDAMENTALI E NON A CASO ESISTONO GIÀ MOLECOLE IN USO E ALTRE ALLO STUDIO PROGETTATE PER COLPIRE PROPRIO QUESTI MECCANISMI DELLA PROLIFERAZIONE. STUDIANDO ALCUNE FAMIGLIE DI ANTIBIOTICI, ABBIAMO VISTO CHE ANCH'ESSE, CON UN TIPO DI AZIONE DIVERSA DA QUELLA MESSA IN CAMPO CONTRO I BATTERI, INTERFERISCONO CON ALCUNI DI QUESTI FENOMENI, IN PARTICOLARE BLOCCANDO UN ENZIMA CHIAMATO ISTONE DEMETILASI LSD1, ESSENZIALE PER LA DUPLICAZIONE. PER QUESTO ABBIAMO PENSATO CHE POTESSE ENTRARE A PIENO TITOLO TRA LE MOLECOLE MERITEVOLI DI APPROFONDIMENTI». TRE DI QUESTE SOSTANZE SONO GIÀ IN FASE DI SPERIMENTAZIONE CLINICA, ALTRE SONO ANCORA NELLE PRIME FASI DI STUDIO. SE ANCHE UNA SOLA SI RIVELASSE EFFICACE, I VANTAGGI SAREBBERO IMMEDIATI. ANCORA MATTEVI: «MENTRE I NUOVI FARMACI RICHIEDONO ANNI DI RICERCHE, E SONO SPESSO MOLTO COSTOSI, DI QUESTI SI SA QUASI TUTTO, SE NE CONOSCONO DOSAGGI, EFFETTI COLLATERALI E COSÌ VIA. SE CI FOSSE PROVE CONVINCENTI DI UNA LORO ATTIVITÀ ANTITUMORALE, POTREBBERO ESSERE INTRODOTTI SUBITO IN CLINICA. E A COSTI MOLTO RAGIONEVOLI». (AGNESE CODIGNOLA)

LA CITTÀ DELLA SALUTE**Un test genetico
per prevenire
il tumore all'ovaio**

LA GENETICA è la nuova frontiera della cura del tumore all'ovaio. La malattia, infatti ha una componente genetica ormai conosciuta, la stessa che ha portato l'attrice Angelina Jolie a farsi asportare le tube per ridurre il rischio. "Se è vero che questa predisposizione genetica è una notizia negativa per le donne che si ammalano, è anche vero che chi ha questa stigmata reagisce con un farmaco scoperto di recente che negli altri casi non funziona", spiega Paolo Zola, responsabile del coordinamento del gruppo di ginecologia oncologica della Città della Salute. Solo dieci donne affette da tumore su 100 presentano questa modificazione. Per loro la rete oncologica di Piemonte e Valle d'Aosta ha messo a punto un protocollo e ha individuato nel laboratorio della professoressa Barbara Pardini, alla Città della Salute, la struttura per eseguire i test genetici sulle pazienti. (c.r.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Home . Salute . Medicina . **Calo vaccinazioni, l'allarme dell'Istituto di Sanità: "Ci aspettiamo primi casi di polio e difterite in Italia"**

Calo vaccinazioni, l'allarme dell'Istituto di Sanità: "Ci aspettiamo primi casi di polio e difterite in Italia"

MEDICINA

[Tweet](#)


Foto di repertorio (Fotogramma)

Pubblicato il: 03/11/2016 13:15

"Ci aspettiamo, anche in Italia, i primi casi di poliomielite e difterite, dovuti al calo delle vaccinazioni". Ad affermarlo il presidente dell'Istituto superiore di Sanità, **Walter Ricciardi**, intervenuto oggi all'incontro 'Perché

vaccinarsi: il ruolo dei media per una cultura della prevenzione', organizzato nella sede del ministero della Salute, a Roma, dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici e degli odontoiatri (Fnomceo).

"I batteri circolano - ha spiegato Ricciardi - ed essendoci migliaia di bambini non protetti contro poliomielite, difterite, tetano, morbillo, parotite, rosolia è ovvio che ci saranno, oltre ai casi che noi

normalmente conosciamo, nuove infezioni. **La poliomielite, eradicata in Italia, è presente al di là dell'Adriatico.** Con la circolazione di persone e la scarsa copertura vaccinale il pericolo è evidente. Anche perché non c'è più l'effetto gregge (la protezione dovuta al fatto che il microrganismo non riesce a infettare molte persone perché vaccinate, ndr), che si ottiene con una copertura vaccinale almeno del 95%. E per la poliomielite siamo a una copertura del 93,4%, esattamente in una condizione di insicurezza".

Per quanto riguarda la difterite, che può avere complicazioni gravi, nel corso del suo intervento Ricciardi ha spiegato che **"c'è stato già un caso di nodulo difterico a Bologna", segno della circolazione del batterio.**

Ricciardi, inoltre, ha ribattuto alle 'accuse' mosse dagli antivaccinisti opponendo dati e spiegazioni scientifiche. Ha ricordato, per esempio, la genesi del 'mito' che lega il vaccino trivalente e l'autismo, spiegando nel dettaglio come sia stato ampiamente smentito lo studio, poi risultato falso, che aveva avanzato l'ipotesi. All'appuntamento di oggi, a dimostrazione del clima 'caldo' dell'attuale dibattito sui vaccini, non sono mancate le polemiche. Alcune persone hanno distribuito fuori dal ministero della Salute densissimi 'volantini', intestati a un 'Comitato per i vaccini Covasi', dedicati ai "presunti rapporti del professor Ricciardi, gli autori del nuovo piano vaccinale 2016 -2018 e le case farmaceutiche".

