

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

Donne incinte, occhio alla tiroide: influisce su sviluppo del feto

Il congresso in corso a Taormina focalizza l'attenzione sul corretto consumo di iodio



IL FUNZIONAMENTO DELLA TIROIDE INFLUISCE SU SVILUPPO DEL FETO

Le conseguenze del malfunzionamento tiroideo sullo sviluppo del feto sono ancora sottovalutate. Se ne è parlato al convegno di endocrinologia in corso in questi giorni a Taormina.

Le donne sono più esposte ai disturbi endocrinologici, i cui sintomi si manifestano in modo subdolo e lento, impedendo una diagnosi tempestiva e dando tempo alla patologia di arrecare più danni all'organismo. Le origini di questa differenza, spesso attribuita al ruolo degli estrogeni, non sono ancora chiare. «Ed è per questo che la medicina di genere in endocrinologia (specialità che si occupa del malfunzionamento di tiroide, pancreas, surreni, ipofisi, ovaie e testicoli, insomma degli organi che producono ormoni che regolano metabolismo, riproduzione, crescita e sviluppo sessuale) è necessaria» spiega il professor Francesco Trimarchi, presidente della Società Italiana di Endocrinologia.

L'IMPORTANZA DEL SALE IODATO

Per il benessere della tiroide è da sfatare anche il mito del sale come un alimento da evitare a tutti i costi, come si va ripetendo da tempo. Per quanto un eccesso di sale sia causa di disturbi cardiovascolari e renali e la riduzione del suo consumo sia considerata tra le ragioni della diminuzione dell'incidenza del cancro allo stomaco, esso è un alimento indispensabile. Inoltre, il consumo di sale iodato è fondamentale per il corretto sviluppo e funzionamento della ghiandola tiroidea. La carenza di iodio nell'organismo, e di conseguenza nella tiroide, è una delle principali cause di ridotta produzione di ormoni tiroidei che regolano il metabolismo e modulano lo sviluppo del sistema nervoso centrale. Il malfunzionamento della tiroide influenza anche la capacità della donna di concepire figli e di portare a termine con successo la gravidanza.

DEFICIT COGNITIVI E AUTISMO COLLEGATI A FUNZIONALITA' TIROIDE MATERNA

«Una carenza in gravidanza ha delle conseguenze sullo sviluppo fetale» ci ha spiegato il professor Francesco Vermiglio dell'Università di Messina, convinto che la supplementazione di iodio andrebbe prescritta in fase preconcezionale esattamente come già accade con l'acido folico. «La supplementazione di iodio diventa necessaria per la prevenzione di numerosi disturbi dello sviluppo, da un aumentato rischio di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività ADHD ad un minor quoziente intellettivo dovuto a deficit cognitivi, che la letteratura scientifica sta dimostrando poter essere legati al malfunzionamento tiroideo. Di recente, anche i disordini dello spettro autistico sono stati associati ad una carenza di iodio nel primo trimestre di gravidanza». In queste prime dodici settimane, infatti, il feto dipende interamente dalla madre che è unica fonte di ormoni tiroidei.

Secondo uno studio olandese condotto su 3036 bambini, «l'ipotiroidemia materna è predittiva di ritardi cognitivi e verbali nella prima infanzia e la severità del danno è dose dipendente» ha spiegato Alfredo Pontecorvi, primario di endocrinologia al Policlinico Gemelli di Roma, anticipando le linee guida dell'American Thyroid Association sulla diagnosi e la terapia del nodulo tiroideo che verranno a breve pubblicate. Non andrebbe dimenticato che la diagnosi di gravidanza viene generalmente fatta quando ormai sono passate alcune settimane dal concepimento. Ma proprio quel primo trimestre è critico per lo sviluppo fetale e quindi l'identificazione di possibili future mamme con segni subclinici di ipotiroidismo (quindi non ancora malate) andrebbe fatta con largo anticipo.

QUALI SONO I VALORI OTTIMALI DI IODIO

Secondo l'OMS, il valore ottimale di iodio nel sangue è di 150 microgrammi per grammo (fabbisogno che aumenta in gravidanza), che non si raggiunge con la sola alimentazione. Serve il sale iodato. Una legge del 2005 ne prevede la semiobbligatorietà della vendita e la profilassi può considerarsi adeguata quando il 90% della popolazione lo utilizza. In Italia, arriviamo ad uno scarso 50%.

IPOTIROIDISMO E ABORTI

Un non corretto funzionamento della tiroide materna, oltre a determinare una riduzione dello sviluppo neurocognitivo del bambino, può avere delle conseguenze sullo svolgimento della gravidanza, come aborto, parto pretermine, emorragia post-partum, mortalità perinatale e malformazioni congenite.

UN QUESTIONARIO ON LINE SU COME GESTITE LA VOSTRA TIROIDE

Secondo un lavoro del gruppo del professor Vermiglio che ha indagato la consapevolezza dell'importanza della profilassi iodica nei giovani delle scuole medie del comprensorio di Messina, emerge che gli studenti sono informati sull'importanza dello iodio ma sembrano essere i medici di base non solo a non suggerirne l'assunzione ma addirittura a sconsigliarla.

A cura della Fondazione Cesare Serono, un questionario online (www.tiroideinprimopiano.it) ha ottenuto in meno di un mese 4mila risposte. «Il 63% dei soggetti in cura o sotto controllo per patologie della tiroide ha dichiarato di non aver avuto alcuna indicazione dal proprio specialista sull'importanza dello iodio» ci ha spiegato Tommaso Sacco responsabile scientifico della Fondazione. Altro dato su cui riflettere riguarda quel 45% di pazienti che ha dichiarato di non aver seguito il regolare programma di controlli perché non esentato e troppo onerosi economicamente.

Punto di Vista

Allattare al seno energia per il futuro



Beatrice Lorenzin,
43 anni, ministro
della Salute

Anche quest'anno abbiamo realizzato la campagna per la promozione dell'allattamento al seno. Nell'anno dell'Expo dedicato al tema «Nutrire il Pianeta, Energia per la Vita» è ancora più importante promuovere l'allattamento al seno perché significa assicurare a un neonato energia per il suo futuro. I nostri dati ci dicono che le mamme italiane non allattano secondo le indicazioni degli esperti e vanno quindi supportate e incoraggiate a farlo. Bisogna ricordare alle donne che hanno il latte, e quindi possono allattare, l'importanza di questa pratica, sia per la salute del bambino, sia per la salute stessa della mamma.

