



RASSEGNA STAMPA 25-05-2018

1. ANSA Tumori curati con ultrasuoni, dottoressa sospesa dall'Ordine
2. DIRE Tumore seno, Perrone (Ecbm): !"PAM50 per terapie oncologiche personalizzate"
3. ANSA Tumore al polmone, verso terapia chemio-free
4. GIORNALE La dieta mediterranea? Va forte in Svezia
5. ARENA Sos pelle, dermatite in aumento
6. LIBERO QUOTIDIANO Uno specialista non si giudica dalle sue abilità con le lingue
7. INTERNAZIONALE Un vaccino contro il virus ebola
8. IL DUBBIO Medici, avvocati e magistrati: intesa per perizie «garantite» nei processi
9. IL DUBBIO Int. a Renato Balduzzi - «Professionisti e Csm uniti dal senso delle istituzioni
10. ADN KRONOS Ricerca: il movimento fa bene alla salute dei neuroni, studio italiano

<http://www.ansa.it>

Tumori curati con ultrasuoni, dottoressa sospesa dall'Ordine

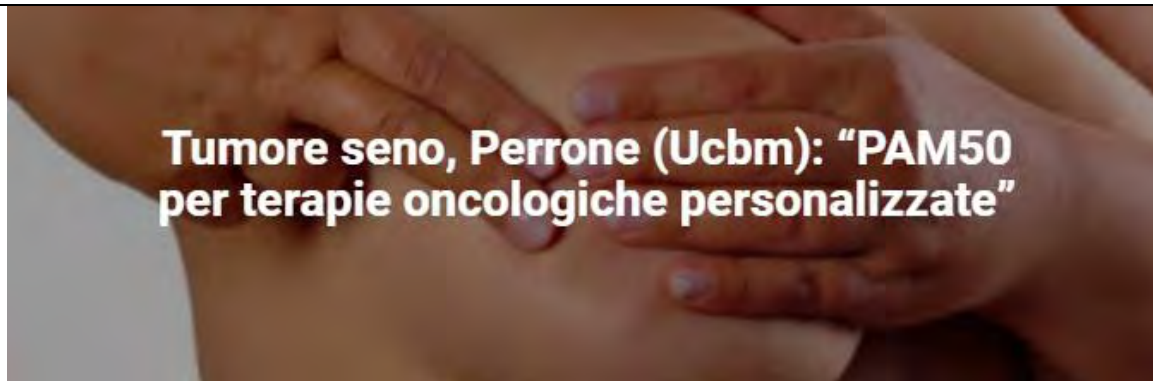
Non potrà esercitare come medico estetico e come guardia medica



(ANSA) - NUORO, 24 MAG - Dopo l'interdizione dalla professione medica per un anno disposta dal Gip del tribunale di Lanusei, per Alba Veronica Puddu - la dottoressa di Tertenia finita sotto inchiesta a seguito del servizio televisivo delle "Iene" per aver assicurato cure miracolose con gli ultrasuoni ai malati di tumore - arriva anche il provvedimento disciplinare dell'ordine dei medici della provincia di Nuoro, che ha sospeso temporaneamente la professionista dall'esercizio dall'attività. "Il consiglio dell'ordine ha votato il provvedimento all'unanimità - spiega la presidente dell'OdM Maria Giobbe - un atto che arriva come conseguenza dell'interdizione da parte della magistratura. Si tratta di una sospensione temporanea per un anno. Il procedimento rimane aperto in attesa di ulteriori indagini degli inquirenti, sui cui sviluppi vigileremo". Puddu non potrà esercitare la sua professione di medico estetico nell'ambulatorio privato di Tertenia, ma neanche quella di guardia medica a Perdasdefogu, dove era in servizio da anni.

La Procura ogliastrina ha aperto l'inchiesta sulla professionista dopo la messa in onda il 19 novembre 2017 della trasmissione televisiva su Italia 1: omicidio colposo, lesioni personali, circonvenzione di incapace e truffa continuata le ipotesi di reato contestate alla professionista. Agli atti ci sono già le testimonianze del medico legale che constato' i decessi di due malati oncologici avvenuti nello studio della dottoressa e di alcuni familiari dei pazienti convinti a seguire le sue terapie. Nei giorni scorsi il Gip Francesco Alterio aveva accolto la richiesta del Pm Gualtiero Battisti, di sospensione della professionista dalla professione medica, ma ha rigettato la richiesta di arresti domiciliari. Nell'interrogatorio di garanzia Alba Veronica Puddu si era difesa negando ogni addebito. Il suo avvocato, Pietro Alberto Ippolito, ha annunciato di voler presentare una memoria in cui verranno formulate diverse istanze.

<http://www.dire.it>



ROMA – Gli ultimi dati diffusi dall'**Aiom** confermano che il **tumore al seno** ha un'**incidenza elevata nella popolazione femminile italiana**. Nel 2017 infatti sono state ben **50.500 le nuove diagnosi**, ma le prospettive di guarigione, se la neoplasia viene scoperta agli esordi, sono elevate. Dopo un intervento chirurgico, per asportazione di tumore al seno, il medico oncologo valuta l'opportunità di sottoporre la paziente a chemioterapia. Grazie a nuovi test l'oncologo oggi riesce a reperire sempre più informazioni, utili a individuare i casi in cui la chemioterapia può essere evitata. Per parlare delle nuove frontiere delle cure per il carcinoma mammario, la Dire ha intervistato il professor **Giuseppe Perrone**, associato di **Anatomia Patologica dell'Università Campus Bio-medico di Roma**.

