



RASSEGNA STAMPA 07-03-2018

1. STAMPA Scoperta la proteina che innesca la crescita dei tumori
2. MESSAGGERO Scoperta proteina che innesca la crescita dei tumori
3. CORRIERE DELLA SERA La proteina che fa crescere i tumori
4. GIORNO Scoperta proteina "nemica": aiuta i tumori a crescere in silenzio
«Adesso studi per bloccarla»
5. ANSA Scoperta la proteina che innesca la crescita dei tumori
6. QUOTIDIANO. NET Scoperta la proteina che aiuta i tumori a crescere
7. QUOTIDIANO SANITA' Cancro gastrico. Fattori clinico-patologici predicono
8. CORRIERE.IT Cancro al seno dopo i 65 anni, più rischi per le donne che hanno già altri casi in famiglia
9. LIBERO QUOTIDIANO Lettera aperta al ministro che verrà da parte
Associazioni Malattie Rare
10. ANSA Inquinamento prende controllo del Dna, scatena malattie
11. ADN KRONOS Anche la sanità ha il suo 'Linkedin'
12. ABOUT PHARMA Ema, non c'è la maggioranza per annullare l'assegnazione
13. QUOTIDIANO SANITA' Ordini dei medici: le donne sono ancora troppo poche
14. SOLE 24 ORE Agenzia del Farmaco «No maggioranza per stop Olanda»

Scoperta la proteina che innesca la crescita dei tumori

“Passo decisivo per capire l'azione dei macrofagi”

**William
Vermi**

Oncologo

RUOLO: È PROFESSORE
NEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA
MOLECOLARE E TRASLAZIONALE
DELL'UNIVERSITÀ DI BRESCIA



NICLA PANCIERA

Si chiama Erk5: questa proteina è in grado di modificare le cellule sentinella del nostro sistema immunitario, i macrofagi, verso una forma «alleata» del tumore. Il ruolo cruciale di Erk5 è stato rivelato per la prima volta da un team internazionale, il cui lavoro è apparso ieri su «Pnas», la prestigiosa rivista dell'Accademia delle Scienze degli Usa. Tra gli autori, Emanuele Giurisato, del dipartimento di Medicina molecolare e dello sviluppo dell'Università di Siena, ora a Manchester nel laboratorio della professoressa Cathy Tournier; e William Vermi, dell'Università di Brescia.

I macrofagi, che prontamente accorrono e intervengono nei tessuti in cui è inizialmente presente un tumore («Tam», «Tumor-associa-

ted macrophages»), producono una reazione infiammatoria tumoricida. Ma, man mano che il tumore cresce, l'interazione con il microambiente tumorale può determinare una riprogrammazione delle loro funzioni. In altre parole, diventano grandi alleati del tessuto maligno e finiscono per favorire l'angiogenesi e il trofismo del tumore, oltre che un'immunosoppressione.

Fino ad oggi non erano chiari i meccanismi alla base di questa radicale trasformazione e di conseguenza non si sapeva come evitarla. Gli occhi dei ricercatori erano, tuttavia, da tempo puntati su Erk5, proteina che è un mediatore critico nell'infiammazione, mentre era noto il ruolo dei macrofagi nella progressione e nella malignità dei tumori.

Il team, lavorando in vivo a Manchester, ha visto che lo spegnimento di Erk5 ha compromesso la crescita delle cellule tumorali innestate negli animali. «Eliminarla ha portato una riduzione del numero di macrofagi, abbondanti nei tumori, e ha permesso di bloc-

carne l'azione nociva. Si è visto così un arresto della progressione tumorale e una situazione infiammatoria anti-tumorale - ci spiega William Vermi dell'Università di Brescia -. A Brescia, invece, noi abbiamo analizzato tessuti tumorali umani e documentato che questa proteina era fortemente espressa nei macrofagi pro-tumorali umani. Ricordo che Erk5 non lavora da sola, ma coinvolge altre proteine, come Stat3, regolatore pro-tumorale cruciale».

La ricerca, che ha avuto il supporto anche dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro, sta continuando. Si vuole verificare la possibilità che una

terapia anti-Erk5 possa essere una soluzione efficiente contro il cancro. «Se fosse così, ci sarebbe un vantaggio trasversale, ovvero per diverse tipi di tumori», conclude Vermi, che sottolinea come «esistono già in uso preclinico degli inibitori di questa proteina. Abbiamo quindi una possibilità oggettiva di spegnerla tramite degli inibitori chimici».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Lo studio

Scoperta proteina che innesca la crescita dei tumori

È stata individuata la proteina che permette ai tumori di crescere e conoscerla consente di bloccare le cellule del sistema immunitario chiamate macrofagi, che da tempo si sono rivelate tra le migliori alleate dei tumori. La scoperta è pubblicata sulla rivista dell'Accademia delle Scienze degli Stati Uniti, Pnas, ed è il frutto della ricerca condotta da Emanuele Giurisato, del dipartimento di medicina molecolare e dello sviluppo dell'Ateneo di Siena, con Cathy Tournier, dell'università di Manchester, e William Vermi, dell'Università di Brescia. «Il nostro obiettivo - commenta da Manchester Giurisato - è ora capire se attraverso dei farmaci specifici, e ne siamo speranzosi visti i dati molto incoraggianti, si potrà riuscire a rallentare la degenerazione del tumore». I macrofagi sono noti per essere le "cellule spazzino" del sistema immunitario, ma recentemente si è capito che possono essere riprogrammati quando interferiscono con il micro-ambiente che si crea quando le cellule sane diventano tumorali. In questa loro nuova identità, resa possibile dalla proteina chiamata ERK3, i macrofagi diventano alleati dei tumori e li aiutano a crescere. Di conseguenza la ERK3 potrebbe diventare il bersaglio di futuri farmaci, come indicano i test che nei topi sono riusciti a bloccare la crescita dei tumori.