Piccolo battibecco anche in sala, durante la conferenza, tra il presidente del Codacons Carlo Rienzi, che nei giorni scorsi aveva denunciato Ricciardi per procurato allarme, e il giornalista che moderava l'incontro, che ha chiesto con decisione a Rienzi, mentre tentava di intervenire, di non interrompere i relatori, invitandolo a uscire. Rienzi, in un comunicato, ha poi annunciato che "denuncerà infatti oggi stesso il giornalista Gerardo D'Amico all'Ordine del Lazio e alla Procura della repubblica di Roma, per violazione del codice deontologico e per violenza privata, chiedendo una sanzione esemplare nei suoi confronti". Mentre all'Autorità anti-corruzione, il Codacons ha inviato "un esposto-dossier relativo a possibili conflitti di interesse tra medici e aziende farmaceutiche produttrici di vaccini".

Tg Adnkronos, 3 novembre 2016

Cerca nel sito



Notizie Più Cliccate

1. Lite a Pomeriggio 5, scintille tra Barbara D'Urso e Antonella Mosetti /Video
2. Drama a Genova, poliziotto uccide moglie e due figlie e si suicida
3. Checco Zalone e il terremoto: "Sono scappato in pigiama con figlia e portafoglio" /Video
4. Sospetti le 'corni'? Arriva il kit per scoprirlo in 5 minuti
5. "Ti ammazzo", ecco cosa si rischia a dirlo

Video



La furia e la paura, gli attimi della scossa in una casa di Tolentino



Il primo bagnetto della 'baby' rinoceronte



La Fiat 124 Spider spegne 50 'candeline'



segui **quotidianosanità.it**[Tweet](#) stampa

Vaccini. Lorenzin: “Faremo un piano di comunicazione ad hoc per spiegarne l'importanza ai genitori”

Lo ha annunciato oggi il ministro della Salute nel question time. “Quanto alla comunicazione, evidenzio che il nuovo piano fornisce anche validi ausili agli operatori sanitari, invitandoli a non considerare, come fatto fino ad oggi, soltanto le malattie evitate dalle vaccinazioni e il relativo costo-efficacia, ma anche quanto costano in termini di salute e di risorse i casi di malattia che si potrebbero efficacemente prevenire con le vaccinazioni”.



03 NOV - Question time sull'importanza di una campagna d'informazione delle vaccinazioni e circa l'introduzione di ulteriori obblighi vaccinali oggi per il Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**.

L'interrogazione ([vedi testo](#)) è stata presentata dall'onorevole **Ignazio Abrignani** (SCCI-MAIE)

Ecco la risposta del Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**. Grazie, onorevole Abrignani, per aver sollevato questo tema, che mi sta particolarmente a cuore. Vaccinare vuole dire investire sul benessere soprattutto dei giovani e proteggere le persone più fragili. La vaccinazione è l'arma numero uno che noi

abbiamo nella prevenzione contro malattie che non ci sono più solo perché la popolazione è vaccinata, e questo dobbiamo ricordarcelo. Attualmente in Italia sono offerti gratuitamente quattro vaccini obbligatori, difterite, poliomielite, tetano, epatite virale B, e diversi vaccini raccomandati, pertosse, infezioni da Haemophilus Influenza b, pneumococco, morbillo, parotite, rosolia, meningococco C, HPV.

Il nuovo piano nazionale di prevenzione vaccinale 2016-2018 prevede la somministrazione gratuita dei vaccini contro il meningococco B, la varicella, il rotavirus e l'epatite A, nonché contro il papilloma virus nei maschi e contro il pneumococco, l'herpes zoster e l'influenza agli anziani. Tale offerta gratuita di nuovi vaccini rappresenta, peraltro, un'opportunità per i bambini di genitori non abbienti, attualmente non in grado di vaccinare i propri figli contro alcune pericolose malattie infettive a causa dell'elevato costo dei vaccini, che spesso necessitano della somministrazione di più dosi.

Ed è proprio per fare in modo che queste ulteriori vaccinazioni gratuite possano essere erogate il prima possibile in Italia che abbiamo fortemente voluto l'istituzione nella legge di bilancio 2017 di un apposito

fondo strutturale che rimborserà alle regioni la spesa per l'acquisto dei vaccini ricompresi nel nuovo piano vaccinale. Tale fondo è finanziato con 100 milioni di euro per l'anno 2017, 127 milioni di euro per l'anno 2018 e con 186 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019, in quanto è prevista una gradualità nel raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale.

Peraltro, le risorse aggiuntive stanziare per i nuovi vaccini che già erano state previste all'interno dei nuovi livelli essenziali di assistenza che saranno presto all'esame di quest'Aula permettono di liberare una parte di risorse importanti, che proprio ricadranno ancora per l'effettuazione di nuove prestazioni nell'ambito delle autonomie regionali. Quanto alla comunicazione, evidenzio che il nuovo piano fornisce validi ausili agli operatori sanitari, invitandoli a non considerare, come fatto fino ad oggi, soltanto le malattie evitate dalle vaccinazioni e il relativo costo-efficacia, ma anche quanto costano in termini di salute e di risorse i casi di malattia che si potrebbero efficacemente prevenire con le vaccinazioni.

Non solo, è previsto proprio un piano di comunicazione che le regioni devono effettuare nei confronti dei genitori, spiegare che cos'è l'effetto gregge, accompagnare quindi il genitore rispetto a una scelta delicata, ma importantissima, per la salute dei propri figli e di formazione nei confronti degli operatori sanitari con la partecipazione e il coinvolgimento degli ordini professionali e delle società scientifiche. Proprio, tra l'altro, in quest'ottica, lo stesso piano prevede anche varie opzioni di proposte anche rispetto a delle sperimentazioni che stanno avvenendo in alcune regioni italiane, che, ovviamente, però, per la loro natura stessa, possono essere sottoposte e dovranno essere sottoposte al vaglio del Parlamento. Insomma, il tema delle vaccinazioni è centrale nell'agenda sanitaria e credo che debba esserlo sempre di più anche nel dibattito pubblico.

L'onorevole Abrignani si è dichiarato “pienamente soddisfatto della risposta.”