– Professore qui possedete l'unico apparecchio in uso in Italia per il test genetico per carcinoma mammario, come funziona e a cosa serve?

“E' un progetto partito qui al Campus Bio-medico nel giugno del 2014, che ha subito convinto la nostra istituzione da sempre attenta alla personalizzazione delle terapie e a mettere al centro il paziente. Questo progetto, il **PAM50**, si pone l'obiettivo di classificare il carcinoma della mammella nella maniera più tecnologicamente avanzata in modo da permettere una **personalizzazione delle cure**. Il PAM50 è nato negli Stati Uniti a seguito di studi partiti nel 2000 e conclusi nel 2009 e grazie a esso si è compreso che le neoplasie mammarie possono avere diversi gradi di intensità e in più predire, già dall'inizio, l'aggressività del tumore, al fine di calibrare meglio le scelte terapeutiche che l'oncologo compie. Inoltre, attraverso questo test **è possibile individuare 50 geni e classificare così il carcinoma mammario in 4 tipologie differenti**: Luminal A, B, Erb2+ e Basal-Like per programmare un protocollo personalizzato. Va anche detto che proprio recentemente è stata inserita nelle linee guida del carcinoma mammario la possibilità proprio di effettuare la **caratterizzazione molecolare**“.

– Test tradizionali genomici e questi di ultima generazione, quali le differenze ed eventuali limiti?

“Finora qui al Campus Bio-medico **abbiamo sottoposto a screening ben 150 pazienti** e abbiamo confrontato i risultati a seguito del test PAM50 con quelli di tipo tradizionale cioè con approccio morfologico e immunohistochimico. Ci siamo accorti, anche grazie a uno studio multicentrico portato avanti anche da due centri spagnoli, uno a Barcellona e uno a Madrid, che su 500 pazienti il 40% non è classificato correttamente e dunque queste donne non ricevono terapie corrette. Predire dall’inizio quali sono le neoplasie, suddividendole tra quelle che sono aggressive e quelle che non lo sono, permette di capire il rischio di recidiva. Queste sono le due informazioni che da PAM50”.

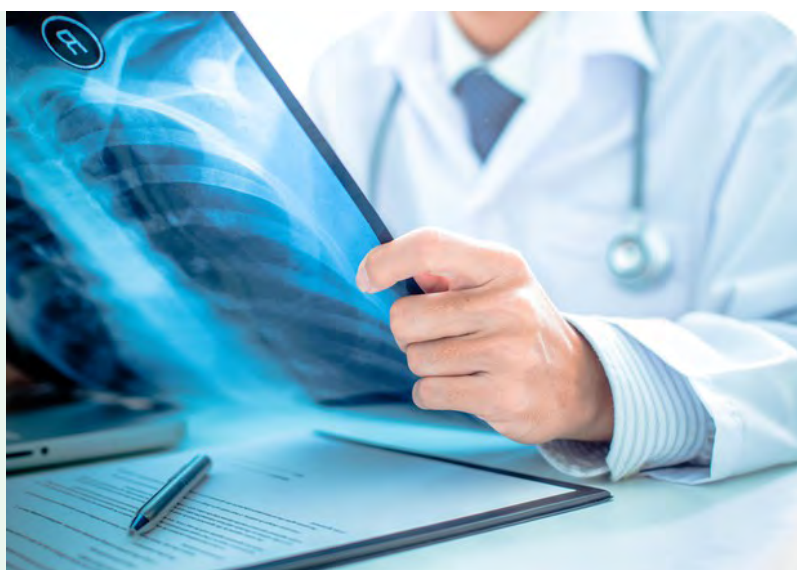
– Il PAM50 è indicato per le donne operate per cancro al seno. Qual è l’incidenza della patologia oggi in Italia?

“Gli ultimi dati dell’incidenza in Italia parlano di **50 mila nuovi casi l’anno** e dunque si può dire che 1 donna su 8 potrà essere affetta nella sua vita da carcinoma mammario. Dunque l’incidenza della patologia è alta, ecco perché è importante per il medico poter classificare correttamente la malattia: ciò garantisce il miglior approccio terapeutico possibile e permette anche un risparmio economico da un punto di vista del Ssn”.