Questo gesto semplice rafforza il legame straordinario e strettissimo tra mamma e bambino stabilito durante la gravidanza e fornisce al neonato l'alimento migliore per la sua crescita. Il latte materno è infatti facilmente digeribile e contiene tutti i nutrienti, nelle giuste proporzioni, necessari alla crescita e allo sviluppo del neonato, contiene anticorpi e altri fattori protettivi che aiutano il bambino a combattere le infezioni. In particolare, molti studi scientifici hanno dimostrato che l'allattamento al seno contribuisce a una migliore conformazione della bocca del neonato, protegge contro le infezioni respiratorie e l'asma, contro le otiti, contro la diarrea, riduce il rischio di diabete. Ma non è solo il bimbo a godere dei benefici dell'allattamento. Anche la mamma ha

notevoli vantaggi nell'allattare al seno il proprio piccolo perché l'allattamento aiuta a perdere il peso accumulato durante la gravidanza, riduce il rischio di sviluppare osteoporosi, previene alcune forme di tumore al seno e all'ovaio, è gratuito ed è pratico. Capire il valore di questo gesto significa inoltre anche apprendere l'importanza che la corretta alimentazione riveste sin dai primi momenti di vita.

A volte, però, le donne non sanno come allattare, come affrontare eventuali difficoltà alle quali possono trovarsi di fronte, come ad esempio tirarsi il latte, non sanno come poterlo conservare in modo appropriato, tanto per fare degli esempi. Insomma, non tutte le mamme sanno come gestire un momento così naturale, ma anche delicato della propria vita.

Per questo il [Ministero della Salute](#) ha realizzato la campagna «Mamma che latte», che quest'anno ha coinvolto in particolare le città di Roma e Milano, dove nei Villaggi della salute gli esperti hanno spiegato alle mamme come comportarsi, dato consigli e mostrato anche alcune pratiche antisoffocamento di base che permettono ai genitori di affrontare con più tranquillità una fase così delicata della vita del proprio bambino. Ma oltre che sul territorio la campagna si è sviluppata anche on line. Sul sito del [Ministero della Salute](#), www.salute.gov.it, coloro che lo desiderano potranno consultare tutte le informazioni e gli approfondimenti su questi temi.

MATER SEMPER INCERTA

I numeri ci dicono che le donne italiane fanno sempre meno figli e in età più avanzata. Non basta adottare politiche per la famiglia: il problema è culturale

Nel 2013 i nati da quarantenni hanno superato quelli nati da ventenni. Un cambiamento antropologico con delle conseguenze

Stiamo diventando incapaci di dar luogo a un volume di nascite sufficiente a mantenere il paese in una condizione di piena vitalità

La nascita di un figlio è entrata nella contabilità familiare: quando arriva deve essere già "tutto a posto"

Nessuno oggi chiede più di seguire il semplice desiderio del figlio, ma semmai di diffidarne perché troppo spontaneo

di *Roberto Volpi*

Nel 2010 l'Istat ha licenziato le sue "Previsioni della popolazione. Anni 2011-2065". Di queste previsioni, come si fa usualmente, ci sono offerti tre scenari: uno scenario basso, uno scenario centrale e uno scenario alto che delineano, nel complesso, un intervallo di variazione entro il quale dovrebbero andare a collocarsi di anno in anno (secondo le previsioni, appunto) le entità reali dei fenomeni demografici: nascite e morti, movimenti migratori interni ed esterni.

Ora, se confrontiamo le nascite previste negli anni 2013 e 2014 con le nascite effettive di questo biennio, scopriamo che le nascite effettive sono risultate inferiori a quelle previste di ben 50 mila unità annue rispetto allo scenario alto, di 32 mila unità annue rispetto allo scenario centrale e di 14 mila unità annue rispetto allo stesso scenario basso. Se si considera che le nascite medie annue nel biennio in questione si sono aggirate attorno alle 510 mila, e che dunque il divario con le previsioni è assai corposo, sembra quasi che lo stesso Istat sia stato sorpreso da una caduta così sensibile delle nascite. Anche la più pessimistica delle previsioni è stata infatti polverizzata e il risultato è a maggior ragione sorprendente trattandosi, per gli anni 2013-2014, di previsioni a brevissimo termine che riguardavano il domani immediato, non un futuro più lontano, rispetto al quale è ben più facile che le previsioni si discostino.

Ora, qui non si tratta di provare a capire perché ciò sia successo. Qui è piuttosto il caso di non smarrire il messaggio, per chiamarlo così, che lo scollamento tra previsione e realtà delle nascite evidenzia e in un certo senso ci affida. Esso è infatti a tal punto impietoso da farci temere che la popolazione italiana nel suo complesso – e dunque comprensiva pure di quanti, circa cinque milioni di stranieri immigrati, non hanno la cittadinanza italiana – stia avviandosi a diventare organicamente e culturalmente incapace di dar luogo a un volume di nascite sufficiente a mantenere il

paese in una condizione di piena vitalità, non soltanto demografica, ma anche produttiva e creativa, economica e culturale, nei decenni che seguiranno.

I segnali di decadenza, e decadenza seria, parliamoci chiaro, ci sono già tutti. Eccone uno, gigantesco: nel 2013 si sono avuti, nel totale di poco più di mezzo milione di nati di questo anno, 33.301 nati da donne con cittadinanza italiana di 40-44 anni contro 29.137 nati da donne di cittadinanza italiana di 20-24 anni. Ogni 100 nati da donne di 20-24 anni ci sono stati 114 nati da donne quarantenni di venti anni più vecchie. Ecco, in questo storico sorpasso c'è tutta la mutazione antropologica che s'è prodotta nella maternità in Italia – e altresì nelle donne italiane – nell'arco degli ultimi quattro decenni.

E ancora: di 100 donne con cittadinanza italiana che hanno partorito nel 2013 poco più dell'8 per cento, vale a dire appena una partoriente su 12, aveva fino a 25 anni non ancora compiuti d'età. La madre giovanissima, quella di non ancora 20 anni, non poteva certo reggere al tempo, ed è debitamente scomparsa. Ora è la volta della madre giovane di 20-24 anni di togliere il disturbo. Al suo posto, conquista posizioni su posizioni la madre quarantenne.

E, ancora: fino a quattro decenni fa c'era un formidabile addensamento dei nati prima dei trent'anni della donna, oggi c'è una continua rarefazione dei nati da donne non ancora trentenni, scesi anno dopo anno fino a rappresentare oggi appena il 28 per cento dei nati da donne con cittadinanza italiana – poco più di un nato su quattro.

La spinta al figlio, insomma, sembra verificarsi esattamente in senso inverso rispetto a prima.

Se riflettiamo bene su questi dati non fatteremo a capire, credo, che a spostarsi, in questi ultimi quarant'anni, non sono stati tanto i limiti biologico-riproduttivi delle donne, che semmai si sono ampliati, quanto piuttosto quelli più fortemente e incontestabilmente culturali. E se non è da inguaribili ottimisti pronosticare una qualche, pur se assai modesta, ripresa delle nascite sulla base di migliorate condizioni



economico-materiali del paese e di una politica a favore delle coppie e delle famiglie più consistente e organica di quella che a pezzi e bocconi si è riusciti a mettere in atto in Italia, occorre invece esserlo al massimo grado per prevedere anche soltanto una qualche correzione sotto il profilo culturale capace di rilanciare la spinta verso i figli a età della donna meno avanzate di quelle di oggi, così avanzate da aver fatto dei figli una faccenda più per donne che viaggiano verso i quarant'anni che non per donne che guardano ai trenta.