03 novembre 2016

© Riproduzione riservata

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

“La quarta riforma”. Il nuovo libro di Ivan Cavicchi
tutti gli speciali

iPiùLetti (ultimi 7 giorni)

- 1 Allarme clorexidina. Il diffusissimo disinfettante (usato anche in ospedale) potrebbe indurre resistenza agli antibiotici
- 2 Ambulanze con solo infermieri. Ecco perché sono stati sospesi i 9 medici che avevano dato le istruzioni operative al personale infermieristico. Le motivazioni dell'Ordine di Bologna: “Hanno avallato principi contrari a Codice deontologico”
- 3 I caposala e il riconoscimento del ruolo
- 4 Si può licenziare un lavoratore dopo la malattia?
- 5 Manovra. Il ddl trasmesso al Quirinale. Le ultime novità per la sanità. **Ecco il testo “bollinato” della legge di Bilancio 2017**
- 6 Ecm e congressi deducibili al 100% per

Il colpo di genio arriva a sessant'anni

Non è vero che i giovani fanno le ricerche migliori. Lo dice uno studio su 10 mila scienziati

di **Anna Meldolesi**

L'età non conta. Almeno nella scienza. Lo dice la rivista «Science» che si basa su uno studio effettuato su 10 mila scienziati. Sfatato il mito che le maggiori scoperte siano opere di giovani ricercatori. Secondo l'autrice, italiana, della ricerca a contare sono talento e fortuna: «Per chi insiste c'è sempre speranza». Il successo può arrivare anche a sessant'anni e oltre, magari alle soglie della pensione.

a pagina 27

Lampi di genio a sessant'anni

Su «Science» sfatato il mito che le maggiori scoperte in campo scientifico siano opera di ricercatori giovani
L'autrice (italiana) dell'indagine:
«Non conta l'età, ma talento e fortuna»

di **Anna Meldolesi**

Albert Einstein ha rivoluzionato la fisica a 26 anni. James Watson ne aveva uno di meno quando ha contribuito a scoprire la doppia elica del dna. Persino il cinema ci ha abituato a credere che il picco della creatività coincida fatalmente con la giovinezza. Ma il successo può baciare gli scienziati anche quando hanno ormai i capelli bianchi. A sessant'anni e oltre, magari alle soglie della pensione. A dimostrarlo è uno studio che viene pubblicato oggi su «Science»: non è vero che un ricercatore che tarda a fare la sua grande scoperta sia destinato a non emergere mai.

«Per chi continua a provarci c'è sempre speranza», dice al *Corriere della Sera* la prima firmataria del lavoro, Roberta Sinatra. Laureata in fisica a Catania, Sinatra insegna scienze delle reti a Budapest, mentre a Boston collabora, tra gli altri, con il guru della complessità Albert-László Barabási. Lei e i suoi colleghi hanno analizzato la carriera di oltre duecentomila scienziati dalla fine dell'Ottocento a oggi. Poi li hanno ridotti a diecimila, tenendo soltanto quelli che avevano almeno vent'anni di lavoro all'attivo.

Hanno utilizzato database differenti, spaziando dalla fisica all'ecologia, dall'economia alle neuroscienze. In questo modo hanno potuto osservare l'evoluzione della produttività degli autori nell'arco della vita, soffermandosi in particolare sul *timing* dei lavori a maggiore impatto. Il successo di un articolo scientifico, infatti, può essere misurato in modo piuttosto semplice, contando le citazioni che riceve da parte degli altri scienziati in tutto il mondo.

Con questi dati in mano hanno scoperto che se i giovani

hanno scoperto che se i giovani



ni tendono a oscurare i ricercatori maturi è perché mediamente sono più produttivi, non più geniali come ci piace pensare. «Chi pubblica di più ha maggiori chance, come chi compra più biglietti della lotteria», spiega Sinatra.

L'eureka con la «e» maiuscola può bussare alla porta di scienziati già esperti, nel bel mezzo della carriera. Ma anche i debuttanti possono fare bingo, come il fisico Frank Wilczek che si è meritato il Nobel con la sua prima pubblicazione scientifica. Oppure può andare in scena un gran finale. Lo sa bene il chimico John Fenn che è stato onorato dall'Accademia di Stoccolma per un lavoro uscito quando, per motivi anagrafici, era già stato costretto ad andare in pensione. A parità di sforzi la tempi-

stica è casuale, non sembra esserci una stagione della vita più adatta alla scienza.

Ma lo studio di «Science» individua un altro parametro che conta per la buona riuscita di una carriera scientifica e potrebbe aiutare a identificare i ricercatori più promettenti. È il fattore Q_p , che indica il talento, unito alla persistenza e alla fortuna, compresa la capacità di cogliere al volo le occasioni.

Forse se si tenesse conto di queste dinamiche, che sono più complesse di un semplice numero, per giudicare il merito dei candidati a un posto o per decidere l'allocazione delle risorse, si raggiungerebbero risultati migliori, ragionano i ricercatori. Ma il messaggio principale è che non è mai il caso di scoraggiarsi e molla-

re.ù

Molte scoperte sono frutto di uno strano mix in cui l'intelligenza è alleata con il caso, e a cui talvolta viene dato il nome di serendipità. Basta pensare alla penicillina di Alexander Fleming o alla radioattività di Marie Curie, ma anche all'invenzione del teflon e persino alla dinamite. In fondo lo diceva anche Pasteur, la fortuna favorisce la mente preparata.