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

Tumore al polmone, verso terapia chemio-free per il 40% dei pazienti

Test fotografa le mutazioni del cancro, per immunoterapia personalizzata



(di Manuela Correr) Curare il tumore al polmone senza la chemioterapia. E' una prospettiva che, a tempi brevi, potrebbe diventare realtà per 4 pazienti su 10, e questo grazie alla nuova arma dell'immunoterapia 'di precisione', ovvero utilizzando i farmaci innovativi mirati a risvegliare il sistema immunitario contro il cancro in combinazioni 'a misura di paziente', sulla base cioè delle caratteristiche del tumore del singolo individuo. E' questo lo scenario delineato dagli oncologi in occasione della presentazione del nuovo test TMB (Tumor mutational burden) in grado di 'fotografare' in modo completo le alterazioni molecolari del tumore analizzando fino a 500 geni e, sulla base di ciò, aprire la strada alla migliore immunoterapia per quel singolo paziente. Si è infatti dimostrato che l'immunoterapia è più efficace nei tumori con un alto numero di mutazioni, come il cancro al polmone, vescica, gastrointestinale e il melanoma. La validità di questo nuovo test biomarcatore è stata dimostrata nello studio di fase III CheckMate-227: "I risultati positivi dello studio stabiliscono il potenziale di TMB come importante biomarcatore predittivo per la selezione dei pazienti candidabili al trattamento di combinazione con due molecole immunoterapiche, nivolumab e ipilimumab, nel tumore del polmone non a piccole cellule avanzato", afferma Federico Cappuzzo, Direttore Dipartimento Oncoematologia dell'Ausl Romagna.

Significativi i risultati: il tasso di sopravvivenza libera da progressione della malattia a un anno era più del triplo con la combinazione immunoterapica (43%) rispetto alla chemioterapia (13%). Ci stiamo dunque avvicinando, spiega Cappuzzo, alla "concreta possibilità di abbandonare la chemioterapia nel trattamento di molte persone, pari a circa il 40%, colpite da questa neoplasia in fase avanzata. Sicuramente un grande vantaggio per i pazienti". Infatti, è proprio del 40% la media di pazienti con tumore al polmone che presenta anche un alto grado di mutazioni geniche, condizione che rende appunto particolarmente efficaci i farmaci immunoterapici. Ed una nuova prova dell'efficacia dell'immunoterapia, afferma Cappuzzo, "arriva pure da un altro studio appena pubblicato sul New England Journal of Medicine, che dimostra come la combinazione delle molecole immunoterapiche nivolumab e ipilimumab possa risultare efficace anche nei pazienti con tumore al polmone non ancora operati, portando ad una regressione completa della malattia in circa il 40% dei casi". Gli obiettivi sono, pertanto, "da un lato, fornire la migliore terapia a ogni persona colpita da tumore, dall'altro utilizzare al meglio le risorse disponibili - sottolinea Michele Maio, direttore del Centro di Immunoncologia e dell'Unità Operativa Immunoterapia Oncologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese -. In questa direzione, TMB si sta rivelando un biomarcatore molecolare 'solido', cioè analizzabile in maniera univoca, e per questo è particolarmente affidabile".

La chiave è insomma il carico di mutazioni geniche che caratterizzano il tumore. Studiarle, per scegliere l'immunoterapia più adatta, è quindi fondamentale: per questo nascerà, con il coordinamento dell'Istituto Nazionale Tumori Pascale di Napoli e della Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), il primo Registro nazionale delle mutazioni geniche. Significativi passi avanti, quindi, contro uno dei primi 'big killer': di cancro al polmone, ogni giorno, in Italia vengono diagnosticati circa 115 nuovi casi, 41.800 nel 2017. È una neoplasia in costante crescita, soprattutto fra le donne, e particolarmente difficile da trattare, anche perché il 60% dei casi è diagnosticato in fase avanzata.

IL CIBO SPAZZATURA HA INVERTITO LA ROTTA

La dieta mediterranea? Va forte in Svezia

Allarme dei dietologi: mangiano sano solo i bambini dell'Europa del Nord

40%
È il tasso percentuale di obesità nei bambini di Grecia, Spagna e Italia. Colpa del fast food

5-9%
Paesi come Francia, Norvegia, Irlanda, Lettonia e Danimarca registrano tassi molto più bassi

Anna Muzio

■ È finita. I più ricchi d'Europa non lo siamo più da tempo, ma ci consolavamo pensando di essere i più sani e quelli che mangiavano meglio. Grazie alla dieta mediterranea dei nostri nonni, a base di frutta e verdura, cereali integrali, legumi e olio di oliva, che un tempo si definiva «povera» ed è risultata essere ricchissima per la salute. Peccato che noi Europei del Sud, i suoi inventori, non la seguiamo più. O quanto meno non la seguono più i nostri figli. Che al pane e pomodoro preferiscono hamburger e patatine, pizza, salumi e le temibili merendine.

L'allarme è stato lanciato dall'Ufficio regionale per l'Europa dell'Oms, Organizzazione mondiale per la sanità. Che ha citato i dati più recenti (anni 2015-17) e (per noi) allarmanti del Childhood Obesity Surveillance initiative, uno studio che da dieci anni misura peso e altezza di 250mila bambini di età compresa tra i 6 e i 9 anni in 38 Paesi europei.

Risultato? Italia, Spagna, Grecia, Cipro, Malta e San Marino presentano i tassi di obesità infantile più alti, con un bambino su 5 affetto. Meglio va il Nord Europa: in Francia, Norvegia, Ir-

landa e Danimarca la percentuale scende dal 18-21 per cento al 5-9 per cento per entrambi i sessi.