La scoperta

La proteina che fa crescere i tumori

Sono cellule «infedeli» del sistema immunitario che, invece di aggredire i tumori, li alimentano. Si chiamano macrofagi e a corromperli ci pensano il microambiente in cui crescono le cellule neoplastiche e le sostanze infiammatorie che quest'ultimo produce. Adesso un gruppo di ricercatori di Siena, Brescia e Manchester ha scoperto il modo per riportare questi macrofagi sulla «retta via» e il lavoro è stato pubblicato su *Pnas*. Ha individuato il loro punto debole, una proteina chiamata ERK5, che li rende pericolosi e ha dimostrato che, bloccandola, i macrofagi tornano a fare il loro lavoro di «distruttori» del tumore. È una nuova, interessantissima strada, che può portare alla costruzione di terapie innovative.

A. Bz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Scoperta proteina "nemica": aiuta i tumori a crescere in silenzio «Adesso studi per bloccarla»

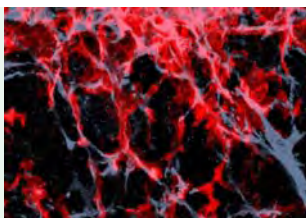
SIENA. Individuata la proteina che permette ai tumori di crescere. Conoscerla permette di bloccare le cellule del sistema immunitario chiamate macrofagi, che da tempo si sono rivelate tra le migliori alleate dei tumori. La scoperta è pubblicata sulla rivista dell'accademia delle Scienze degli Stati Uniti, Pnas ed è stata condotta da Emanuele Giurisato, del dipartimento di Medicina molecolare dell'università di Siena, con Cathy Tournier, dell'università di Manchester, e William Vermi, dell'università di Brescia. I macrofagi, le 'cellule spazzino', possono essere riprogrammate quando interferiscono con il micro-ambiente che si crea quando le cellule sane diventano tumorali.



http://www.ansa.it/canale_scienza_tecnica/notizie/biotech/2018/03/06/scoperta-la-proteina-che-innesca-la-crescita-dei-tumori_843a45df-7ef7-4657-a5aa-

Scoperta la proteina che innesca la crescita dei tumori

Ricerca italiana, il prossimo obiettivo è bloccarla



Individuata la **proteina** che **permette ai tumori di crescere** e conoscerla permette di **bloccare** le cellule del sistema immunitario chiamate **macrofagi**, che da tempo si sono rivelate tra le migliori **alleate dei tumori**. La scoperta è pubblicata sulla rivista dell'Accademia delle Scienze degli Stati Uniti, Pnas ed è stata condotta da Emanuele Giurisato, del dipartimento di Medicina molecolare e dello sviluppo dell'Università di Siena, con Cathy Tournier, dell'università di Manchester, e William Vermi, dell'Università di Brescia.

I macrofagi sono noti per essere le 'cellule spazzino' del sistema immunitario, ma recentemente si è capito che possono essere riprogrammate quando interferiscono con il micro-ambiente che si crea quando le cellule sane diventano tumorali. In questa loro nuova identità, resa possibile dalla proteina chiamata ERK3, i macrofagi diventano alleati dei tumori e li aiutano a crescere. Di conseguenza la proteina ERK3 potrebbe diventare il bersaglio di futuri farmaci, come indicano i test che nei topi sono riusciti a bloccare la crescita dei tumori: eliminandola è possibile ridurre il numero dei macrofagi e bloccarne l'azione.

"Siamo riusciti a dimostrare come nei topi la crescita di carcinoma si sia ridotta in assenza della proteina ERK-5, mentre contemporaneamente si sia creata una situazione infiammatoria anti-tumorale", ha rilevato Giurisato. "Questi risultati - ha aggiunto - accrescono la possibilità che andare a colpire i macrofagi pre-tumorali attraverso una terapia che sopprima la proteina ERK-5 costituisca una nuova strategia per future cure anticancro".

<http://www.quotidiano.net/>

Scoperta la proteina che aiuta i tumori a crescere

Si chiama ERK-5 e trasforma le cellule del sistema immunitario chiamate macrofagi in alleate del tumore, aiutandolo a crescere. La ricerca è dell'Università di Siena



Siena, 6 marzo 2018 - E' stata individuata **la proteina** che permette **ai tumori di crescere**. Una scoperta, fatta da **Emanuele Giurisato**, del dipartimento di Medicina molecolare e dello sviluppo dell'Università di Siena, con Cathy Tournier, dell'università di Manchester, e **William Vermi**, dell'Università di Brescia.

La ricerca pubblicata sulla rivista dell'Accademia delle Scienze degli Stati Uniti, Pnas, è di fondamentale importanza perché conoscerla permetterà di bloccare le cellule del sistema immunitario chiamate **macrofagi**, che da tempo si sono rivelate tra le migliori alleate dei tumori. I macrofagi, note come le 'cellule spazzino' del sistema immunitario, ora si sa che vengono riprogrammate quando **interferiscono** con il micro-ambiente che si crea quando le cellule sane

diventano tumorali. Dopo questo mutamento di identità, reso possibile dalla proteina chiamata **ERK-5**, i macrofagi diventano **alleati dei tumori** e li aiutano a crescere.

Ora servirà mettere a punto **farmaci** che vadano a colpire proprio la proteina ERK-5. I test sui topi hanno mostrato che eliminandola è possibile **ridurre** il numero dei macrofagi e bloccarne l'azione, e di conseguenza la crescita del tumore.