«Se le donne nella scienza sono sottorappresentate, probabilmente, è perché il successo non è influenzato solo dalle abilità ma anche da opportunità e pregiudizi», nota Roberta Sinatra. Lei, con un lavoro firmato a trentatré anni su «Science», può considerarsi molto brava e anche un po' fortunata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La ricerca



● Lo studio sulle carriere degli scienziati viene pubblicato oggi dalla rivista «Science»

● Prima firmataria della ricerca è la fisica italiana Roberta Sinatra (nella foto)

Tardivi



John Fenn

Il chimico scomparso nel 2010 vinse il premio Nobel nel 2002 per studi fatti a fine carriera, da ultrasettantenne



Max Planck

Il fisico tedesco, iniziatore della fisica quantistica, elaborò la teoria dei quanti nel 1901: aveva 43 anni



Alexander Fleming

Quando isolò la penicillina, nel 1928, aveva già 47 anni: la scoperta gli valse il Nobel, che arrivò nel 1945

Precoci



Frank Wilczek

Classe 1951, ha vinto il Nobel nel 2004 per il suo primo studio (sopra, nel 1973, anno della pubblicazione)



Marie Curie

La scienziata franco-polacca aveva 31 anni quando scoprì il polonio e il radio insieme al marito Pierre



Scoperto il gene che fa ingrassare La svolta nelle cure anti obesità

Lo scienziato italiano Paolo Piaggi del «National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases» ha trovato un gene nei muscoli (il «THNSL2») che se è attivo, rallenta il metabolismo e rende più difficile dimagrire. La scoperta individua un fattore genetico che può divenire bersaglio di nuove cure contro l'obesità.



Parla il primario del Centro nazionale sul disagio adolescenziale

UBRIACHI GIÀ DA PICCOLI

L'Italia ha il record dei bevitori pre-adolescenti Ecco come riconoscere il problema. E risolverlo

■ ■ ■ NOEMI AZZURRA BARBUTO

■ ■ ■ Compleanni, anniversari, lauree, ricorrenze varie, gli italiani trovano sempre un motivo per festeggiare. E per bere. Il culto del buon cibo si accompagna a quello per il buon vino. Un'abitudine per certi versi sana secondo i nutrizionisti, che consigliano di accompagnare il pasto a un bicchierino di rosso, ricco di benefiche sostanze nutritive e antiossidanti, ma nociva quando il consumo di alcol viene esteso ai minori. In quest'ambito, l'Italia vanta un primato europeo di cui non possiamo essere orgogliosi: quello del primo contatto con l'alcol nella pre-adolescenza, che avviene intorno agli 11 anni e 8 mesi. In particolare vino o birra, che vengono proposti al bambino, per coinvolgerlo nei festeggiamenti in famiglia, sotto forma di assaggi.

«Un'abitudine molto pericolosa, che radica nel minore la convinzione che l'alcol sia qualcosa non solo di non dannoso, ma persino di positivo, da collegare a un momento di euforia» secondo il professor Luca Bernardo, primario del reparto di pediatria presso l'Ospedale Fatebenefratelli di Milano. Da questo primo sorso alla sperimentazione della prima sbornia, di solito tra i 14 e i 16 anni, il passo è spesso troppo breve.

Tra gli adolescenti non mancano neanche gli etilisti, in genere 15enni, che hanno un consumo di alcol patologico e vengono seguiti dai servizi sanitari, pubblici e privati, presenti sul territorio. Come testimonia lo stesso Bernardo, che presso il Centro nazionale sul disagio adolescenziale del polo pediatrico ASST Fatebenefratelli Sacco, da lui diretto, accoglie e supporta i giovani in un percorso

di graduale disintossicazione e rinascita. Una vera e propria dipendenza, dannosa tanto quanto quella dalle sostanze stupefacenti, che porta il giovane ad architettare escamotage di ogni genere pur di garantirsi la possibilità di consumare fiumi di alcol dalla mattina alla sera, da solo o in compagnia, ogni giorno, in qualsiasi luogo, fino a distruggersi.

Nonostante la vendita di alcolici ai minori sia vietata, i ragazzi trovano sempre il modo di procurarseli, spesso con la complicità o il silenzio degli adulti, magari offrendo denaro a sconosciuti incontrati per strada affinché acquistino le bottiglie per loro o anche mimetizzandole all'interno di quella che al personale alla casa apparirà poi come una normale spesa per casa, tra il prosciutto, la pasta e il dentifricio. L'alcol viene conservato nelle camerette, dentro l'armadio, negli zaini, viene introdotto anche a scuola e consumato all'ora di colazione, o nell'intervallo o alla fine delle lezioni. Le ultime mode: fare a gara a chi beve di più (*binge drinking*) o consumare alcol come sostitutivo del pasto, con la convinzione che faccia dimagrire, sviluppando così gravi disturbi alimentari, come *drunkorexia* (si beve a digiuno per potenziare gli effetti dell'alcol e poi ci si provoca il vomito per espellere tutto e poi si ricomincia), *anoressia* o *bulimia*.

COCKTAIL MICIDIALI

Ma cosa spinge i minori a bere senza limiti? «Il bere toglie i freni inibitori: i ragazzi bevono per essere meno timidi, più gradevoli, divertenti, più accettati. Poco importa come ci si sentirà il giorno dopo», spiega il pri-

mario. In fondo, si tratta sempre di questo: del bisogno, insito in ognuno di noi, di sentirsi amati, accettati dagli altri. Risulta però incomprensibile che lo si cerchi di soddisfare a costo della propria stessa vita. Sì, perché di alcol si muore. Ogni giorno. Stesi sull'asfalto in seguito a gravi incidenti stradali o a causa di micidiali cocktail di superalcolici e droghe di vario tipo - cannabis, cocaina, droghe sintetiche - che un organismo ancora in evoluzione non è in grado di reggere. «Negli ospedali di tutta Italia ogni sabato e ogni domenica arrivano al pronto soccorso minori in coma etilico o per intossicazione alcolica acuta - conferma Bernardo - ma il fatto più grave è che i genitori, che vengono a prenderli per riportarli a casa, li giustificano, classificando il loro comportamento come una semplice ragazzata».