Insomma la dieta povera, data per scontata nelle nostre campagne e «scoperta» negli anni '70 da due americani, i coniugi Ancel e Margaret Keys, lui biologo lei chimica, da quando si è scoperto che è tanto sana non ci piace più. Non sembra essere tanto una questione di gusto, quanto di stili di vita. Perché per cucinare caponata e pasta e fagioli ci vuole troppo tempo. E noi non ce l'abbiamo più. Un dato confermato dall'aumento dei consumi fuori casa. Preferiamo prenderci una cosa al bar o al ristorante, oppure ricorriamo al piatto confezionato. Poi magari non sappiamo dire di no alla creatura quando strepita per la bevanda gassata (tra le prime sul banco degli imputati quando si tratta di obesità infantile) o il dolcetto.

Il dottor Joao Breda, a capo dell'European Office for Prevention and Control of Non communicable Diseases dell'Oms dopo aver sparato un tantino a zero al Congresso europeo sull'Obesità a Vienna («La dieta mediterranea per i bambini di questi Paesi è morta, la seguono di più i bam-

bini svedesi»), smorza i toni. Perché le cose negli ultimi anni sono migliorate, «segno dei grandi sforzi fatti per prevenire l'obesità infantile». Poi *en passant* manda un messaggio alla «mamma italiana» secondo la quale «ogni scarraffone è bello»: «è fondamentale aumentare il consumo di frutta e verdura nei bambini ma anche la consapevolezza dei genitori, visto che i dati mostrano che molte madri non riconoscono l'obesità nei loro figli». Intanto, in Italia l'aspettativa di vita resta tra le più alte al mondo: 84,9 anni per le donne e 80,6 per gli uomini. Dal 2016 i consumi di pesce, frutta e verdura sono aumentati. Permettendo agli italiani di guadagnare altri 1,6 anni di vita. Però alla fine, è un problema (anche) di educazione. Le maestre parlano di frutta e verdura che finisce nei cassonetti e le polemiche sulla mensa scolastica sono all'ordine del giorno. Chissà se a scuola i piccoli svedesi sono choosy come i nostri. Di sicuro sono più magri.



SALUTE. Numeri e ricerche al centro del convegno Sidemast in corso in Fiera fino a sabato. In crescita anche i tumori

Sos pelle, dermatite in aumento Oltre ai bimbi, boom tra adulti

Vittime della patologia 8 veronesi su 100: esordisce come un eczema ma è altamente invalidante
Girolomoni: «Interferisce con la vita normale»

Laura Perina

Nei bambini è la più comune malattia infiammatoria della pelle, ma in Italia è boom di dermatite atopica anche fra gli adulti: ne soffre l'8 per cento degli over 18, a fronte del 5 per cento che si registra in altri Paesi europei ed extraeuropei. Lo svela uno studio a cui ha partecipato l'Università di Verona, condotto un team internazionale di specialisti fra cui Giampiero Girolomoni, ordinario di Dermatologia dell'ateneo scaligero e direttore della clinica dermatologica dell'azienda ospedaliera.

È record anche in riva all'Adige. Lo spiega bene il primario, presidente del 93° congresso nazionale della Sidemast (Società italiana di Dermatologia medica, chirurgica, estetica e delle malat-

tie sessualmente trasmesse) che si sta svolgendo al centro congressi della Fiera.

«Non la riconoscevamo come una patologia dell'età adulta», dice, «mentre oggi la sua prevalenza è aumentata». Merito dell'accesso alle diagnosi, più alto in Italia che altrove. Ugualmente, però, si corre ai ripari: «a Borgo Trento» da dove transitano ogni mese centinaia di pazienti adulti e anziani «vorremmo addirittura mettere in piedi un ambulatorio dedicato», anticipa Girolomoni.

La dermatite atopica colpisce otto veronesi su cento e per un terzo di loro esordisce in età adulta. Soprattutto in forma lieve o moderata, in pratica come un eczema. «Ma non per questo è meno fastidiosa» sottolinea il dermatologo. La patologia interferisce col lavoro, le relazioni sociali, il sonno e la capacità di concentrazione. «Quando è grave ed è associata a prurito molto intenso, compromette seriamente la qualità

della vita. Non si riesce a fare nient'altro, se non grattarsi». In questo caso il trattamento prevede l'impiego di farmaci immuno-soppressori che hanno diverse controindicazioni e sono spesso poco tollerati, anche se «esistono nuove terapie efficaci» rassicura Girolomoni. «Una in particolare è già stata approvata dall'Agenzia europea per i medicinali, mentre altre sono in fase avanzata di sviluppo».

A Verona, capitale della dermatologia fino a sabato, sono quasi un migliaio gli esperti riuniti per fare il punto anche sui tumori della pelle, in forte incremento. In particolare i melanomi: ogni anno colpiscono circa 20 persone su 100mila e se oggi sono il più frequente tumore tra i giovani, la loro incidenza non va sottovalutata nemmeno negli anziani. «Del resto, loro sono i giovani degli anni '40 e '50, un periodo in cui non si parlava e nemmeno si utilizzava la fotoprotezione»

spiega Girolomoni.