Giurisato: "Siamo riusciti a dimostrare come nei topi la **crescita di carcinoma si sia ridotta** in assenza della proteina ERK-5, mentre contemporaneamente si sia creata una situazione infiammatoria anti-tumorale. Questi risultati accrescono la possibilità che andare a colpire i macrofagi pre-tumorali attraverso una terapia che sopprima la proteina ERK-5 costituisca una nuova strategia per future cure anticancro".

http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=59654

Cancro gastrico. Fattori clinico-patologici predicono metastasi

La resezione endoscopica rappresenta ancora il gold standard nel trattamento del carcinoma gastrico. Tuttavia l'opportunità di ricorrere a questa opzione terapeutica è condizionata, secondo un recente studio di ricercatori californiani, ai fattori che possono predire metastasi linfonodali

(Reuters Health) – Ci sono alcuni aspetti clinico-patologici predittori delle metastasi linfonodali nel cancro gastrico. Ad esempio lo stadio T, che classifica l'invasione linfovaskolare e altri fattori, predice la probabilità di metastasi ai linfonodi nei pazienti con carcinoma gastrico T1. Questa evidenza emerge da uno studio condotto in California e pubblicato da *Surgery*.

La premessa

Per i pazienti con carcinoma gastrico precoce, per i quali si sta considerando la resezione endoscopica del tumore come opzione terapeutica, la possibilità o meno di generare di metastasi linfonodali rimane un importante fattore prognostico. **George A. Poultsides**, dello Stanford Cancer Institute in California, con i colleghi di sette centri accademici che collaborano con il Gastric Cancer statunitense, hanno cercato di identificare i predittori di metastasi linfonodali in pazienti con carcinoma gastrico T1 e di sviluppare un punteggio di rischio clinico-patologico che può essere usato prima dell'intervento per determinare il rischio di metastasi linfonodali.

Lo studio

Nello studio sono stati considerati 176 pazienti con tumori gastrici T1, di cui 38 (21,6%) presentavano metastasi linfonodali legate al tumore primitivo dopo gastrectomia. I fattori indipendentemente associati al coinvolgimento dei linfonodi sull'analisi multivariata comprendevano una scarsa differenziazione, dimensioni del tumore superiori a 2 cm, tumore che invadeva la mucosa muscolare (T1b) e presenza di invasione linfovaskolare (Lvi). I ricercatori hanno sviluppato un punteggio clinico-patologico assegnando tre punti ciascuno per una scarsa differenziazione, tumori T1b e Lvi, e due punti per dimensioni del tumore superiore a 2 cm.

Le evidenze

Un punteggio superiore a 3 punti si è rivelato sensibile al 100% nella rilevazione delle metastasi linfonodali, mentre nessun coinvolgimento linfonodale era presente nei pazienti con punteggi di 0 o 2 punti.

Punteggi incrementalmente maggiori sono stati correlati ad una maggiore incidenza di metastasi linfonodali, cosicché il 77% dei pazienti con il punteggio massimo di 11 punti ha mostrato evidenze di coinvolgimento linfonodale.

I commenti

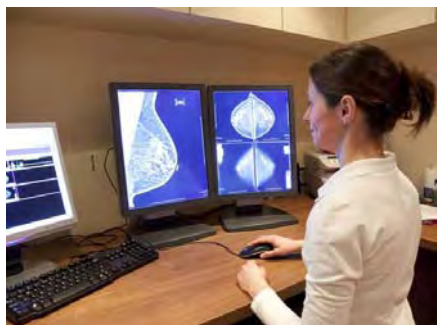
“Anche se la resezione chirurgica rimane il gold standard per il cancro gastrico in fase precoce, la resezione endoscopica potrebbe essere utile in pazienti ad alto rischio con un punteggio basso, per ovviare alla morbidità associata alla gastrectomia”, osservano i ricercatori. “Al contrario, se sono presenti due o più dei suddetti fattori, il rischio di metastasi linfonodali sembra essere elevato e la resezione endoscopica da sola non sembra essere una strategia di trattamento appropriata oncologicamente”.

Tuttavia sono necessari ulteriori studi per convalidare i risultati dello studio nei pazienti occidentali con carcinoma gastrico precoce.

Cancro al seno dopo i 65 anni, più rischi per le donne che hanno già altri casi in famiglia

Pericolo doppio in chi ha una parente di primo grado (madre, sorella o figlia) con la malattia. Gli esperti: «Le probabilità non diminuiscono con l'invecchiamento, meglio proseguire con la mammografia di controllo fino a quando si è in buona salute»

di Vera Martinella



La storia familiare di cancro al seno ha un peso rilevante anche dopo i 65 anni perché il rischio d'ammalarsi, per le donne che hanno familiari con questa malattia, continua ad aumentare sensibilmente con l'avanzare dell'età. A mettere in evidenza il problema, soppesando l'opportunità di proseguire i controlli oltre i limiti attuali, è un vasto studio statunitense appena pubblicato sulla rivista scientifica *JAMA Internal Medicine* e condotto su oltre 400mila donne, che ha indagato il pericolo di sviluppare un carcinoma mammario sia nella fascia d'età 65-74 anni, sia nelle over 75.

