

Rassegna del 15/12/2009

TOP GIRL - Sesso, parliamone. Ma con chi? - Celentano Alessandra	1
MESSAGGERO - Arriva "Prev'box" kit della salute preventiva per i liceali francesi - Pierantozzi Francesca	3

Sesso, parliamone. Ma con chi?

In famiglia è tabù. A scuola l'educazione sessuale è un miraggio. Hai mai pensato al consultorio? Noi ci siamo andati e abbiamo scoperto che...

Caro sono felice ed è la prima volta che vengo in un tipo di centro come questo! spero che d'altre valga la consulenza.
Devo però dire che come prima impressione è rassicurante anche se ora è ancora una sensazione ma più quanto è importante direi fondamentale. E comunque importante che ci siano questi tipi di centri perché sono una ragazza che ne ha parlato

Roma 23/5/08
Quest'attesa mi rende matta, cazzo!
Volei andare in bagno, ma sto pisciando sotto da morire
che pizza io oggi davvero stavo in pal
stra oooooooooo
Da questa erogografia si direi dovremmo
molte cose
Speriamo bene
P.S. = KAMI, GIO', MART, ANNA, FRANCY,
CLA, SABITA e FRED!
T. J. IIII T. BEVE

SUBITO DAL GINECOLOGO. MA DALL' ANDROLOGO?

"Le ragazze di oggi hanno compreso l'importanza delle visite di controllo dell'apparato genitale", dice Anna Sampaolo, responsabile dei corsi di educazione sessuale condotti dall'Aied nelle scuole. "Semmai sono i maschi a non andare dall'andrologo perché credono che ci si vada da grandi o per l'insorgere di problemi alla prostata". Ecco perché sta prendendo il via in alcune regioni il primo progetto nazionale finanziato dal Ministero della salute e gestito dalla Siams (Società italiana di andrologia e medicina della sessualità), rivolto a seimila studenti dell'ultimo biennio delle superiori. Servirà a spiegare ai ragazzi che anche chi si sente in buona salute può avere piccole anomalie o patologie che, se trascurate, avranno conseguenze nel tempo. Qualche esempio? Anomalie anatomiche del pene (fimosi, frenulo corto, incurvamento congenito), varicocele, infiammazioni urogenitali, tumore dei testicoli.

COS'È LA VISITA GINECOLOGICA?

È un esame degli organi genitali sia interni sia esterni. Non è dolorosa e va praticata almeno una volta all'anno. Consta di tre momenti. **Ispezione**: osservazione dei genitali esterni per evidenziare eventuali forme malformative e stati infiammatori. **Palpazione**: analisi degli organi interni (utero e ovaie). Il medico introduce il dito indice della mano destra in vagina e, con la mano sinistra sull'addome, palpa i suddetti organi per valutare la loro posizione e il loro volume. **Visita con speculum**: introduzione in vagina di uno strumento (speculum) che consente di visualizzare l'interno, il collo dell'utero (o cervice uterina) e di effettuare il pap-test (test di prevenzione per i tumori del collo uterino).

DI COSA HANNO PAURA LE RAGAZZE?

"Al di là delle informazioni concrete o delle paure legate a rischi oggettivi (rimanere incinta o contrarre malattie), ho notato che molte ragazze temono il giudizio estetico da parte del partner", spiega Anna Sampaolo. "Temono anche il giudizio sulla propria esperienza, spesso messa in confronto con quella di un'ex. Io suggerisco di tranquillizzarsi ricordandosi che anche lui ha le sue paure (i maschi temono di non avere un'adeguata prestazione sessuale). Pensare che ci si trova 'sulla stessa barca' dovrebbe aiutare la giovane coppia a superare insieme questi momenti così delicati".

PERCHÉ ANDARE IN CONSULTORIO?

Per informazioni sui metodi contraccettivi; per controlli ginecologici o andrologici; per consulenze e terapie sessuologiche e/o psicologiche; per assistenza per l'interruzione di gravidanza (come prevede la legge 194 del 1978); per aiuto in seguito a una violenza sessuale. Gli esperti mantengono il segreto professionale anche in caso di minorenni.

SONO SILVIA È LA PRIMA VOLTA CHE SONO VENUTA UN
MA SO K MI TRADERO' BENESEIMO.
IO E A UNO POSARE NEMOMO FARE UNO
SBRILE E STIAMO GIU' X RIMEDIARE!!!
È UNA XCONA RESPONSABILE SI PRENDE APPUNTO
TUTTE LE RESPONSABILITÀ ED È X QUESTO
K LO ADDRO.
È DA FOCO K STIAMO INSIEME MA IO LO
AIMO + DELLA MIA STESSA VITA

Poco mio Stefano... f di uomo fa uno stato
giu' un Davide, la persona che mi ha
zero papa di un buco sfigurato di nome
Diego e che è un'abitudine non semplice...
giu' sono qui perché il mio amico si sta
ripetendo... e sono due...