Culturalmente, ben prima che non materialmente, il figlio a età giovanili non è più cosa. Nell'opinione pubblica corrente s'è ingenerata l'idea che il figlio è per donne mature, accorte, che sanno della vita per averla già in buona parte vissuta e che non debbono, proprio per questo, sacrificarla sull'altare del figlio - e ancora meno su quello dei figli intesi in senso plurale.

Oggi di una donna che partorisce prima dei trent'anni, di una donna che ha un figlio mettiamo tra i 25 e i 27 anni, si dirà senz'altro, pressoché in tutti i paesi occidentali, che ha partorito presto, ch'è una mamma giovane, se non proprio "molto" giovane. E questo mentre nessuno si azzarderebbe a definire vecchia una mamma di 35-37 anni. Fino a qualche decennio fa s'incorreva già a trent'anni nella definizione clinica di "primipara tardiva". Oggi la definizione di "tardiva" non è più usata con nessuna partorientente, neppure in riferimento a una donna di quarant'anni. La maternità oggi è sempre, se del caso, anticipata, giammai posticipata.

Ma tutto questo segnala appunto lo slittamento che s'è verificato sul piano culturale, nel sentire comune, riguardo all'età delle madri. Di una madre giovane si penserà sempre che non sia stata accorta, che abbia fatto un errore di valutazione, che non abbia considerato attentamente i pro e i contro di un figlio, e che avrebbe sempre, e meglio, potuto comportarsi con più ponderazione, più giudizio. Di una madre in su con gli anni si penserà sempre, al contrario, che non abbia lasciato niente al caso, all'improvvisazione, che abbia fatto bene i calcoli, considerato con attenzione possibilità e prospettive cui andava incontro, mettendosi nell'impresa del figlio. Perché nel figlio d'oggi c'è l'"impresa", per quanto calcolata, vale a dire la continua messa a punto del progetto, il bilancio pignolo dei rischi e dei vantaggi, la

considerazione occhiuta degli elementi a favore e di quelli contro. E il comune sentire vuole che sia così, che i figli quando arrivano trovino ogni cosa al loro posto, ogni esigenza prevista, ogni bisogno assicurato, ogni eventualità calcolata, ogni intralcio disinnescato in via preventiva o quantomeno disinnescabile senza troppe difficoltà.

Il figlio, la sua prospettiva, la sua possibilità, è entrato in una contabilità dalla quale non si può prescindere perché prescindere equivarrebbe a dare una inaccettabile dimostrazione di irresponsabilità. E' da irresponsabili desiderare un figlio, volere un figlio senza essere sicuri di poterlo mantenere fino a quando non ci sarà la certezza che ce la possa fare con le sue gambe. Il progetto di figlio deve avere delle basi più che solide. Basi materiali ma anche culturali. Oggi è espressamente richiesta la "cultura" del figlio. Il semplice desiderio del figlio non basta più. Nessuno oggi chiede più di seguire il semplice desiderio del figlio, ma semmai di difdarne perché troppo spontaneo e ingenuo, troppo poco mediato. Foriero di fallimenti educativi, di disastri di coppia. Si può cementare un rapporto di coppia, una situazione di famiglia, con un figlio, coi figli, ma anche precipitarlo nelle difficoltà, nella litigiosità, nel malanimo. La cultura del figlio, d'altra parte, prescinde dai figli. Mostra di averne di più chi più - e fosse pure la madre che ha avuto quel solo a 45 anni - agisce e s'impegna affinché il figlio non abbia che da imparare, nella vita, a cogliere e a mettere a frutto convenientemente tutto quello che è stato approntato per lui prima della nascita e che si continuerà ad approntare per lui dopo, per un tempo sempre più lungo.

La giovinezza della donna è così diventata nel sentire comune un viatico negativo per la buona riuscita di un figlio. Il rovesciamento, culturale e antropologico, s'è compiuto. Di questo rovesciamento parlano i dati, ed è questo stesso rovesciamento a riflettersi nello scollamento tra previsioni seppure negative e dati delle nascite più negativi ancora.

Un rovesciamento che ha già fatto della società italiana la più vecchia del mondo. Quando si comincerà a capire che non può continuare così? Che continuando così tempo cinquant'anni e altro che buona scuola, occorrerà all'Italia. Buona, anzi buonissima, casa di riposo. Piuttosto.

Società Italiana della Contraccezione, sulla pillola: “basta sensazionalismi, ci vuole corretta informazione”



28 maggio 2015

“Drospirenone, desogestrel, gestodene o ciproterone non sono progestinici di nuova generazione: ormai esistono contraccettivi ormonali orali “naturali, a base di estradiolo, che secondo studi in vitro, abbatterebbero considerevolmente il rischio di Tromboembolismo Venoso Profondo (Tev)”.

Commenta così il professor Annibale Volpe, past president della Società Italiana della Contraccezione (SIC), la notizia di uno studio clinico pubblicato sul British Medical Journal (BMJ) - rimbalzata su quotidiani e web in questi giorni - che ha per focus la correlazione negativa tra aumento di rischio di Tev e assunzione di contraccettivi ormonali di terza generazione.

“Si tratta di dati che riprendono studi clinici effettuati qualche anno fa” prosegue lo specialista “e non a caso sia l’Agenzia Europea per i Medicinali (EMA), sia l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) hanno già da tempo inviato ai medici un documento in cui è ben evidenziato il rischio di Tev per ciascuno dei diversi progestinici in commercio”.

“Occorre inoltre sottolineare” continua il professor Volpe “che le complicità sono dovute principalmente non tanto alla cosiddetta pillola, ma ad una prescrizione non personalizzata”. E specifica: “Il mercato offre attualmente una grande varietà di scelta e per ogni donna esiste il prodotto adatto da scegliere in concerto con il proprio specialista di fiducia”.

“In fase di valutazione del rischio legato alla contraccezione ormonale” conclude il past president della SIC “devono inoltre essere presi in considerazione anche i benefici: un’informazione sensazionalistica non aiuta ad allinearci con gli altri Paesi europei e mantiene l’Italia tra i fanalini di coda con una percentuale di utilizzo simile a quella del Botswana, della Tunisia e dell’Iraq”.

Conclude: “La contraccezione ormonale ha effetti molto positivi sulla salute della donna, oltre a evitare gravidanze indesiderate anche tra le giovanissime. Ma troppo spesso finiscono in secondo piano, e ci si dimentica che secondo recenti studi la pillola sarebbe in grado di evitare 45 tumori ogni 10mila donne e che

apporterebbe molti altri benefici, tra cui, uno su tutti, la protezione da gravidanze indesiderate”.
[chiudi questa finestra]

quotidianosanita.it

Giovedì 28 MAGGIO 2015

Contraccettivi. Sic: "Basta sensazionalismi, sulla pillola ci vuole corretta informazione"

"Le complicanze sono dovute quasi sempre anche a una cattiva prescrizione. Inoltre non bisogna mettere in secondo piano i rilevanti benefici extra contraccettivi" Così Annibale Volpe, past president Sic, ha commentato un articolo pubblicato sul Bmj che evidenzia la correlazione tra aumento di rischio di Tev e assunzione di contraccettivi ormonali di terza generazione.