Pericolo doppio in chi ha una parente di primo grado

I ricercatori, guidati da Dejana Braithwaite, docente di Oncologia alla Georgetown University School of Medicine, hanno analizzato i dati relativi a 403.268 donne anziane seguite tra il 1996 e il 2012 in diversi stati americani (Washington, California, Wisconsin, Vermont, New Hampshire e North Carolina) e hanno concluso che, sebbene l'età avanzata resti il principale fattore di rischio nell'insorgenza del cancro al seno (i tumori sono infatti patologie tipiche dell'invecchiamento), il pericolo di un tumore invasivo quasi raddoppia in chi ha una parente di primo grado alla quale è già stato diagnosticato un cancro al seno. «Questo studio è il primo che si concentra sul rischio familiare di cancro al seno nelle donne anziane - dice Braithwaite - e gli esiti dimostrano che il pericolo di ammalarsi, se ci sono casi precedenti in parenti strette (madre, sorella o figlia), resta lo stesso prima o dopo i 50 anni e non diminuisce con l'invecchiamento. E questo è un parametro importante da tenere in considerazione quando si valuta se proseguire o meno con la mammografia di controllo».

Mammografia dopo i 70 anni: i consigli dell'esperto

Le linee guida della United States' Preventive Services Task Force al momento raccomandano una mammografia ogni due anni tra i 50 e 74 anni, mentre quelle dell'American Cancer Society consigliano alle donne di sottoporsi all'esame annualmente tra i 45 e i 55 anni, per poi passare allo screening biennale fino a quando si è in buona salute. Nel nostro Paese lo screening con mammografia prevede l'invito di tutte le donne tra i 50 e i 69 anni per sottoporsi gratuitamente alla mammografia ogni 2 anni. «Oggi è raccomandato fino a 75 anni d'età nella maggioranza delle regioni italiane - sottolinea PierFranco Conte, direttore dell'Unità di Oncologia Medica 2 all'Istituto Oncologico Veneto di Padova, fra i maggiori esperti italiani di tumore del seno -. Ma, tenuto conto in realtà del continuo allungamento della vita media e delle buone condizioni di salute di cui godono molte over 70, sarebbe opportuno raccomandare di proseguire lo screening "senza limiti" a tutte le donne che non abbiano altre patologie severe, mentre rimane dubbio il valore dello screening mammografico prima dei 50 anni». Nelle giovani, infatti, il seno tende ad essere più denso (con una minore quantità di tessuto adiposo) e la densità interferisce con l'esame radiologico, rendendo meno chiara la mammografia in età pre-menopausa.

Oltre il 45% dei tumori al seno scoperti dopo i 65 anni

Le statistiche raccolte dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) e dall'Associazione Italiana Registri Tumori (Airtum) indicano che nel 2017 in Italia sono stati diagnosticati 50.500 nuovi casi di carcinoma mammario femminile, di cui circa 22.700 oltre i 65 anni (il 45% per cento del totale): di questi, circa 10.700 nella classe di età 65-74 anni (21%), 12mila oltre 75 anni (24%). A cinque anni dalla diagnosi è vivo il 91% delle pazienti che si ammalano prima dei 65 anni, mentre si scende all'89% nella fascia d'età 65 -74 anni e al 79% per le pazienti ultra 75enni. In pratica con l'avanzare dell'età crescono i casi di cancro al seno e diminuisce il numero di donne che superano la fatica soglia dei 5 anni di controlli. «Quest'ultima indagine americana offre nuovi dati e spunti di riflessione - commenta Conte -. Le raccomandazioni sugli screening e sul rischio familiare derivano da studi condotti nella maggioranza dei casi circa 30 anni fa e per lo più su donne giovani. Il progressivo allungamento della vita media ha evidenziato due fatti: primo, la necessità di esprimere raccomandazioni per le donne oltre i 69 anni (che erano escluse negli studi vecchi sugli screening); secondo, l'evidenza che fattori di rischio noti (quali la familiarità e il seno denso), che si riteneva fossero validi solo per la donna giovane, invece mantengono il loro significato di aumentato pericolo indipendentemente dall'età».

<http://www.liberoquotidiano.it/news/salute/13315871/lettera-aperta-al-ministro-che-verra-da-parte-dellalleanza-malattie-rare.html>

Lettera aperta al ministro che verrà da parte dell'Alleanza malattie rare

In attesa di conoscere gli esponenti del prossimo Governo italiano, associazioni pazienti, Intergruppo e Osservatorio farmaci orfani mettono 5 priorità per i pazienti nero su bianco



In occasione della Giornata mondiale delle malattie rare del 28 febbraio scorso alla sala stampa della Camera si è svolto l'incontro 'Le malattie rare e la sfida per i nuovi modelli di ricerca', promosso dall'onorevole **Paola Binetti**, presidente dell'Intergruppo parlamentare malattie rare. L'incontro è stato l'occasione per fare il punto su quanto sia stato fatto in questa ultima legislatura in tema di malattie rare e per sottolineare i prossimi passi da compiere. Dalla discussione sono emerse delle priorità che l'Alleanza malattie rare – tavolo permanente di confronto tra associazioni pazienti, Intergruppo parlamentare malattie rare e Osservatorio farmaci orfani – hanno deciso di segnalare al ministro della salute del futuro Governo con una lettera aperta.

Egregio futuro Ministro della Salute,

non conosciamo ancora il Suo nome, ma siamo consapevoli della straordinaria responsabilità della quale si farà carico e per la quale le facciamo anticipatamente i nostri più sinceri auguri. Abbiamo inoltre ben presenti le necessità della comunità dei malati rari italiani: due milioni di persone di differenti 'colori' politici ma unite dalle medesime esigenze.

In virtù del ruolo che Lei verrà chiamato ad assolvere - e non del Suo nome o della Sua appartenenza politica - abbiamo deciso di scriverle in questo momento e di appellarci a Lei affinché si faccia carico dell'impegno di rendere il nostro Paese, e nello specifico la nostra Sanità, sempre più a misura di questi pazienti.