L'estate è alle porte e la parola d'ordine è attenzione, per prevenire i danni anche gravi che i raggi ultravioletti provocano alla cute. «Per evitarli vanno seguiti i criteri che derivano dall'osservazione scientifica» avverte Piergiacomo Calzavara Pinton, presidente della Sidemast. «Le creme non sono un talismano. Proteggono la pelle dalle ustioni ma non offrono alcuna prevenzione contro i tumori. L'unica vera prevenzione è limitare l'esposizione al sole». Senza profumo, con etichette ben leggibili e in confezione grande per essere spalmata uniformemente su tutto il corpo. È questo l'identikit della crema solare efficace per prevenire le scottature secondo. E va spalmata nelle quantità giuste: non meno di 40 grammi ogni ora di esposizione al sole. ●

Il primario dell'Azienda ospedaliera invita alla prevenzione e a proteggersi dal sole



Il dottor Giampiero Girolomoni



Crema per ripararsi dalle scottature: i dermatologi raccomandano



Dottore non cura paziente che parla solo inglese**Uno specialista
non si giudica
dalle sue abilità
con le lingue**

di G. VENEZIANI a pagina 15

Il caso che divide Pordenone: la signora, straniera, costretta a fare il giro degli studi

Il medico non parla inglese: paziente respinta

Lei è straniera, sposata con un italiano, ma non conosce la nostra lingua: parla inglese. Due medici a Pordenone rifiutano di scriverle una ricetta per degli esami del sangue perché nessuno capisce l'inglese. Il caso è stato raccontato da *Il Gazzettino*. Il marito ha detto al giornale di aver presentato un esposto all'Asl. L'Ordine dei Medici è pronto a indagare.

**Un dottore non si giudica
dalle lingue che conosce**

GIANLUCA VENEZIANI

È vero, l'obiezione facile è che loro sono i primi a non farsi capire, compilando le prescrizioni mediche in una grafia a metà tra il sanscrito e la scrittura cuneiforme, che richiederebbe l'aiuto del grafologo. Ma ciò che conta, in realtà, è che siano loro a capire la patologia del paziente, a livello sia medico che linguistico. Per questo ci sentiamo di spezzare una lancia, o forse un bisturi, in favore dei due medici di Pordenone che si sono rifiutati di prescrivere un'impegnativa a una paziente che non parlava l'italiano. E che loro faticavano a comprendere.

Il primo punto da chiarire è: deve essere il medico a venire incontro alla lingua del paziente o viceversa? Se siamo in Italia e tu parli solo inglese, forse dovresti farti accompagnare da qualcuno, un parente o un mediatore culturale, che traduca ciò che dici e lo faccia capire al medico. Capiterebbe così anche in Inghilterra: non crediamo che un medico inglese sia tenuto a conoscere l'italiano, se il suo paziente parla solo quella lingua. Si potrebbe contestare che l'inglese è una lingua internazionale: ma siamo così sicuri che in Francia, Spagna o Bulgaria un dottore sia disposto a fare prescrizioni, con termini scientifici peraltro, in una lingua che non gli appartiene? O è solo un nostro complesso di inferiorità culturale che ci induce a pretendere il Medico Anglofono in presenza, come nel film, di un Paziente Inglese? A ciò si aggiunge un lecito interrogativo di natura ideologico-politica. Non è che la richiesta conoscenza dell'inglese da parte del medico sia un modo per avallare l'idea che, d'ora in avanti, lui avrà a che fare sempre più con pazienti stranieri, cioè con immigrati? E che magari, dopo l'inglese, gli sarà richiesta anche la conoscenza dell'arabo?

L'ultimo aspetto ha a che fare con la formazione stesso del medico. Avete mai sentito che tra le sue competenze curriculari debba esserci necessariamente la perfetta padronanza della lingua straniera? A parti invertite, allora, anche un laureato in Lingua inglese dovrebbe avere nozioni di Medicina generale... Preferiamo piuttosto che il medico faccia diagnosi giuste nella sua lingua, tanto più quello di quartiere che notoriamente non è un medico senza frontiere. Chi volesse respirare aria multiculturale anche per chiedere un'impegnativa si rechi pure dal glottologo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un vaccino contro il virus ebola

Chloé Hecketsweiler, *Le Monde*, Francia

Migliaia di persone saranno sottoposte alla profilassi nel nordovest della Repubblica Democratica del Congo, dove una nuova epidemia ha causato almeno ventisette morti

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha avuto il via libera delle autorità per inviare nella Repubblica Democratica del Congo le prime dosi di un vaccino sperimentale contro il virus ebola. La nuova epidemia si è manifestata tra aprile e maggio nella provincia dell'Equatore, nel nordovest del paese, e da allora sono stati registrati una cinquantina di casi sospetti o confermati.

L'epicentro si trova a Bikoro, sulle rive del lago Tumba, in una zona molto isolata. Per portare sul posto le squadre mediche e i farmaci bisognerà organizzare un ponte aereo. Una delle grandi sfide logistiche sarà la catena del freddo: il vaccino dev'essere conservato a una temperatura di meno 80 gradi centigradi all'interno di appositi congelatori.