Forse non c'è il tempo, oppure manca la voglia, di fermarsi un attimo e parlare con il proprio figlio. O forse è una mancanza di abitudine. Ne è convinto il primario, secondo il quale oggi i giovani sono sempre più soli e spesso si avvicinano all'alcol proprio per solitudine o per noia, o per sedare delle ansie o dimenticare le frustrazioni che vivono nell'ambiente familiare. «Non si sta più insieme. Il lavoro è spesso una scusa. Se non ci si può vedere all'ora di pranzo, almeno la sera andrebbe ripristinata la consuetudine virtuosa di cenare insieme seduti a uno stesso tavolo e non, come spesso accade, uno sul divano, un altro in cucina, un altro in piedi». È la mancanza di ascolto a far ammalare i giovani, di alcolismo o di disturbi alimentari o di tossicodipendenza. E la medicina migliore è l'amore. Non un amore ecces-



sivo, soffocante, invadente, insidioso tanto quanto l'indifferenza. Bensì quello che porta il genitore a chiedere al figlio: «Come ti senti?», e non solo «come è andato il compito?», mettendo al centro di tutto le sue emozioni. «È importante che il genitore sia un modello per il ragazzo e non un amico alla pari, il cosiddetto "genitore in jeans": durante l'adolescenza, i giovani hanno bisogno di esempi a cui ispirarsi e punti di riferimento solidi, non solo di regole», sottolinea il professore.

IL RUOLO DEI GENITORI

Tocca ai genitori ravvisare quei campanelli di allarme che indicano che il proprio figlio sta vivendo un momento di disagio. Se il rendimento scolastico peggiora, se il giovane non ha più voglia di fare sport, se appare sempre sedato e dorme troppo, anche in orari in cui dovrebbe studiare o dedicarsi ad un hobby, se diventa aggressivo, se trascura la sua igiene, allora è probabile che qualcosa non vada. «La primo passo da fare è parlare con il ragazzo, in un momento tranquillo» spiega Bernardo, che sottolinea l'importanza che i genitori facciamo squadra davanti alle difficoltà, senza mai contrapporsi.

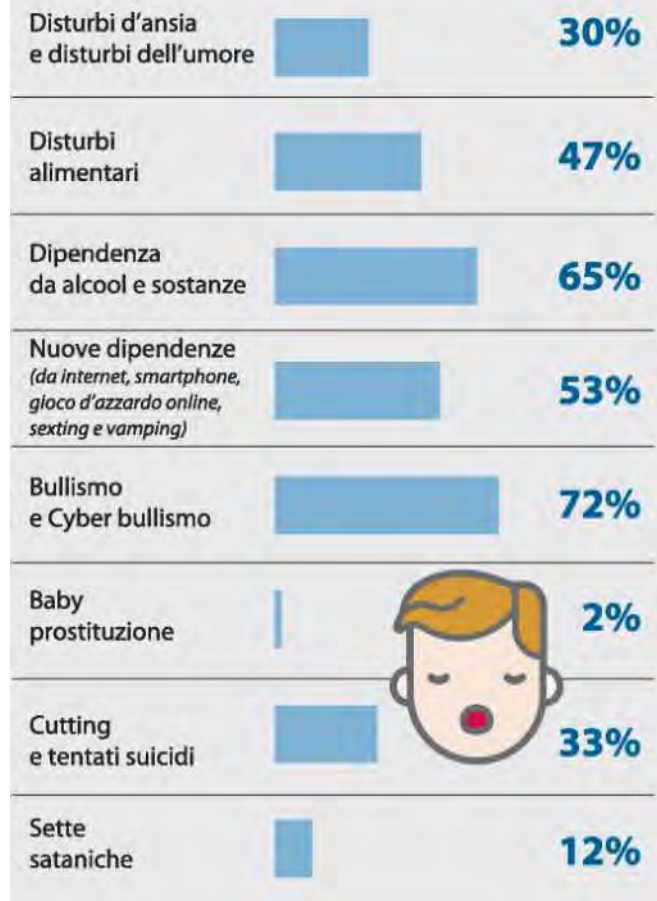
L'autocura è sconsigliata. «Da problematiche come l'alcolismo non si esce da soli. In questo caso tutta la famiglia, e non solo il ragazzo, ha bisogno

di supporto» afferma il pediatra. Il limite da superare è quel senso di vergogna che porta molti genitori a nascondere certi problemi per timore di essere giudicati. Solo il coraggio di parlarne può salvare il minore dai danni irreversibili che l'abuso di alcol produce sulla sua salute, nonché sulla sua intera esistenza. La scuola, quindi i professori, possono offrire un grande aiuto alla famiglia, a condizione che non ghettoni il ragazzo, etichettandolo come "ubriaccone", o "poco di buono".

Infine, il terzo soggetto: le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, alle quali i genitori possono e devono rivolgersi per vincere questa battaglia contro una dipendenza che avvelena e logora l'intero nucleo familiare. Nella Casa Pediatrica dell'Ospedale Fatebenefratelli il professor Bernardo, con il supporto del suo team, segue con successo sia i minori che bevono in modo patologico che quelli che abusano di alcol nel weekend. «Il rischio da evitare è che questi giovani si ritrovino senza futuro, che si giochino la loro intera esistenza, magari invischiati nelle maglie della criminalità», afferma il primario, che consiglia ai ragazzi che abusano di alcol o di sostanze stupefacenti di confrontare una fotografia di prima che iniziassero a bere con una di oggi. Un semplice gesto per accorgersi con un colpo d'occhio che non si è più gli stessi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL DISAGIO ADOLESCENZIALE



Dati raccolti dal Centro nazionale sul disagio adolescenziale del polo pediatrico ASST Fatebenefratelli Sacco

P&G/L

CELLULE SENZA PIÙ SEGRETI

Il premio Nobel Chalfie:
 «Proteine fluorescenti,
 la nostra rivoluzione»

SCHENONE >> 35

Intervista al premio Nobel per la Chimica Chalfie: «Le nostre cellule ora non hanno più segreti»