Negli ultimi anni sono state fatte alcuni passi importanti che hanno posto l'Italia come modello internazionale in questo settore. Le chiediamo di lavorare al nostro fianco, fin dall'inizio della legislatura, per mantenere questo ruolo e per risolvere problematiche ancora aperte per il settore.

1. In primo luogo crediamo sia necessario che l'Italia stia al passo con l'Europa, approvando quanto prima il nuovo Piano Nazionale delle Malattie Rare. Non possiamo permetterci di essere fanalino di coda e rimanere fuori da un sistema che è sempre più europeo. I lavori per il nuovo Piano Nazionale Malattie Rare sono cominciati da tempo, ci appelliamo a lei perché i riprenda in mano, ne tiri le fila per portarli a veloce approvazione.

2. Nella passata legislatura è stato fatto un passo importante, l'aggiornamento – attraverso i nuovi Lea – delle malattie rare esenti da Ticket. Un passo nella direzione giusta, certo, ma lei chiediamo di portare a termine il cammino, assicurandosi della piena applicazione sul territorio di queste esenzioni e del tempestivo ampliamento della lista.

3. Un'adeguata assistenza domiciliare cambierebbe la nostra vita e quella dei nostri cari: sapesse Ministro quanti genitori, mogli, mariti e anche figli, lasciano il lavoro per rimanere ad aiutarci! È un lavoro che non gli è riconosciuto e che non hanno scelto, ha scelto per loro il fatto che il livello di assistenza domiciliare che lo Stato può offrirci non è sufficiente, o almeno, non lo è per tutti allo stesso modo: molto dipende dalla regione di residenza. Poi c'è il problema delle terapie che spesso dobbiamo fare in ospedale e portano via giornate e hanno costi elevati per il sistema sanitario. Basterebbe rendere possibile ovunque allo stesso modo la terapia domiciliare per non farci trovare in questa situazione: ma alcune regioni lo permettono ed altre no.

4. Le malattie rare sono oltre 7 mila. Solo per l'1,4 per cento di queste esistono farmaci specifici ed efficaci a disposizione. Per questo ci appelliamo a lei affinché metta in essere ogni sforzo necessario per tutelare ed incentivare la ricerca terapeutica sulle malattie rare: una ricerca spesso di frontiera, innovativa, che fa progredire anche tutti gli altri settori terapeutici.

5. Infine Ministro occorre rendere più funzionale la rete: i centri di riferimento devono collaborare con i presidi del territorio, la burocrazia deve permettere un corretto svolgimento delle pratiche, non ostacolarci nell'usufruire dei nostri diritti. Occorre che le best practice siano condivise in maniera sistematica: è il sistema sanitario che deve prendersi cura di noi, non siamo noi a dover ogni volta trovare la soluzione ai problemi che il Servizio Sanitario Nazionale ci pone. Pensi che tutto questo potrebbe anche generare un risparmio per tutto il sistema.

Ci auguriamo, Egregio Ministro, di poterla conoscere al più presto e di poter avviare con Lei una proficua collaborazione.

Le Associazioni aderenti all'Alleanza Malattie Rare



06-03-2018

www.ansa.it/

Inquinamento prende controllo del Dna, scatena malattie Indagine su 1000 persone

Ansa - ROMA, 06 MAR - Gli inquinanti presenti nell'ambiente possono 'prendere il controllo' del Dna, accedendo in questo modo alcuni geni piuttosto che altri e aprendo la strada a malattie cardiache e respiratorie. Lo indica la prima indagine basata sull'analisi del Dna di oltre mille individui. Pubblicata sulla rivista Nature Communications, la ricerca è stata condotta in Canada, dal gruppo dell'Ontario Institute for Cancer Research guidato da Philip Awadalla. Dall'analisi del Dna raccolto da campioni di sangue, sono stati individuati gli effetti di polveri sottili, biossido di azoto e biossido di zolfo. Per il genetista Giuseppe Novelli, rettore dell'università di Roma Tor Vergata, "la ricerca è molto interessante perché ci dice quanto pesa il contributo dell'ambiente sul rischio di sviluppare determinate malattie". Queste ultime ha aggiunto, "sono la conseguenza dell'interazione tra Dna, ambiente e casualità, ma non è facile determinare il peso di ognuno dei tre fattori". Ora si può fare grazie ad studi sui grandi numeri, come quello condotto nel Quebec sul Dna di 1.007 persone che vivono a Montreal, Quebec City e la regione poco urbanizzata Saguenay-LacSaint-Jean. "L'impatto dell'ambiente sui geni - ha detto Novelli - è paragonabile a un vestito che il Dna può mettere o togliere: ma mentre il Dna è scritto a penna e non si può cambiare, il vestito è scritto a matita e si può cambiare o con farmaci, o modificando ambiente e stili di vita".

<http://www.adnkronos.com/salute/sanita/2018/03/06/mille-curricula-nel-linkedin-della-sanita->

Anche la sanità ha il suo 'LinkedIn'