Messo a punto dall'azienda farmaceuti-

ca Merck nel 2016, il vaccino si è rivelato efficace nei test sugli esseri umani, ma non ha ancora ricevuto l'autorizzazione per essere messo sul mercato. Noto con il nome di V920, è stato sperimentato in Guinea nel 2015, alla fine di un'epidemia che aveva causato più di undicimila morti in Africa occidentale. I risultati, pubblicati su *The Lancet* nel 2017, sembrano promettenti: delle circa seimila persone vaccinate (tra cui duecento bambini) nessuna aveva contratto la malattia nelle settimane successive. I partecipanti erano stati selezionati in base alla loro vicinanza a un paziente infetto (in gergo si parla di "contatti" e "contatti di contatti"). L'unica incognita è la durata della protezione data dal vaccino.

L'efficacia di questa vaccinazione "ad anello" giustifica l'uso del V920 in un contesto di emergenza. "L'obiettivo è rompere le catene di trasmissione", spiega Denis Malvy, specialista di malattie infettive e tropicali presso il Centro ospedaliero universitario di Bordeaux. "In questo senso, la difficoltà maggiore è individuare le persone con cui i malati sono stati in contatto".

Tre focolai di contagio sono stati individuati e quasi quattrocento persone in contatto con i malati saranno vaccinate per

prime, insieme al personale medico. Il vaccino è somministrato in un'unica dose.

Il V920, che si basa sui lavori di un laboratorio pubblico canadese, era stato inizialmente sviluppato dall'azienda biotecnologica statunitense NewLink Genetics. Alla fine del 2014 questa aveva concluso un accordo di licenza con Merck, che poi ha avviato le vaccinazioni nel marzo del 2015 in Guinea. I dati raccolti in occasione di questo test clinico, il più importante condotto durante un'epidemia, saranno studiati con grande attenzione dalle agenzie sanitarie in Europa e negli Stati Uniti, dove la Merck vuole registrare il vaccino.

Una riserva di emergenza

Attualmente l'Oms ha quattromila vaccini ma sono disponibili almeno altre 30 mila dosi. I vaccini sono stati prodotti dalla Merck dopo un accordo con la Gavi Alliance, una partnership internazionale che vuole favorire l'accesso ai vaccini nei paesi poveri. Nel gennaio del 2016 la Gavi Alliance si è impegnata a versare cinque milioni di dollari per creare una riserva di emergenza. Il rischio principale è che il virus ebola possa diffondersi nella città di Mbandaka, che ha un milione di abitanti. "Se l'ebola prendesse piede nelle aree urbane, in particolare nei quartieri più degradati, sarebbe molto difficile debellarlo", spiega Peter Salama, che dirige le operazioni di emergenza dell'Oms. Anche i collegamenti fluviali sono un fattore di rischio: il fiume Congo collega Bikoro alla capitale Kinshasa (11,5 milioni di abitanti) e a Brazzaville, in Congo (1,9 milioni di abitanti). Chiatte e piroghe circolano quotidianamente in questa regione di frontiera.

"Nelle zone scarsamente popolate il virus si diffonde lentamente, e questo spiega perché le precedenti epidemie nel paese sono rientrate rapidamente", spiega Sylvain Baize, specialista di febbri emorragiche dell'istituto Pasteur. "Ogni malato contagia in media da una a due persone, quindi siamo molto lontani dai tassi di malattie come l'influenza o il morbillo". Ma l'evoluzione dell'epidemia è difficile da prevedere. In Liberia e in Sierra Leone si è fermata all'improvviso nel 2015 senza che gli scienziati ne capissero i motivi.

Comunque sia, la disponibilità di un vaccino è una svolta significativa rispetto al 2014, quando l'Oms aveva tardato a intervenire. "Questa volta possiamo bloccare il contagio", conclude Malvy. ♦ *adr*

Da sapere Le epidemie di ebola in Rdc



Dal 1976 a oggi

Anno	Luogo	Casi	Morti
1976	Yambuku, Mongala	318	280
1977	Tandala, Equatore	1	1
1995	Kikwit, Kivu	317	245
2007	Kasai Orientale	264	187
2008-2009	Kasai Orientale	32	15
2012	Isiro, Alto Uele	62	34
2014	Equatore	66	49
2017	Basso Uele	8	4
2018*	Equatore	58**	27

*dati 21 maggio 2018. ** casi sospetti e confermati. Fonte: Oms

IL PROTOCOLLO SIGLATO IERI DA ANELLI (FNOMCEO) MASCHERIN (CNF) E LEGNINI (CSM)

Medici, avvocati e magistrati: intesa per perizie «garantite» nei processi

«LA PROFESSIONE LEGALE E QUELLA SANITARIA ACCOMUNATE DALLA TUTELA DI DIRITTI FONDAMENTALI», RICORDA IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO NAZIONALE FORENSE