"Drospirenone, desogestrel, gestodene o ciproterone non sono progestinici di nuova generazione: ormai esistono contraccettivi ormonali orali naturali, a base di estradiolo, che secondo studi in vitro, abbatterebbero considerevolmente il rischio di Tromboembolismo Venoso Profondo (Tev)". Commenta così **Annibale Volpe**, past president della Società italiana della contraccezione (Sic), la notizia di uno studio clinico pubblicato sul *British Medical Journal (BMJ)* - rimbalzata su quotidiani e web in questi giorni - che ha per focus la correlazione negativa tra aumento di rischio di Tev e assunzione di contraccettivi ormonali di terza generazione. "Si tratta di dati che riprendono studi clinici effettuati qualche anno fa - prosegue lo specialista - e non a caso sia l'Agencia Europea per i Medicinali (Ema), sia l'Agencia Italiana del Farmaco (Aifa) hanno già da tempo inviato ai medici un documento in cui è ben evidenziato il rischio di Tev per ciascuno dei diversi progestinici in commercio".

"Occorre inoltre sottolineare - continua Volpe - che le complicanze sono dovute principalmente non tanto alla cosiddetta pillola, ma ad una prescrizione non personalizzata". E specifica: "Il mercato offre attualmente una grande varietà di scelta e per ogni donna esiste il prodotto adatto da scegliere in concerto con il proprio specialista di fiducia".

"In fase di valutazione del rischio legato alla contraccezione ormonale - conclude il past president della Sic - devono inoltre essere presi in considerazione anche i benefici: un'informazione sensazionalistica non aiuta ad allinearci con gli altri Paesi europei e mantiene l'Italia tra i fanalini di coda con una percentuale di utilizzo simile a quella del Botswana, della Tunisia e dell'Iraq". Conclude: "La contraccezione ormonale ha effetti molto positivi sulla salute della donna, oltre a evitare gravidanze indesiderate anche tra le giovanissime. Ma troppo spesso finiscono in secondo piano, e ci si dimentica che secondo recenti studi la pillola sarebbe in grado di evitare 45 tumori ogni 10mila donne e che apporterebbe molti altri benefici, tra cui, uno su tutti, la protezione da gravidanze indesiderate".

quotidianosanita.it

Giovedì 28 MAGGIO 2015

Insediato al ministero della Salute il Nucleo di valutazione e verifica degli Investimenti pubblici

Composto da 13 persone, avrà, tra le altre cose, il compito di collaborare con le Regioni nei piani e programmi di investimenti ex art. 20 per un valore complessivo di 24 miliardi di euro. Lorenzin: “Auspicio un nuovo impulso nel percorso attuativo dei programmi regionali in un processo di rinnovamento strutturale e tecnologico della sanità italiana”.

Si è insediato, al ministero della salute, il Nucleo di valutazione e verifica degli Investimenti pubblici, nato con il Decreto ministeriale del 27 settembre 2000 e poi aggiornato negli anni con successivi decreti fino al più recente, del 14 aprile 2015. Le sue radici affondano nella legge 144 del 1999 e nel contesto di rilancio delle politiche di investimento del Paese, in coerenza con i processi avviati a Lisbona con il Consiglio sulla competitività e oggi attuati con il relativo provvedimento governativo.

In questo contesto, il Nucleo, che è collocato nella Direzione generale della Programmazione sanitaria, ha il compito di collaborare con le Regioni nelle fasi di programmazione, valutazione, attuazione e verifica di piani e programmi di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie previsti dall'art. 20 della legge 67 del 1988, che ammontano a un valore complessivo di 24 miliardi di euro, come spiega il ministero nella nota di comunicazione di insediamento. Compito del Nucleo è poi quello di supportare le Regioni, specialmente quelle in difficoltà e in ritardo rispetto all'attuazione dei programmi di investimento (art. 20, legge 67/88, art. 71 legge 448/98 interventi nelle grandi città, hospice, libera professione intramoenia, AIDS-malattie infettive ecc.) “al fine di rafforzarne le capacità tecnico-amministrative, progettuali e manageriali, per garantire il superamento dei gap esistenti nel Paese, anche attraverso la predisposizione di strumenti metodologici, condivisi con le Regioni (come la Mexa-metodologia per la formulazione e la valutazione di Documenti programmatici e la Scheda di valutazione delle proposte di Accordo (definita dall'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 28 febbraio 2008)”.

Il Nucleo esprime parere obbligatorio su:

- accordi di Programma con le Regioni per l'utilizzo dei finanziamenti ex art. 20 L 67/88 e relative rimodulazioni
- programmi di intervento e progetti relativi agli IRCCS (Istituti di Ricerca e Cura a Carattere scientifico), Policlinici Universitari, Istituti zooprofilattici, Ospedali classificati;
- tutti gli interventi di realizzazione di nuovi ospedali e i progetti di ristrutturazione che superano il tetto di spesa di € 40.000.000,00.
-

Inoltre assicura l'estensione e l'integrazione delle metodologie e delle tecniche dei fondi strutturali europei all'insieme dei programmi di investimento in sanità e dei progetti attuali a livello territoriale.

“Vorrei che un settore strategico per il paese come gli investimenti pubblici in campo sanitario, grazie ai lavori del Nucleo appena istituito, possa fornire un nuovo impulso nel percorso attuativo dei programmi regionali in un processo di rinnovamento strutturale e tecnologico della sanità italiana”, ha affermato il **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, annunciando la costituzione del nuovo Nucleo.

Il Nucleo, che resterà in carica per tre anni, è composto da:

- tre rappresentanti del Ministero della salute,
- tre esperti designanti dal Ministero della salute,
- quattro esperti delle regioni, designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano,
- tre esperti designati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Ecco i nomi dei componenti del Nucleo di valutazione e verifica degli Investimenti pubblici appena insediato:

- **dott. Marco Spizzichino**, rappresentante del Ministero della Salute, con funzioni di Presidente;
- **dott. Alessandro Ghirardini**, rappresentante del Ministero della Salute;
- **dott.ssa Silvia Arcà**, rappresentante del Ministero della Salute;
- **avv. Angelo Alfonso Maria Argento**, esperto designato dal Ministro della Salute;
- **dott.ssa Veronica Vecchi**, esperto designato dal Ministro della Salute;
- **arch. Tiziana Ferrante**, esperto designato dal Ministro della Salute;
- **dott. Fabio Rombini**, Regione Emilia Romagna, designato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano;
- **dott. Giuseppe Diego dalla Muta** Regione Lombardia, designato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano;
- **dott. Roberto Gusinu, Regione Toscana**, designato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano;
- **dott. Antonio Canini, Regione Veneto**, designato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano;
- **arch. Raffaella Bucci**, esperta designata dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali;
- **dott. Francesco Marcone**, esperto designato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali;
- **arch. Amelia Mutti**, esperta designata dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

<http://www.adnkronos.com>

Pene curvo per il 10% dei maschi, rischio eiaculazione precoce e impotenza

L'induratio penis plastica o malattia di La Peyronie colpisce intorno al 10% della popolazione maschile ma è ancora molto sottovalutata, soprattutto dai giovani che tendono a non rivolgersi allo specialista.