Una sorta di **'LinkedIn' della sanità privata**, con un migliaio di **curriculum di medici ed esponenti di una ventina di professioni sanitarie**, ma anche **figure amministrative o 'miste'**. E' **AiopJob**, un progetto che consente ai quasi 600 associati Aiop (Associazione italiana ospedalità privata) di usufruire di una **banca dati on line con il curriculum dei professionisti** - in possesso dei titoli richiesti e ordinati per profili specifici - disponibili a lavorare nelle strutture sanitarie delle varie regioni italiane. Un'idea "che ha portato da maggio scorso a 50 assunzioni", come spiega all'Adnkronos Salute il **direttore generale di Aiop, Filippo Leonardi**. "Non ci siamo mai occupati di offerte di lavoro - dice l'esperto - con l'eccezione dei primi anni 2000, quando c'era una grande richiesta di infermieri e andammo addirittura all'estero, in Tunisia, in Olanda, nei Paesi dell'Est, per cercare questi operatori. Ora non c'è questa carenza, ma da un po' di tempo ci arrivavano curriculum e anche le strutture si rivolgevano a noi, così - racconta Leonardi - abbiamo pensato a una soluzione di questo tipo. In AiopJob in meno di un anno abbiamo 'accolto' **120 medici** e moltissimi operatori sanitari, oltre alle figure amministrative. E puntiamo a crescere ancora". **Come funziona il sistema?** "Il singolo medico o professionista inserisce il proprio curriculum, con l'area di lavoro. Poi le aziende si collocano nell'area di lavoro desiderata e vedono se ci sono candidati disponibili". In caso di assunzione, questa viene comunicata ad AiopJob che cancella il profilo del professionista dall'elenco di quelli disponibili. Il tutto gratuitamente. "Si tratta di un servizio nuovo, che le strutture stanno iniziando a conoscere e a utilizzare per semplificare la ricerca di figure professionali in questo settore", conclude.

<https://www.aboutpharma.com/blog/2018/03/06/ema-manca-la-maggioranza-lassegnazione-olanda/>

Ema, non c'è la maggioranza per annullare l'assegnazione all'Olanda

Mancherebbero i numeri per compattare i detrattori dell'offerta di Amsterdam. L'ipotesi del trilogio, ossia la fase negoziale tra Consiglio, Commissione e Parlamento, potrebbe non mettere in discussione l'assegnazione di novembre



Continuano ad arrivare nuove dall'Europa e non sono buone per Milano. Almeno per ora. Giovanni La Via, relatore alla Commissione ambiente, salute pubblica e sicurezza alimentare sulla vicenda Ema è chiaro. Non c'è maggioranza nel Partito popolare per lo stop all'assegnazione. Il 6 marzo, infatti, i relatori ombra si sono riuniti per vagliare il verbale della spedizione nella capitale olandese del 22 febbraio.

Non c'è maggioranza

Insomma i numeri non ci sono. Almeno questo è quello che sembra stando alle prime indiscrezioni. Lunedì 12 marzo si riunirà la commissione ambiente e giovedì (al netto di slittamenti), la proposta di modifica della sede arriverà in plenaria. Ma l'entusiasmo che ha contraddistinto le dichiarazioni italiane nelle settimane scorse si va via via smorzando. "C'è la possibilità che i gruppi politici formulino una modifica della proposta legislativa della Commissione Ue che consentirà di avviare i negoziati" con gli Stati membri. Dovranno quindi ritornare sul caso", spiega La Via. "Ormai è evidente che in aula non esiste la maggioranza per cambiare l'assegnazione ad Amsterdam. Ogni Paese - continua l'eurodeputato - tenterebbe di portare acqua al suo mulino. Molti eurodeputati sono preoccupati per la continuità dell'attività dell'Agenzia e temono che questa sarebbe minacciata se si rimettesse in discussione l'assegnazione".

Lo schiaffo della commissione costituzionale

Già la scorsa settimana, durante il voto in [commissione Affari costituzionali](#), era stato bocciato l'emendamento presentato da Mercedes Bresso (Pd). In quella sede si chiedeva di rimettere in discussione la scelta di Amsterdam, ma il risultato è stato negativo. Bresso ha lamentato il voltafaccia proprio del Partito popolare che non ha appoggiato la sua mozione. La spaccatura è evidente.

Un voto contrario per dare un segnale

C'è anche il Parlamento. La sensazione è che in plenaria, qualora dovessero esserci i numeri, l'emiciclo Ue voterà contro l'assegnazione di Amsterdam. Ma non perché contraria all'Olanda, ma per dare un segnale forte alle altre due istituzioni europee, Consiglio e Commissione. Gli europarlamentari darebbero un voto simbolico per affermare il proprio ruolo di co-decisori dopo aver lamentato di essere stati emarginati nel processo di assegnazione. Molto probabile che si andrà al trilogio ossia un negoziato a tre tra Parlamento, Consiglio e Commissione. "Rimettiamo in moto il tema istituzionale affermando che il Parlamento deve essere parte di tutto il processo legislativo", afferma La Via. "È un assist che noi facciamo al prossimo governo – continua l'eurodeputato – che così avrà modo di far valere le proprie ragioni davanti agli altri Stati membri". Per Amsterdam potrebbe non cambiare nulla, ma il Parlamento non vuole mettere la parola fine alla vicenda senza dire la sua

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

Ordini dei medici: le donne sono ancora troppo poche

Un'analisi dei risultati degli ultimi rinnovi ordinistici: più della metà degli Ordini non ha donne negli organismi esecutivi. Undici le donne presidente di Ordine, poco più del 10 per cento. Ma sotto i 50anni i medici donna sono di più.



06 MAR - Oltre la metà degli ordini italiani (56 ordini su 106) non ha una donna nell'esecutivo del consiglio provinciale. Il dato si riscontra sia nei piccoli ordini (14 su 30) sia negli ordini al di sotto dei 6.000 iscritti e sopra i 1.500 (35 su 59) e in 7 su 17 degli ordini sopra i 6.000 iscritti.

Nell'analisi dei dati delle presenze femminili si è considerato il numero totale delle persone presenti nei consigli degli ordini, compresi gli odontoiatri. 72 ordini hanno consigli con 17 unità, 30 ordini sono per definizione Piccoli Ordini con meno di 1.500 iscritti medici e consigli con 11 unità. Le quattro città con maggior iscritti hanno dai 20 a 18 consiglieri.