C'è una legge introdotta poco più di un anno fa, la 24 del 2017 nota come "Gelli-Bianco", che detta nuovi criteri per la formazione, nei Tribunali, degli albi dei periti e consulenti in campo sanitario: l'obiettivo, come ricorda una nota diffusa ieri dal Csm, è «elevare le garanzie di qualità della competenza professionale e dell'indipendenza di giudizio» richieste appunto ai medici iscritti negli appositi albi. Ed è in vista della necessità di perfezionare e diffondere le linee guida per garantire quella «qualità» che ieri è stato sottoscritto un protocollo d'intesa a Palazzo dei Marescialli inedito per le stesse parti che vede coinvolte: con il vicepresidente del Consiglio superiore della magistratura Giovanni Legnini, infatti, l'intesa reca le firme del presidente del Consiglio nazionale forense Andrea Mascherin e del vertice della Federazione degli Ordini dei medici e odontoiatri (Fnomceo) Filippo Anelli. Il documento fa seguito a una delibera approvata lo scorso ottobre dal Csm, ratificata il 20 aprile dal Cnf e tradotta nei 18 articoli del protocollo, predisposto da un gruppo di lavoro che ha visto impegnati magistrati, medici e avvocati

(i consiglieri Celestina Tinelli e Davide Calabrò per il Cnf). Vi si sanciscono regole che dovranno ora essere seguite dai Comitati circondariali nella tenuta e aggiornamento degli albi, anche al fine di «sorvegliare sulla verità e qualità delle informazioni contenute». Secondo il presidente della Fnomceo Anelli, si tratta «di un passo importante che ci impegna a mettere a disposizione medici dotati delle migliori competenze specialistiche. Ne verranno vantaggi anche per l'avvocatura, che sarà certa di poter contare sul contributo, in ambito giurisdizionale, di professionisti di livello sempre garantito». Il presidente del Cnf Mascherin coglie innanzitutto «l'ulteriore passaggio nella collaborazione tra Cnf e Csm, avviata con il protocollo del 2016 e che in questo caso vede coinvolta anche la professione medica. Un dato non sorprendente, giacché medici e avvocati sono accomunati dalla tutela di diritti fondamentali, quali il diritto alla salute e quello alla difesa». Legnini tiene a ricordare «il percorso nato all'interno della settima commissione del Csm e coordinato dal consigliere Renato Balduzzi, che è stato relatore della delibera. Si tratta di una autentica svolta», per il vicepresidente del Consiglio superiore, «che consentirà al giudice di avere assistenza sempre più qualificata in controversie civili e penali centrate sul diritto alla salute e legate alla soluzione di questioni tecnico-scientifiche».

E. N.



BALDUZZI SULL'INTESA CON CNF E MEDICI**«Professionisti e Csm uniti dal senso delle istituzioni: la qualità prima dei profitti»****ERRICO NOVI**

«**L**e rappresentanze istituzionali delle professioni sanitarie e dell'avvocatura insieme con il Csm dimostrano senso di responsabilità istituzionale e prontezza nel cogliere la sfida della qualità». Così l'ex ministro della Salute e consigliere laico del Csm Renato Balduzzi commenta il protocollo sottoscritto ieri a Palazzo dei Marescialli tra Federazione degli Ordini dei Medici, Consiglio nazionale forense e Consiglio superiore della magistratura.

A PAGINA 8**«Ordini e Csm uniti da un nuovo senso di responsabilità»****RENATO BALDUZZI****ERRICO NOVI**

La Repubblica è nelle mani dei professionisti? Chiedetelo a Renato Balduzzi e si schernirà con la seguente risposta: «Prima di tutto viene il dovere di assicurare ai cittadini un contributo di qualità nei rispettivi ambiti». Un protocollo come quello sottoscritto ieri da Federazione degli Ordini dei medici, Consiglio nazionale forense e Csm è dunque «un passo verso un nuovo senso di responsabilità istituzionale da parte dei professionisti, sempre più chiamati a svolgere un ruolo sociale oltre che una libera attività privata». Secondo l'ex ministro della Salute e attuale componente laico del Csm, insomma, le professioni sono protagoniste di una nuova idea di cittadinanza non solo quando devono assumersi

la responsabilità di presiedere il Consiglio dei ministri.

Gli Ordini, che sono istituzioni pubbliche, possono contribuire a ravvivare la fiducia nelle istituzioni in generale?

Sì, a condizione di mettere sempre più da parte un'interpretazione sindacalizzata del ruolo e a valorizzare quello di garanzia della qualità offerta dai propri iscritti. Con il protocollo tra medici, Cnf e Csm si dimostra di voler prendere sul serio la sfida della qualità: da parte non solo delle professioni sanitarie ma anche dell'avvocatura, opportunamente coinvolta nell'intesa.

Dopo anni in cui le professioni sono state ridotte a costo d'impresa da abbattere, si torna a valorizzare la qualità?

Nella teoria economica i meccanismi della concorrenza nascono per favorire la competizione innanzitutto sul piano della qualità, non semplicemente per incoraggiare a far leva sui prezzi. Molto dipende da come gli operatori intendono il loro ruolo: è vero che siamo dinanzi a un cambiamento d'epoca, ma questo non vuol dire che i modelli pregressi vadano rifiutati a prescindere. D'altra parte le nuove

sfide a cui mi riferisco non si traducono solo in un'idea diversa di concorrenza ma anche in un senso delle istituzioni che gli stessi Ordini devono mostrare.

A cosa si riferisce?