Il problema principale che questa patologia può provocare è l'incurvamento del pene, con impotenza ed eiaculazione precoce. "Una lieve dolenza peniena, sia in erezione sia a riposo, dovrebbe essere un chiaro campanello d'allarme", spiega Giovanni Alei, direttore del Centro di chirurgia genitale maschile del Policlinico Umberto I di Roma.

"Nonostante ciò, la maggior parte dei pazienti si rivolge al medico solo quando la malattia è giunta alla seconda fase, ovvero quando la placca è conclamata ed è necessario l'intervento chirurgico per correggere l'incurvamento, che è una delle complicanze della malattia insieme all'accorciamento e alla disfunzione erettile". Questa mattina è stato inaugurato il master di Chirurgia genitale maschile, istituito dalla Società di chirurgia genitale maschile (Sicgem) e diretto da Alei. Il corso ha una durata annuale ed è rivolto a specialisti in urologia e in chirurgia. Secondo un'indagine approfondita, condotta anche in Italia da centri specialistici andrologici su 2169 maschi, la prevalenza della malattia risulta pari al 35% nella popolazione fra i 50 e 59 anni. Notevolmente più bassa invece, intorno allo 0,6%, è l'incidenza fra i 10 e i 19 anni. "La fascia più colpita - ricorda Piero Letizia, urologo e andrologo del Centro specialistico dell'Umberto I - è quella tra i 40 e i 60 anni, con prevalenza nei diabetici, visto che per loro il rischio è pari al rapporto di 9 a 1 rispetto alla popolazione sana. Vediamo inoltre moltissimi casi fra i ragazzi".

Se la malattia viene diagnosticata al primo manifestarsi dei sintomi, si può intervenire con ottimi risultati mediante cicli ripetuti di laser associato a ionoforesi. Assolutamente da escludere, invece, le iniezioni di qualsiasi farmaco nella placca. "Il laser - illustra Letizia - aumenterebbe la capacità dei tessuti di assorbire i farmaci, veicolati nella struttura peniena tramite ionoforesi, la quale a sua volta fa migrare i medicinali attraverso la cute per mezzo di una corrente a bassissima intensità. Con questo approccio, abbiamo visto molte risoluzioni della patologia e la scomparsa delle placche giovani".

Nella seconda fase, quando la placca è stabilizzata, le terapie mediche o fisiche si rivelano inutili. È quindi necessario l'intervento chirurgico per risolvere le problematiche causate dalle placche: incurvamento, accorciamento penieno e impotenza.

Nell'ambulatorio specialistico del Policlinico Umberto I, negli ultimi due decenni sono state impiegate metodiche innovative sia sul piano dell'abbattimento delle recidive sia su quello dei vantaggi per il paziente. In particolare, per la correzione della curvatura del pene, Alei ha ideato nel 1995 una tecnica chirurgica mininvasiva che permette di conservare la capacità erettile e la sensibilità.

Dal 2012, grazie a una successiva evoluzione apportata alla metodica, è possibile effettuare l'intervento in 'day-hospital' o in regime ambulatoriale con anestesia locale, in virtù dell'utilizzo di nuove suture. Ciò ha permesso di abbassare i costi del Sistema sanitario nazionale e di ridurre moltissimo i disagi per il paziente che deve trascorrere solo una giornata in ospedale. Le nuove tecniche consentono di correggere l'incurvamento senza incidere la placca. Con la metodica tradizionale, nella maggior parte dei casi è stata riscontrata la disfunzione erettile, mentre con questo approccio innovativo l'erezione migliora.

Ca alla prostata, aggiunta di docetaxel alla terapia ormonale allunga la vita



28 maggio 2015

L'aggiunta di docetaxel alla terapia ormonale standard ha migliorato in modo significativo la sopravvivenza in un gruppo di uomini con un cancro alla prostata localmente avanzato o metastatico, naive alla terapia ormonale, nello studio STAMPEDE. Parte dei dati dello studio, il più ampio trial clinico randomizzato mai condotto sul carcinoma prostatico, saranno presentati al congresso dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) e sono stati anticipati nella conferenza stampa di apertura del convegno.

L'impiego di docetaxel in questo setting era già stato valutato in altri due studi più piccoli, con risultati contrastanti. Nello studio di fase III CHAARTED, presentato al congresso ASCO dello scorso anno, l'aggiunta di docetaxel alla terapia ormonale standard aveva mostrato di prolungare la sopravvivenza globale (OS) di quasi 14 mesi, mentre nello studio GETUG-15 (condotto in Francia) non era stato osservato nessun vantaggio di sopravvivenza.

STAMPEDE, tuttavia, "è uno studio molto più ampio dei precedenti e continua ad aggiungere evidenze del fatto che l'aggiunta precoce della chemioterapia alla terapia ormonale prolunga la sopravvivenza" ha detto Peter Paul Yu, attuale presidente dell'ASCO, durante la conferenza stampa.

Infatti, l'OS è risultata di circa 77 mesi nel gruppo di pazienti trattati con docetaxel più la terapia standard contro 67 mesi per quelli sottoposti alla sola terapia standard (HR 0,76; IC al 95% 0,63-0,91; P =0,003). Inoltre, l'aggiunta di acido zoledronico alla terapia standard con o senza docetaxel non ha avuto un effetto sulla sopravvivenza.

"Ci auguriamo che i nostri risultati possano incoraggiare i medici ad offrire docetaxel agli uomini con un cancro alla prostata metastatico di nuova diagnosi, se sono abbastanza sani per poter fare la chemioterapia" ha affermato il primo firmatario dello studio, Nicholas David James, direttore dell'unità di ricerca sul cancro dell'Università di Warwick, nel Regno Unito. "Anche gli uomini con un cancro alla prostata localmente avanzato non metastatico possono prendere in considerazione docetaxel come parte della terapia di prima linea, perché l'aggiunta del chemioterapico ritarda chiaramente la ricaduta" ha precisato l'oncologo.

Inoltre, ha aggiunto James, "è anche chiaro che l'acido zoledronico non giova a questi pazienti e non dovrebbe essere offerto come terapia iniziale per il cancro della prostata avanzato".

Lo studio STAMPEDE è articolato in diverse fasi e ha diversi bracci che possono essere adattati in modo da valutare nuove terapie così come modifiche allo standard di cura. Intanto che lo studio procede, bracci il cui trattamento si è rivelato inefficace vengono sospesi e nuovi bracci vengono aggiunti in modo da valutare l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti emergenti.