Nelle elezioni per il rinnovo dei Consigli degli Ordini svoltesi nel 2017 vi sono ancora Ordini con zero donne in consiglio. Sono La Spezia e Vercelli - ordini con meno di 1.500 medici iscritti - ed Avellino con quasi 3.000 iscritti. Avellino ha 4 revisori al femminile, Vercelli e La Spezia ne hanno due.

Da diversi rinnovi si registra un costante incremento negli organismi elettivi degli ordini per tutte le variabili considerate. In particolare nel 2017 sono aumentate le donne presidenti - da 6 a 11 - superando di poco il 10%. "Tale incremento può essere riconducibile alla presenza di Roberta Chersevani al vertice della Federazione. Il maggior incremento di tutte le altre variabili si è avuto fra il 2012 e il 2014. "Mi piace ricordare - dice Annarita Frullini in quegli anni Coordinatrice dell'Osservatorio della Professione Femminile - l'allora presidente **Amedeo Bianco** e il grande spazio dato sui media a tematiche femminili".

Dice **M. Antonella Arras** di Torino: "Cresce sia la percentuale di iscritte agli ordini che la presenza negli organismi rappresentativi, ma la crescita è comunque sottodimensionata". **Federica Zolfanelli** di Firenze sottolinea come non esistano per le presenze femminili particolari distribuzioni geografiche e quanto sia alta la variabilità intraregionale dei dati elettorali.

Più omogenei sono invece i numeri che mostrano il costante aumento delle donne nella professione medica. Sono solo tre le province con una popolazione medica femminile al di sotto del 33,3% (Napoli, Salerno e Taranto) fino alla percentuale minima del 31,5 a Napoli. Due province del Nord - Imperia e Venezia - registrano una presenza femminile al di sotto del 35%.

La provincia con la maggiore presenza di donne medico iscritte è Nuoro - 54,5 - seguita da Cagliari 49,8%. Se consideriamo i sei ordini con una popolazione medica di oltre diecimila unità Napoli è l'unica città al di sotto del 40%.

"Oggi in Italia - dice **M. Antonella Arras** - in base ai dati della Federazione di gennaio 2018, le donne medico sono 175,087 su 429,664 con una percentuale del 40,75. Nel 2009 erano il 37,80".

"Se consideriamo le fasce di età - aggiunge Frullini - le donne dai 24 ai 59 anni sono circa il 50%. Nello specifico le donne medico al di sotto dei 39 anni sono il 60%, dai 40 ai 49 oltre il 50, e sono ancora il 40% dai 50 ai 60. Sono il 25% dai 60 ai 69".

Nonostante l'incremento delle presenze femminili negli Ordini si è ancora lontano da una rappresentatività consona a tali numeri.

Vi è certamente una pluralità di cause e concause. Forse varrebbe la pena di cominciare proprio da La Spezia, dove operano colleghe motivate e competenti, per capire perché l'interazione fra donne e istituzione ordinistica non sia attrattiva o sia addirittura respingente. Saranno analisi indispensabili per decidere quali misure di promozione della parità inserire nei decreti attuativi della legge **Lorenzin** per a favorire "l'equilibrio di genere e il ricambio generazionale nella rappresentanza".

Interessante appare anche la presenza femminile fra i revisori.

Oltre Avellino, anche l'Ordine di Latina ha 4 revisori donna. Sarebbe quasi che **Giovanni Maria Righetti**, storico presidente, stia costruendo strategie future con le 4 donne nei revisori e più 4 donne in consiglio e altre 2 nell'esecutivo.

Vi sono ben 11 ordini - sia grandi che piccoli - che non hanno nessuna donna tra i revisori. Fra le grandi città Bologna, Messina, Reggio Calabria e Venezia. Sono 45 le province con un solo revisore, 50 con due o più revisori.

Tornando ai consigli degli ordini oltre i tre con zero donne vi sono ben sette ordini con una sola donna in consiglio.

Piccoli ordini - Crotone Rieti Aosta - e medi ordini - Agrigento Cuneo e Livorno - e Lecce con oltre cinquemila iscritti.

In 24 ordini vi sono solo due donne presenti, e la metà sono nei piccoli ordini. Vi sono anche ordini con oltre seimila iscritti: Salerno, Catania e Messina.

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)

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



Elezioni 4 marzo. La sanità nei programmi dei partiti per le politiche e le regionali

tutti gli speciali

iPiùLetti [7 giorni] [30 giorni]

- 1** Infermieri: sindacati autonomi ancora in sciopero. Stop di 48 ore il 12 e 13 aprile
- 2** Contratto sanità. "Ecco perché abbiamo firmato. No al neo corporativismo". Intervista alla segretaria nazionale Fp Cgil Serena Sorrentino
- 3** Il nuovo contratto sanità. Le tante criticità di una firma frettolosa
- 4** Elezioni. È Armando Bartolazzi il nome scelto dal M5S per il Ministero della Salute
- 5** Vaccini. Montagnier: "Obbligo, errore politico e medico"
- 6** "Facciamo chiarezza sul contratto della Sanità Pubblica". Cgil, Cisl e Uil rispondono alle critiche

[Link al Sito Web](#)

Sia in medi che in piccoli ordini una di queste due donne è in esecutivo. A Fermo e a Vibo Valentia le due donne sono entrambe nell'esecutivo.

3 donne - il 17,64% - sono presenti in 18 consigli con 17 consiglieri. Fra questi Bergamo e Como hanno due donne nell'esecutivo.

Nei consigli con 17 consiglieri 4 donne - 23,52% - sono presenti in 19 consigli e nella metà degli ordini almeno una donna delle quattro è nell'esecutivo. Nel caso di Palermo, Firenze e Brescia vi sono due donne delle quattro in esecutivo.