Lo scienziato sarà protagonista domani al Festival di Genova:
 «Si aprono nuove frontiere nel campo della ricerca medica»

EMANUELA SCHENONE

GENOVA. «Se lo puoi vedere, lo puoi studiare». Diretto, immediato, efficace come pochi scienziati sanno essere, il premio Nobel per la chimica Martin Chalfie (che terrà una lectio magistralis domani alle 21 a Palazzo Ducale per il Festival della Scienza), sintetizza così la portata rivoluzionaria della scoperta che gli è valsa l'importante riconoscimento nel 2008. E in effetti, semplificando, la Proteina verde fluorescente (Gfp), individuata grazie al lavoro di ricerca condotto da Chalfie, da Osamu Shimomura e da Roger Y. Tsien, permette di fare proprio questo: portare la luce là dove prima c'era il buio e quindi osservare ciò che fino ad oggi risultava oscuro all'uomo.

«Queste proteine hanno la proprietà di essere fluorescenti, vale a dire se illuminate con una luce blu sono in grado di riemettere una luce di colore verde che ci aiuta a capire dove si trovano» spiega Chalfie «così ad esempio, quando la Gfp è presente in un organismo malato è possibile vedere dov'è esattamente la parte danneggiata o cancerosa». E come alcune delle più grandi scoperte della Storia, anche questa è avvenuta in modo «assolutamente accidentale» sottolinea Chalfie. Tutto inizia nel

1962 quando Shimomura era impegnato nello studio delle modalità di emissione della luce da parte di alcuni essere viventi, tra cui anche le meduse.

«Dopo alcuni esperimenti fallimentari su tessuti di medusa, deluso, Shimomura decise di buttare il preparato su cui stava lavorando in un contenitore dove si trovava anche acqua marina. Poi spense la luce per andarsene dalla stanza e si accorse che il contenitore era completamente illuminato da una luce blu. A quel punto capì che era il calcio, presente nella soluzione del contenitore, ad aver prodotto quella reazione luminosa». Certo, non era la luce verde che stava cercando, quella delle meduse, ma ormai era sulla strada giusta. E di lì a poco individuò la proteina in presenza della quale la luce blu diventa verde.

Lei quando entra in scena?

«Ho saputo delle ricerche di Shimomura nel 1989, tre anni dopo, nel '92 il lavoro condotto dal mio laboratorio portò a scoprire che quella proteina poteva essere prodotta da qualsiasi organismo vivente».

Che svolta ha rappresentato questa scoperta nei vari settori delle scienze biologiche?

«Ha completamente trasformato il nostro approccio allo studio delle cellule perché ci ha permesso di osservare la vita in

tessuti viventi. La biologia la biochimica, la biofisica, quelle che vengono definite le scienze della vita ora lo sono in senso proprio perché finalmente studiano la vita mentre avviene».

Grazie a questa scoperta, cosa sappiamo di più dell'attività cellulare?

«Prima, quando immaginavamo la cellula la vedevamo come una specie di "zuppa" composta da vari elementi, i mitocondri, i ribosomi, il nucleo, ma non sapevamo molto di più. Con l'avvento della Gfp è stato scoperto un nuovo livello che è quello della comunicazione tra tutte queste parti e anche tra cellula e cellula. Così si riesce a vedere cosa succede in presenza di un'infezione virale oppure, ad esempio nella trasmissione dell'Hiv, si può osservare in che modo le molecole infettano altre cellule. Un tempo tutto questo si poteva osservare solo su campioni di cellule morte».

Questo cosa comporta dal punto di vista della ricerca?



Dir. Resp.: Massimo Righi

«Ci permette di comprendere quali sono i meccanismi in base ai quali un sistema vivente passa da un comportamento normale a un comportamento patologico osservandolo nel tempo. Il ricercatore non studia più una situazione congelata in un determinato istante ma può seguirne le evoluzioni grazie a questo segnale luminoso»

Quali le potenziali applicazioni di questa scoperta?

«Questa proteina è preziosa nel campo della ricerca medica, è stata utilizzata ad esempio per studiare come si comporta il virus Zika, ma anche in quella farmacologica perché consente, quando si progetta un nuovo farmaco, di vederne immediatamente l'effetto, di capire se sta bloccando quel particolare virus o se sta favorendo la comunicazione tra due cellule del cervello».

Oggi a cosa sta lavorando?

«Mi dedico allo studio delle cellule nervose: nel nostro organismo esistono almeno cinque differenti tipi di cellule sensibili al tatto o alla pressione. Con l'utilizzo della Gfp cerco di capire quali sono i meccanismi e le molecole coinvolte in questo tipo di sensibilità».

Lei è americano, da scienziato, cosa ne pensa del duello per le elezioni presidenziali?

«Hillary Clinton si è sempre circondata di esperti in materie scientifiche, li ha ascoltati cercando di indirizzare in qualche modo lo sviluppo della scienza. Donald Trump non l'ha mai fatto. Le sue dichiarazioni, le sue prese di posizione nei confronti del resto del mondo, sono del tutto irresponsabili. Io mi sono fatto promotore di un documento a sostegno di Hillary Clinton inviato ai premi Nobel americani: è stato, firmato da ben 72 persone».

©BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

<http://www.doctor33.it/>

Farmaci, Aifa: 80% dei foglietti illustrativi più chiari e leggibili



Un nuovo foglietto illustrativo che dimentica il termine "bugiardino" e che diventa più sintetico, facile da leggere e veloce da comprendere. Questo l'obiettivo che l'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) sta perseguendo per ottimizzare la comunicazione ai pazienti dei potenziali rischi dei farmaci. Di questo argomento si è parlato oggi a Roma presso la sede dell'Agenzia alla presenza del Presidente **Mario Melazzini**. L'incontro è stato anche l'occasione per presentare "Medrisk" il primo master in comunicazione al pubblico del rapporto rischio/beneficio in medicina promosso dall'Università "La Sapienza" di Roma e dall'Aifa stessa. «Come ricorda il significato etimologico del termine greco "pharmakon", che può anche significare "veleno"» ha affermato Melazzini «nessun medicinale è totalmente scevro da rischi. Il compito delle agenzie regolatorie è proprio quello di verificare costantemente che i potenziali pericoli siano sempre bilanciati e superati da altrettanti benefici, grazie alla continua attività di monitoraggio della sicurezza dei farmaci durante tutto il loro ciclo di vita».