Ad esempio, alla collaborazione messa in atto, con il protocollo appena sottoscritto, tra due istituzioni ordinistiche e un organo di rilievo costituzionale qual è il Csm: il quale ha assunto un'iniziativa, che mi ha visto relatore, per dare attuazione a norme appena introdotte, e ha così assecondato con tempestività il legislatore. Fnomceo e Cnf hanno a loro volta prontamente aderito all'iniziativa.

Qual è il frutto più apprezzabile dell'intesa stabilita tra Cnf e Csm con il protocollo del 2016?

È in una sorta di irradiazione co-



stante: nel momento in cui gli uffici giudiziari e gli Ordini forensi territoriali percepiscono il nuovo clima, il nuovo modello di collaborazione instaurato a livello centrale, lo riproducono a loro volta. Le buone prassi definite a Roma vengono attuate a livello locale. Il percorso avviato da Cnf e Csm è davvero inedito, ha introdotto un'idea nuova, integrata, di collaborazione. E fino a qualche anno fa non sarebbe mai venuto in mente di rendere l'avvocatura partecipe di un protocollo tra Consiglio superiore della magistratura e Federazione degli Ordini dei medici.

Ed è soddisfatto di questa consiliatura al Csm?

Si sono prodotte innovazioni importanti: un'autoriforma che ha modificato profondamente il regolamento interno del Consiglio, e che ha fatto ordine tra le fonti normative. Un'intensa attività sull'organizzazione giudiziaria, ambito primario di quest'organo. Certo, restano aperte alcune questioni: innanzitutto come aiutare le componenti della magistratura associata a valorizzare il loro ruolo di proposta culturale e a ridurre le spinte corporative. Ci sono ancora differenze sugli strumenti da adottare: molti insistono sulla riforma del sistema per eleggere i togati, anche se i fatti dimostrano che intervenire lì non basta. Ma è importante che gli stessi magistrati si mostrino consapevoli della necessità di cambiare.

E lei, dopo i mandati da ministro e al Csm, che progetti ha?

Posso dire di aver messo insieme un'esperienza unica: prima da ministro, quindi da parlamentare, fino all'impegno nel Csm. Il tutto nel giro di sette anni. Non so quante altre volte sia capitato di essere chiamati a operare in tutti e tre i poteri dello Stato. Ed ecco perché voglio tornare a fare il professore di Diritto costituzionale: credo sia giusto mettere a disposizione dell'università e degli studenti un percorso straordinario.



<http://www.adnkronos.com>

Ricerca: il movimento fa bene alla salute dei neuroni, studio italiano

[Senza si alterano proprietà neurogeniche sistema nervoso centrale](#)

Milano, 24 mag. (AdnKronos Salute) - Dal cervello ai muscoli e viceversa. Sui benefici del movimento per il corpo e per la mente studiosi di ricercatori hanno scritto capitoli e capitoli di letteratura scientifica. Ma questo legame è ancora più profondo di quanto si pensi. Lo suggerisce uno studio coordinato dall'università degli Studi di Milano, che esplora il contributo che il movimento può dare alla salute dei neuroni. E mostra come la salute neurologica possa dipendere tanto dai segnali che i muscoli inviano al cervello quanto dalle informazioni che dal cervello vanno ai muscoli. Nel lavoro, pubblicato sulla rivista 'Frontiers in Human Neuroscience', un gruppo di ricercatori guidato da Daniele Bottai del Dipartimento di scienze della Salute, in collaborazione con l'università degli Studi di Pavia, si è chiesto se il risultato clinico di alcune malattie neurologiche è dovuto alla patologia in sé - per esempio alle lesioni del midollo spinale nel caso del danno midollare, o alla mutazione genica nel caso della atrofia muscolare spinale - o è la conseguenza della ridotta capacità di movimento indotta dalla malattia, che peggiora ulteriormente l'impatto della malattia primaria. E quello che hanno osservato supporta l'idea che "le persone che non sono in grado di fare movimenti antigravitari, come i pazienti con importanti limitazioni di movimento causate da patologie neurologiche e non, o come gli astronauti in viaggio prolungato in condizioni di microgravità, non solo perdono massa muscolare, ma subiscono una alterazione del metabolismo in alcune aree del sistema nervoso centrale". Dallo studio, supportato dalle Fondazioni Vertical e Asamsi Onlus, emerge come la mancanza di movimento possa alterare le proprietà neurogeniche del sistema nervoso centrale. Gli autori hanno lavorato su modelli animali di severa limitazione di movimento e hanno verificato che le cellule staminali estratte da aree neurogeniche (cioè deputate alla produzione di nuovi neuroni) mostrano un'alterazione delle loro caratteristiche di staminali, proliferando e differenziando in maniera meno efficiente. Nelle cellule ottenute da animali con diminuita attività motoria rispetto ai relativi controlli, si è riscontrato inoltre un metabolismo significativamente alterato e una ridotta espressione di geni importanti per il funzionamento dei mitocondri. Questi risultati - concludono gli esperti - forniscono una nuova indicazione sul perché pazienti con lesione del midollo spinale, atrofia muscolare spinale, atrofia laterale amiotrofica, sclerosi multipla e altre malattie neurologiche spesso peggiorano rapidamente proprio in corrispondenza del momento nel quale il loro movimento subisce una drastica limitazione.