Il trial prevede nove bracci e il coinvolgimento di circa 7000 pazienti (6500 quelli arruolati finora). Oltre all'acido zoledronico e a docetaxel, nello studio si stanno valutando anche celecoxib, abiraterone ed enzalutamide.

Nella fase dello studio alla quale si riferiscono i risultati di prossima presentazione all'ASCO, James e gli altri ricercatori hanno valutato i dati di 2962 uomini naïve alla terapia ormonale assegnati a quattro dei nove bracci dello studio, trattati con la terapia standard (un minimo di 3 anni di terapia di deprivazione androgenica più una radioterapia localizzata nei pazienti idonei), la terapia standard più docetaxel per 6 cicli, la terapia standard con acido zoledronico per 2 anni e la terapia standard più docetaxel e acido zoledronico.

I gruppi erano ben bilanciati per quanto riguarda le caratteristiche dei pazienti. L'età media della popolazione era di 65 anni, il 93% dei casi era stato diagnosticato nei 6 mesi precedenti la randomizzazione e, in totale, il 60% dei pazienti aveva una malattia metastatica, il 22% non aveva coinvolgimento linfonodale regionale né metastasi a distanza, mentre il 14% aveva linfonodi positivi e metastasi a distanza non valutabili. Il PSA mediano era pari a 65 ng/ml e i partecipanti dovevano avere un Gleason score pari almeno a 8.

Il follow-up è stato di 42 mesi.

L'aggiunta di docetaxel è risultata associata a una riduzione del 24% del rischio di decesso rispetto alla sola terapia standard (HR 0,76) e a un miglioramento del 38% della sopravvivenza libera da fallimento (HR 0,62), entrambi risultati clinicamente e statisticamente significativi, ha detto James.

Inoltre, nel sottogruppo di pazienti con malattia metastatica, l'aggiunta del chemioterapico alla terapia standard si è associata a un miglioramento di 22 mesi dell'OS (65 mesi contro 43) e a un prolungamento del 38% del tempo di comparsa della recidiva in tutti i pazienti.

"La nostra conclusione è che docetaxel deve essere considerato come pratica di routine negli uomini con malattia metastatica di nuova diagnosi" ha detto James. "Nei casi non metastatici, resta un'incertezza sul fatto che offra un beneficio di sopravvivenza o meno, ma certamente migliora in modo considerevole la sopravvivenza libera da fallimento" ha osservato l'oncologo.

Gli sperimentatori hanno osservato un guadagno di sopravvivenza anche negli altri due bracci dello studio, ma i risultati non sono statisticamente significativi. L'OS, infatti, è migliorata del 7% nel braccio trattato con acido zoledronico più la terapia standard (HR 0,93; IC al 95% 0,79-1,11; P = 0,437) e del 19% in quello trattato con docetaxel più acido zoledronico più la terapia standard (HR 0,81; IC al 95% 0,68-0,97; P = 0,020).

Le percentuali di tossicità sono risultate diverse nei quattro bracci. Gli eventi avversi di grado 3-5 hanno avuto un'incidenza superiore nel braccio trattato con docetaxel più la terapia standard rispetto a quello trattato con la sola terapia standard - 50% contro 31% - mentre nel braccio trattato con acido zoledronico più la terapia standard l'incidenza è stata del 32% e in quello trattato con acido zoledronico e docetaxel aggiunti alla terapia standard del 52%. Tuttavia, James ha riferito che le tossicità sono state gestibili e che pochi pazienti hanno interrotto docetaxel a causa di eventi avversi.

Yu ha detto che "docetaxel in monoterapia è tollerabile e la tossicità non dovrebbe precludere l'ampliamento dell'uso di quest'agente".

"Questi risultati, assieme a quelli del recente studio CHARTED, forniscono ulteriori evidenze a sostegno dell'aggiunta di docetaxel alla terapia di deprivazione androgenica come parte della terapia iniziale per gli uomini con malattia metastatica" ha commentato Howard I. Scher, del Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York. L'oncologo ha sottolineato che, tuttavia, al momento attuale, è prematuro definire come standard di cura per tutti i pazienti con un cancro alla prostata di nuova diagnosi la terapia di deprivazione androgenica associata a docetaxel.

"Una considerazione da fare è che il beneficio non è senza costi, in quanto l'aggiunta di docetaxel ha comportato un aumento della frequenza degli eventi avversi di grado 3-5. Pertanto, è importante conoscere l'outcome per ciascuna delle coorti valutate, sia in termini di sicurezza sia efficacia, in modo da poter stimare e discutere il potenziale rapporto rischio/beneficio con i pazienti che stanno prendendo in considerazione questo

approccio" ha dichiarato Scher .

"Un altro aspetto da considerare è la quota di pazienti del braccio sottoposto alla sola deprivazione androgenica che sono stati trattati con docetaxel al momento della progressione della malattia. È necessario valutare se dare la combinazione' upfront' sia più vantaggioso rispetto a fare prima la terapia ormonale e in un secondo tempo la chemioterapia" ha rimarcato l'esperto.

Alessandra Terzaghi

James ND, Sydes, MR, Mason, MD, et al. Docetaxel and/or zoledronic acid for hormone-naïve prostate cancer: First overall survival results from STAMPEDE. J Clin Oncol. 2015;(suppl; abstr 5001).

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

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

Allarme chili di troppo

Ecco perché fanno venire il cancro

Gli esperti di tutto il mondo temono a breve il sorpasso dell'obesità sul fumo, come responsabile (evitabile) di più casi di tumore in tutto il mondo

di Vera Martinella



Gli esperti di tutto il mondo che stanno per riunirsi a Chicago in occasione del Congresso della Società Americana di Oncologia Medica (Asco) lanciano l'allarme: l'obesità sta per superare il tabacco e raggiungere un poco ambito primato, quello di prima causa prevenibile di cancro. Secondo le più recenti stime, l'eccessivo sovrappeso è responsabile diretto in Italia di circa il tre per cento di tutti i tumori negli uomini e del sette per cento di quelli nelle donne. Un fatto preoccupante se si pensa che dal 1980 ad oggi i tassi di obesità sono raddoppiati nel mondo e che ora in Italia una persona su due ha dei chili di troppo. Un fenomeno che, purtroppo, non risparmia i nostri bambini. Se la popolazione continuerà a ingrassare, come rilevato dalle ultime statistiche, le stime indicano chiaramente che salirà ulteriormente il numero dei casi di tumore dovuti ai chili in eccesso, che sorpasseranno così il fumo entro il 2030. «Da anni ricercatori e oncologi di tutto il mondo sottolineano, numeri e statistiche alla mano, che quattro tumori su dieci sono causati da stili di vita sbagliati - commenta Fortunato Ciardiello, professore Ordinario di Oncologia Medica della Seconda Università di Napoli e presidente eletto della Società Europea di Oncologia Medica (Esmo) - : il che significa, ad esempio, che in Italia con una giusta prevenzione si sarebbero potute evitare oltre 146mila delle 365mila nuove diagnosi oncologiche registrate nel 2014. E sebbene le regole siano semplici, chiare, facili da attuare, ancora moltissime persone le ignorano o non sono sufficientemente convinte della loro efficacia».