La valutazione del profilo del rischio rischia però di restare lettera morta se tutte le informazioni elaborate dell'Aifa non vengono poi trasmesse ai pazienti. Questi possono naturalmente appartenere a tutte le classi sociali e a tutte le categorie demografiche. «Per mantenere il farmaco sicuro» ha aggiunto Melazzini «il cittadino deve essere informato meglio possibile. Dobbiamo sempre pensare che

il lettore di foglietti illustrativi, dato l'invecchiamento della popolazione, è probabilmente una persona anziana, interessata da più patologie e che quindi è sottoposta a terapie farmacologiche complesse. Il lavoro di redazione dei foglietti, insomma, deve puntare alla scrittura di testi chiari, adatti a ogni livello culturale e il cui contenuto non deve essere equivocabile». L'evoluzione del foglietto illustrativo è in realtà già in atto da tempo, al punto che, secondo quanto comunicato dall'Aifa, ad oggi circa l'80% dei quasi 9.700 farmaci in commercio in Italia è stato reso più chiaro e leggibile.

«I "vecchi" documenti» ha aggiunto Laura Braghioli, dirigente alle professionalità sanitarie dell'Aifa «peccavano per eccessiva lunghezza, linguaggio troppo tecnico, caratteri di stampa troppo piccoli, mancanza di risalto per le avvertenze principali e scarsa chiarezza sui rischi e sugli effetti indesiderati. La semplificazione deve puntare sull'utilizzo di parole meno criptiche organizzate in frasi brevi evitando gli acronimi e privilegiando gli elenchi puntati. Il tutto tenendo bene a mente che la semplificazione del testo non legittima l'omissione di informazioni necessarie, benché complesse». Le iscrizioni al master Medrisk sono aperte a laureati in materie scientifiche (Medicina, Farmacia, Biologia, professioni sanitarie) oppure umanistiche (Scienze della comunicazione, psicologia, giurisprudenza). L'inizio delle lezioni è previsto entro la fine di febbraio 2017. Il termine delle attività formative è previsto nel mese di gennaio 2018.

IL CASO

Il gatto privilegiato
che in ospedale
supera la fila
degli esseri umani
per la radiografia

.....
Imperia, inchiesta
sui medici della Asl

MARCO PREVE A PAGINA 22

L'INTERVISTA / IL RADIOLOGO PAOLO OGGERO

“L'ecografia al micio? La rifarei, così l'ho salvato”

GENOVA. Allora dottor Oggero, si curano i gatti mentre i cristiani aspettano?

«Guardi, è una vicenda kafkiana e se Finanza e Procura sostengono questo si tratta di un falso in atto pubblico».

Racconti lei.

«Era un sabato di fine agosto, le due e mezza del pomeriggio, non ero al pronto soccorso ma in radiologia. Mi chiama un'amica: "Il gattino è caduto dal quinto piano posso portartelo?". L'ho fatta venire, c'era il deserto. È arrivata con sua figlia, un'ecografia di un minuto per dirle che il gatto stava bene e tutto è finito lì».

Ma l'ospedale è pubblico e non siamo dal veterinario.

«Non c'era nessuno. Se fossimo stati con la sala d'aspetto piena non l'avrei fatto. Ma in quella circostanza... Sia chiaro che ho messo una guaina protettiva alla sonda».

Però sono esami a spese della sanità pubblica.

«Dieci secondi di ecografia? I finanziari cercavano una radiografia che non esiste. Mi hanno fatto aprire il computer e guardato le radiografie di tutti i pazienti. Ma non hanno trovato niente».

Gatti a parte, l'inchiesta ipotizza liste pilotate.

«Io su quello non mi pronuncio, sono cose più serie, ma il gatto... lo rifarei. Oggi quel gattino pesa dieci chili e sono contento che si sia salvato».

(m.p.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità24

Il Sole
24 ORE

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa



3 nov
2016

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

TAG

Prestazioni
sanitarie

Finanziamenti

Infermiere

Livelli essenziali di
assistenza - LEA

DAL GOVERNO

Legge di bilancio: i sindacati medici danno il via alla mobilitazione d'autunno. Sit in e manifestazioni per il 17 e 18 novembre

Le 10 sigle sindacali (Anaa Assomed, Cimo, Aaroi-emac, Fp Cgil medici e dirigenti sanitari, Fvm, Fassid (Aipac-Aupi-Simet-Sinafo-Snr), Cisl medici, Fesmed, Anpo, Ascoti, Fials medici, Uil Fpl medici) chiamano a raccolta i medici, i veterinari e i dirigenti sanitari del Ssn per un contratto che garantisca la qualità dei servizi ai cittadini e per l'occupazione. Sit in a Roma il 17 novembre e Assemblea day in tutti gli ospedali venerdì 18 novembre.



IL TESTO DELL'APPELLO

Cari Colleghi,

siamo stati facili profeti a paventare il rischio che i grandi assenti dalla legge di bilancio 2017 fossero i Medici, i Veterinari, i Dirigenti sanitari dipendenti del SSN, ed il loro lavoro.

Lo scampato pericolo di ulteriori tagli, o mancati incrementi, sul fronte del finanziamento di parte corrente del SSN per il 2017, è certo un dato positivo. Il FSN a 113 miliardi, ancora al di sotto della media UE ed all'ultimo posto tra i paesi del G7, appare coerente con il finanziamento dei nuovi LEA e dei farmaci innovativi. Ma non con il necessario ricambio generazionale, lo sviluppo delle risorse umane, la valorizzazione del personale.