Fra gli ordini con più di 6.000 iscritti registriamo la presenza in consiglio di 7 donne a Padova e 6 a Torino.

Siamo andate anche a vedere la presenza femminile negli esecutivi delle città dei 13 colleghi eletti nel CC della FNOMCeO.

Si tratta di 13 ordini. Fra questi Teramo, l'unico al di sotto dei 2.000 iscritti. Siena, Como, Ancona e Venezia hanno meno di 5.000 iscritti, Bergamo, Cosenza, Cagliari e Bari meno di 10mila iscritti. Palermo, Torino, Napoli e Roma hanno più di diecimila iscritti.

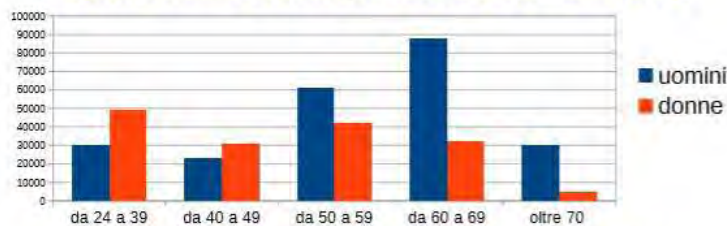
Negli ordini di Bari, Venezia, Siena, Napoli e Teramo non vi sono donne nell'esecutivo.

Hanno 1 donna in esecutivo Cosenza, Roma e Cagliari. Sono 5/13 gli Ordini con 2 donne nell'esecutivo: Palermo, Bergamo, Como, Ancona e Torino.

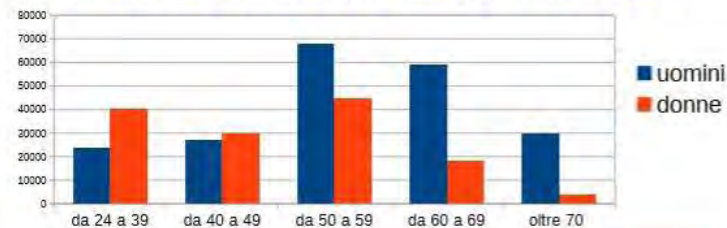
Ed è proprio Torino, con 6 donne su 18 consiglieri pari al 33,33%, a registrare nei Consigli dei presidenti eletti nel Comitato Centrale la massima apertura al femminile.

Abbiamo pensato che la conoscenza di questi dati possa essere base di riflessione per i medici, uomini e donne, per la costruzione di analisi propositive.

Medici: uomini e donne per fascia d'età - anno 2012



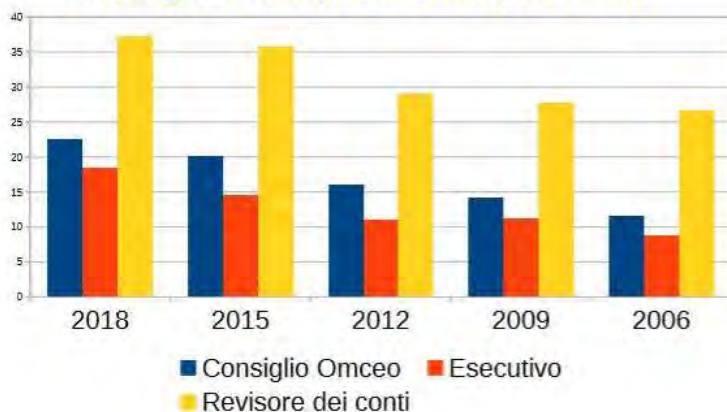
Medici: uomini e donne per fascia d'età - anno 2016



Dati CED-FNOMCEO dicembre 2016

Autore: Annarita Frullini

% donne Consigli Omceo, esecutivi, revisori



A cura di Annarita Frullini, M. Antonella Arras, Federica Zolfanelli

06 marzo 2018

© Riproduzione riservata

Allegati:

■ [Le donne nella professione medica](#)

7 Infermieri, la rivolta esplose sui social. Dietro il dissenso sulla firma del contratto c'è soprattutto l'appiattimento stipendiale di una categoria che si sente tradita

8 Emilia Romagna, Lombardia e Veneto firmano col Governo i pre accordi per l'autonomia. Sulla sanità avranno mano libera su molte questioni: dal personale ai farmaci equivalenti, ma anche su ticket, tariffe, rimborsi e fondi integrativi

9 Contratto comparto sanità. La Fp Cgil annuncia la sigla della preintesa. Incrementi mensili dello stipendio da 80 a 95 euro. E arriveranno anche gli arretrati del 2016 e 2017. Ecco i dettagli

10 Dirigenza medica e sanitaria. Intersindacale: "Condannati ad essere pagati sempre meno. Resta lo stato di agitazione"

BREVI**Dal Territorio****AGENZIA DEL FARMACO****«No maggioranza
per stop Olanda»**

«È evidente» che al Parlamento europeo non c'è la maggioranza necessaria a rimettere in discussione la scelta di Amsterdam come nuova sede dell'Ema (l'Agenzia europea del farmaco che dovrà lasciare Londra a seguito della Brexit). Questa l'indicazione data da Giovanni La Via, presidente della commissione ambiente del Parlamento europeo, che sta preparando la risoluzione sul trasloco dell'Ema ad Amsterdam dopo il sopralluogo effettuato il 22 febbraio scorso. Gli eurodeputati proveranno però a tenere aperto il caso costringendo gli Stati Ue a pronunciarsi nuovamente sulla vicenda e riconoscere il ruolo di co-legislatore del Parlamento europeo.