È certo il legame fra obesità e almeno sei tipi di cancro

Molte sono le ricerche ancora aperte, ma le informazioni finora disponibili non lasciano spazio ai dubbi: obesità e sovrappeso sono fra i fattori di rischio noti per i tumori di endometrio, colon retto, esofago, rene, pancreas e seno, specie fra le donne in post menopausa. «Diversi studi hanno poi messo chiaramente in evidenza che l'eccessivo peso non solo fa crescere le possibilità di ammalarsi, ma anche di morire di cancro - chiarisce Ciardiello -. Ovvero chi è obeso rischia di sviluppare forme

più aggressive e letali, così come ha maggiori probabilità di avere una recidiva o di andare incontro a complicanze durante le cure. Fortunatamente sappiamo anche che dimagrire contribuisce, concretamente, a migliorare la situazione». Perché? Gli scienziati, negli ultimi anni, hanno fatto molti progressi nelle possibili risposte a questa domanda e hanno compreso diversi meccanismi che sono alla base del legame tra peso in eccesso e cancro.

Ecco perché il grasso favorisce le cellule cancerose

Al momento sono soprattutto cinque gli ambiti in cui si sta indagando per comprendere le relazioni causa-effetto tra obesità e tumori: insulina, infiammazioni croniche, estrogeni, regolatori dei tumori e adipochine. «Le persone obese hanno spesso nel sangue livelli di insulina e di fattori di crescita dell'insulina più elevati della norma – chiarisce l'esperto -. Questa condizione, nota come iperinsulinemia o insulino-resistenza, fa salire il rischio di diabete e può favorire l'insorgenza di alcuni tipi di cancro, come quelli di colon e rene». In chi è molto in sovrappeso è piuttosto comune anche un'infiammazione cronica di alcuni tessuti (facilitata dai grassi accumulati in determinati punti dell'organismo), che è noto essere uno dei fattori che alla lunga predispongono alla trasformazione cancerosa delle cellule. «Un esempio su tutti – dice Ciardiello – è quello dell'infiammazione cronica nell'esofago, con conseguente reflusso gastroesofageo e una patologia nota come Esofago di Barret, entrambe più frequenti fra gli obesi che fra i normo-peso ed entrambe note come condizioni che facilitano lo sviluppo del cancro all'esofago». Ben noto è poi il discorso degli estrogeni, che vengono prodotti in grandi quantità dai tessuti grassi e che sono fra i ben noti responsabili di alcune forme di tumore del seno e dell'endometrio, con sospetti anche per il carcinoma dell'ovaio. Ed un simile discorso può essere fatto per le adipochine. Per quanto concerne i “regolatori dei tumori”, infine, gli scienziati hanno individuato alcuni fattori che stimolano la crescita del cancro e ora sappiamo che le cellule adipose possono influenzare i livelli di certi regolatori, come avviene con la proteina mTOR, implicata nell'insorgenza di diverse neoplasie.

Già si conoscono e sperimentano possibili strategie di cura

«Alcuni di questi “legami pericolosi” sono già al centro dell'attenzione e si sperimentano delle possibili cure - aggiunge Ciardiello -. Ad esempio, si stanno studiando diversi modi per controllare o ridurre l'infiammazione cronica (ad esempio con aspirina, farmaci antinfiammatori non-steroidi o statine, già ampiamente usate come cure anti diabete o per prevenire l'infarto) e valutare, di conseguenza, se in questo modo si abbassa il pericolo delle persone d'ammalarsi di cancro. E' stata anche in parte dimostrata l'utilità della metformina (comunemente impiegata per il diabete di tipo due) come agente che limita gli eccessi di insulina e ulteriori studi puntano a dimostrare che possa far calare il rischio di vari tumori, fra cui quello al seno».

Quali sono i vantaggi per chi dimagrisce?

«Lontano dai laboratori di ricerca e dagli ospedali, c'è per qualcosa di concreto che tutti possono fare per limitare davvero le possibilità di ammalarsi di cancro – concludono gli esperti mondiali riuniti all'Asco -: controllare il proprio peso. Chi è obeso o ha comunque chili di troppo deve sapere che è stato scientificamente dimostrato che se dimagrisce fa diminuire anche il pericolo di sviluppare un tumore, diabete o malattie cardiovascolari. E ancora: chi già ha avuto una diagnosi oncologica e si impegna a dimagrire può trarne vantaggi concreti, non solo in ottica di generale benessere, ma anche perché migliorerebbero gli effetti delle terapie e invece calerebbe il rischio di ricadute». Se è vero, insomma, che il cancro fa paura a tutti, è giunta l'ora d'impegnarsi a prevenirlo con i modi più semplici: alimentazione equilibrata, attività fisica regolare e armati di bilancia, ma rigorosamente senza sigarette.

Giovedì 28 MAGGIO 2015

Melanoma avanzato. Ok al *nivolumab* a prescindere dallo stato del BRAF

Secondo una nuova analisi di dati estratti da trial clinici, il nivolumab sembra avere la stessa efficacia sia nel melanoma avanzato con BRAF V600 mutante che con BRAF wild-type.

(Reuters Health) - Il nivolumab, un anticorpo monoclonale anti-PD-1, è approvato per il trattamento del melanoma maligno dopo il ricorso all'ipilimumab o a un inibitore del BRAF. Rimane da capire se la mutazione del BRAF influenzi l'attività di tale farmaco, scrivono James Larkin, del Royal Marsden Hospital e i suoi colleghi su JAMA Oncology online il 21 maggio. Il team ha analizzato i dati di quattro trial su 440 pazienti affetti da tumore trattati con nivolumab con mutazione del BRAF V600 (n=106) o con BRAF wild-type (n=334). Il tasso di risposta obiettiva si attestava al 34,6% per il gruppo con BRAF wild-type e al 29,7% per quello con BRAF mutato e la durata media della risposta obiettiva era simile per entrambi i gruppi (14,8 mesi per il gruppo BRAF wild-type e 11,1 mesi per il gruppo BRAF mutato).

I ricercatori hanno rilevato che erano simili anche le riduzioni nella magnitudo del peso del tumore. Nelle analisi esplorative, i tassi di risposta obiettiva erano leggermente più elevati in pazienti con BRAF mutato che non avevano mai assunto inibitori del BRAF (33,1%) rispetto ai soggetti che avevano ricevuto questo tipo di terapia (24,5%), ma non si registravano differenze nelle riduzioni della magnitudo del peso del tumore dopo una precedente terapia con inibitori. I più alti tassi di effetti avversi legati al trattamento erano simili per entrambi i gruppi (BRAF wild-type 68,3% e BRAF mutato 58,5%).