L'entità delle risorse messe a disposizione del CCNL per il triennio 2016-2018 rimane, a dispetto delle dichiarazioni del Presidente del Consiglio, ancora simbolica, incapace di arrestare l'impovertimento e la dilagante demotivazione professionale e migliorare condizioni di lavoro incompatibili con livelli retributivi inchiodati al 2010. Ma non peggiorate abbastanza da concederci di anticipare il pensionamento, a differenza di infermiere ed ostetriche che condividono il nostro lavoro negli stessi spazi fisici e con le stesse modalità organizzative.

Per quanto riusciamo oggi a capire, l'incremento medio mensile rimarrebbe al di sotto dei mitici 80 euro, a regime nel 2018. Non sappiamo cosa Governo e Regioni chiederanno in cambio in termini di orario di lavoro, flessibilità organizzativa, relazioni sindacali. Né come sia possibile valorizzare il merito ed incentivare la produttività con tale cornucopia. In assenza, anche, di forme di finanziamento indiretto quali la defiscalizzazione della produttività, che si potrebbe finalizzare alla riduzione delle liste di attesa, o il welfare aziendale, come se le donne impiegate in sanità non avessero bisogno di asili nido o di babysitter per conciliare vita e lavoro. Intanto, la demolizione dei contratti precedenti, operata ogni anno dalle leggi finanziarie, ha depauperato le risorse accessorie che nel 2016 sono inferiori a quelle pattuite nel 2010, mentre la indennità di esclusività di rapporto è ancora congelata ai valori del 1999. In anni di blocchi e tagli abbiamo pagato un alto prezzo al risanamento dei conti pubblici, in termini di valore assoluto e potere d'acquisto delle retribuzioni, e delle pensioni, di condizioni di lavoro, di riduzione e precarizzazione della occupazione.

Anche le assunzioni e/o stabilizzazioni di precari annunciate con grandi squilli di trombe appaiono incerte nei tempi e nelle procedure, dotate di stanziamenti esigui rispetto al numero degli aventi diritto ed alle necessità delle dotazioni organiche, anche per rispettare le direttive europee. Senza contare che i precari di lungo corso della ricerca sono addirittura dimenticati, sostituiti dai bonus.

Si allontanano, così, le condizioni ed i tempi per una uscita reale da 7 anni di blocco contrattuale.

Il Governo finge di ignorare che se il Ssn ancora regge, dopo avere perso 7.000 medici e dirigenti sanitari, è perché chi è rimasto in corsia e nei servizi continua a dar prova di

grande abnegazione, senso del dovere e professionalità. Nonostante la scure dei tagli lineari sugli organici, sulle strutture semplici e complesse, sui fondi, sui posti letto. Nonostante ritmi e turni di lavoro insostenibili, mancato rispetto delle pause e dei riposi, milioni di ore lavorate non retribuite e non recuperabili, ferie non godute, innalzamento dell'età media dei medici al vertice mondiale, lavoro notturno oltre i 65 anni. Nonostante l'abuso di contratti atipici e la dilagante precarizzazione del lavoro, che privano di certezza di vita personale e professionale una intera generazione, dopo 11-12 anni di formazione. Un terreno di coltura per caporali pubblici e privati che alimenta la fuga dal Paese, sestuplicata negli ultimi 5 anni, un regalo ai vicini europei, visto il patrimonio, anche economico, investito.

Spiegheremo ai cittadini che i Lea non sono auto-erogabili, come se fossimo in un virtuale self service della sanità pubblica, separabili da abilità e competenze professionali che fanno la differenza tra la salute e la malattia e, non di rado, tra la vita e la morte e che il diritto alla cura non è scindibile dal diritto a curare in dignitose condizioni di lavoro e di esercizio professionale. Il cuore della sanità pubblica sono i suoi professionisti, ed i Medici in particolare, tra i quali i giovani rappresentano una ricchezza da valorizzare prima che invecchino o scappino, un capitale umano insostituibile che il Governo espelle dalle politiche di bilancio, se non come camici nelle cui tasche affondare le mani.

Cari Colleghi,

non possiamo subire una ulteriore proroga, di fatto, del blocco contrattuale ed il prolungamento dello scippo dei fondi accessori, che servono a valorizzare le carriere e remunerare il disagio. Né rassegnarci al peggioramento dei livelli retributivi, rinunciando a reclamare un diverso valore, anche salariale, del nostro lavoro che riporti i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato.

Abbiamo richiesto un confronto urgente con il Ministro della Salute e la Presidenza del Consiglio dei Ministri, perché il problema è politico ed il Governo deve farsene carico, come ha fatto per altri settori del pubblico impiego. Saranno convocate Assemblee in tutte le aziende sanitarie il 18 novembre, precedute da una Manifestazione nazionale a Roma a Piazza Montecitorio dalle 11.00 alle 13.00 il 17 novembre, senza escludere la possibilità di uno Sciopero nazionale entro la fine del mese.

Per legittima difesa.

Per un Contratto di lavoro che valorizzi la nostra attività ed il nostro ruolo a garanzia di servizi di qualità per i cittadini.

Per la fine della precarietà e nuova occupazione.

Per una civile e forte difesa delle nostre professioni, della loro autonomia e dei loro legittimi interessi.

Contro le fallimentari scelte politiche riguardanti il SSN ed i nostri destini professionali messe in atto dai Governi degli ultimi anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

AZIENDE E REGIONI

05 Agosto 2015

Più territorio, meno attese e penalizzazioni per i Dg. Il Piemonte approva i nuovi obiettivi

IN PARLAMENTO

02 Settembre 2015

Responsabilità, il relatore Gelli: «Si parte la prossima settimana»

DAL GOVERNO

14 Settembre 2015

Prontuario, si tratta per cluster. Un primo test su Sartani e Statine