"Nei limiti di questa analisi retrospettiva, i dati suggeriscono che il nivolumab è attivo sia in pazienti con BRAF wild-type che con BRAF mutato. Ciò è coerente con i risultati di precedenti analisi retrospettive riguardanti una monoterapia a base di ipilimumab e con uno studio di fase 1 che confrontava nivolumab e ipilimumab", concludono i ricercatori. "Inoltre, la monoterapia con ipilimumab potrebbe essere efficace nei pazienti con mutazione del gene BRAF a prescindere dalla precedente ricezione o meno di un inibitore di tale gene".

Tara C. Gangadhar, coautrice di un editoriale sull'articolo, ha affermato che "nei pazienti con o senza mutazione attivante del BRAF, per la terapia sistemica si potrebbe considerare il blocco della PD-1". "I trial clinici che includono il blocco della PD-1 nonché gli studi sulla combinazione di nuove terapie immunitarie o sulla combinazione di terapie mirate possono essere considerati tra le opzioni primarie di trattamento in tutti i pazienti con melanoma avanzato", hanno osservato **Gangadhar** e **Lynn M. Schuchter**, entrambi dell'Ambramson Cancer Center della University of Pennsylvania.

Jeffrey S. Weber del Moffitt Cancer Center di Tampa, in Florida, ha detto che i nuovi risultati "sono in linea con quanto è stato riscontrato con il nivolumab e altri anticorpi contro le proteine del checkpoint e stabiliscono che lo stato del BRAF non è un fattore predittivo del beneficio riscontrabile grazie a questi farmaci, soprattutto il nivolumab". "Il nivolumab è un eccellente trattamento di prima scelta in tutti i pazienti con melanoma, sia con BRAF wild-type che con BRAF mutato, soprattutto se nel tumore la proteina PD-1 è positiva", ha dichiarato il Weber. "Per una malattia molto pesante o in un numero sempre maggiore di pazienti con BRAF mutato, molti ricercatori continueranno a preferire di iniziare la terapia con inibitori del BRAF".

Lo studio è stato finanziato da Bristol-Myers Squibb. Il Dr. Larkin, che non è stato possibile raggiungere

per commenti, è stato un consulente per l'azienda.

FONTE: *JAMA Oncology 2015*

Will Boggs MD

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

<http://www.saluteh24.com/>

Cancro alla pelle, un aiuto dall'herpes

E' stato utilizzato per sviluppare una nuova immunoterapia oncologica

La lotta contro il melanoma, la forma più pericolosa di cancro alla pelle, ha un nuovo alleato: l'*Herpes simplex 1*. In uno studio clinico di fase III – l'ultima necessaria prima di poter procedere all'immissione in commercio di un farmaco – un gruppo di ricercatori guidato da Howard Kaufman, esperto del Rutgers Cancer Institute of New Jersey (New Brunswick, Usa) ha infatti dimostrato che l'uso di questo virus per la somministrazione di un immunofarmaco è ben tollerato dai pazienti, migliora il tasso di risposta duratura alla terapia e aumenta la sopravvivenza generale.

L'immunofarmaco in questione è GM-CSF (granulocyte macrophage colony-stimulating factor), molecola utilizzata nella terapia antitumorale per stimolare la risposta del sistema immunitario contro il cancro. Fin qui, quindi, nulla di particolarmente nuovo. Ad ammetterlo è lo stesso Kaufman, spiegando che “le potenzialità dell'immunoterapia sono note da più di un secolo”. Per di più il melanoma è stato un vero e proprio modello per lo sviluppo dell'immunoterapia. L'uso dell'herpes virus in questo campo rappresenta però una novità. “Il virus *Herpes simplex 1* causa il comune herpes labiale”, spiega Kaufman, precisando che il microbo “è stato reso più sicuro eliminando 2 geni virali ed è stato ulteriormente modificato per codificare il gene umano per il granulocyte-macrophage colony stimulating factor”. Una volta iniettato nel cancro il virus si replica selettivamente solo nel tessuto tumorale, risparmiando quello sano. Contemporaneamente l'espressione di GM-CSF potenzia le difese immunitarie naturali, che così possono combattere più efficacemente il cancro in tutto l'organismo.

La Food and Drug Administration statunitense ha in programma per il prossimo autunno la valutazione della richiesta di autorizzazione all'uso di questa nuova immunoterapia oncologica nel trattamento del melanoma. “Con un'incidenza annuale del melanoma aumentata di oltre il 70% negli ultimi 20 anni (nella popolazione caucasica) abbiamo bisogno di continuare a trovare nuovi modi per aiutare a migliorare i risultati per i pazienti – commenta Kaufman – I nuovi farmaci in via di sviluppo stanno offrendo grandi speranze ai pazienti con melanoma. In più, ora che i virus oncolitici hanno dimostrato un profilo rischi/benefici accettabile in caso di melanoma, questo trattamento potrebbe essere tesato contro altri tipi di cancro per i quali sono disponibili opzioni più limitate.

I risultati dello studio clinico di fase III sono stati pubblicati sul Journal of Clinical Oncology.

29-05-2015

<http://www.notiziarioitaliano.it>

Cibo sbagliato e scaduto sulla tavola di un anziano su tre

Un anziano su tre si alimenta male e mangia cibo scaduto, con potenziali effetti deleteri per la salute fisica e me tale. Lo afferma uno studio dell'università Cattolica di Roma, presentato oggi in occasione della Giornata della Ricerca, dedicata quest'anno al tema della nutrizione in occasione dell'Expo. Lo studio ha coinvolto 200 anziani di età media 74 anni, ed è emerso che solo il 15,4% degli anziani si rivolge al medico di famiglia per avere consigli sulla nutrizione, mentre la fonte di informazione principale è la tv. "Le carenze nutrizionali e una non corretta alimentazione associate a una ridotta attività fisica - ha spiegato Francesco Landi, del dipartimento di Geriatria - possono essere causa di insorgenza della fragilità fisica e cognitiva durante l'invecchiamento". Nella giornata sono state presentate tutte le ricerche dell'ateneo sui temi legati alla nutrizione. I dati preliminari di uno studio, ad esempio, hanno dimostrato che una dieta troppo ricca di carboidrati rapidamente assorbibili, come zuccheri, influisce non solo suo rischio di obesità, ma anche di deficit cognitivi. Diversi studi si sono invece focalizzati sulle caratteristiche 'positive' del cibo in rapporto a molte patologie. Un esempio sono gli alimenti antiossidanti, come pesce, olio o broccoli, che proteggono dall'infiammazione associata all'obesità. Molti sono i rapporti anche tra nutrizione e tumori, il 30% dei quali è attribuibile a comportamenti errati. Un gruppo di ricercatori sta analizzando il rapporto tra acidi grassi omega 3 e il rallentamento della crescita di tumori del colon e melanoma, mentre le vitamine del gruppo B sembrano ridurre del 40% del rischio di tumore della bocca.