V. Anna Monfreda
mml

13-11-2005
SNO FEDERICA,
FO' MEDIO INCHIARE A UNA MADRE E DINDROA UL UNO RAGAZZO CHE
DISUNTO SUL TIPO DI PATE DA SUGNARE STORERA
CHE PATE, NON VOGLIO FARE QUESTA VISTA... CHE VEROSIMIL
HABBE' SUPERZO' PACHE QUESTA MENO LIARE CHE NON STO' SOLA
TRORFA GATE IN SUECULO CHE' GIU' E UN MARENGO ANZIA NON VE
LICIA CHE FINCA QUESTA GIOCONDA E RITROVAVI DAVANTI A
TADIO CA (PESCE E AFFATE) INSIGUE A TITOLI DANDEA E UN
LOME SE NON BASTASSE SONO CHA MARENGO STREGLAZZA DA
PNDER CHE MI HA DATO TRASCORRERE UNA GIOCONDA STRE
MA UN R' STANONTE
CIAO CIAO E CMG. SCIALLA

IL DIARIO DELL'AIED

Le pagine a fianco provengono da un quadernone ad anelli posto nella sala d'attesa del centro adolescenti Aied di Roma. L'idea del "diario" è venuta 12 anni fa alla psicologa Gioconda Pompei. "Avevo notato che i ragazzi, invitati da noi esperti a scrivere i loro dubbi su biglietti anonimi, avevano voglia di raccontarsi. Inoltre, mi è parso un modo per rendere più accogliente il consultorio".

metodi contraccettivi gravidanza visite di controllo paure bufale sul sesso

QUEL BISOGNO DI "RIMEDIARE"

L'Italia è il fanalino di coda in Europa per l'utilizzo di metodi contraccettivi, seguita da Spagna, Repubblica Slovacca, Polonia e Grecia. Soltanto nel 28% dei casi viene usato il preservativo. Per non parlare di quel 31,6% di casi nei quali ci si affida al rischioso coito interrotto.

QUALI SONO I TABÙ?

"Le mestruazioni, prima di tutto", dice Anna Sampaolo. "Sono considerate come qualcosa di imbarazzante. Basti pensare che negli spot pubblicitari sugli assorbenti si evita di usare questa parola. Oppure il sesso orale e anale, visti come atti 'sporchi': se invece sono desiderati e condivisi da entrambi, non hanno nulla di riprovevole".

L'HO LETTO SUL WEB

Il 44% dei giovani di oggi utilizza internet per avere informazioni sulla sessualità. Lo dice una ricerca di Pensiero scientifico editore (www.pensiero.it). "Spesso il web diventa una fonte per diffondere idee sbagliate", spiega Anna Sampaolo. "In rete è data troppa importanza alla performance, e quindi abbondano descrizioni dettagliate di posizioni, angolature precise con cui il pene deve entrare in vagina per stimolare il punto G, mentre vengono trascurati tutti gli aspetti emozionali e sentimentali, ossia quelli che fanno la differenza e permettono un pieno godimento sessuale".



SEGUE SU... TOPGIRL.IT

Parla di emozioni e paure legate al sesso su <http://topgirl.tiscali.it/board/love-sex-friends/>. Oppure scrivi a fuoritabu@gujm.it: la nostra ginecologa ti risponderà

La top ten delle bufale sul sesso

La Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia) ha raccolto le dieci più grandi assurdità che da tempo circolano sul sesso.

- 1 Per evitare di rimanere incinta bisogna lavarsi con la Coca-cola o il limone dopo un rapporto sessuale
- 2 Si può rimanere incinta con un bacio
- 3 Se un ragazzo, prima di un rapporto, beve tre whisky, non può mettere incinta la ragazza
- 4 Non si può rimanere incinta se il rapporto dura meno di un minuto

- 5 La prima volta è impossibile rimanere incinta
- 6 Non si può rimanere incinta facendo l'amore in piedi
- 7 Non si può rimanere incinta facendo l'amore in acqua
- 8 Se fai l'amore di giorno non rimani incinta, perché gli spermatozoi escono solo di notte
- 9 Se fai sesso con un uomo che da ragazzo si è masturbato molto, non rimani incinta perché lui ha già consumato tutti gli spermatozoi
- 10 Una donna non può rimanere incinta se durante un rapporto non raggiunge l'orgasmo

PARIGI

Arriva "Prev'box" kit della salute preventiva per i liceali francesi

di FRANCESCA PIERANTOZZI

PARIGI - Sembra un astuccio un po' retrò, di quelli d'acciaio degli anni Sessanta, e invece è un kit all'avanguardia e senza remore per garantire la salute degli adolescenti. Dentro alla prev'box, l'«astuccio della prevenzione», distribuita da ieri ai liceali francesi c'è tutto il nécessaire per «sentirsi a posto»: preservativi (per maschi o ragazzi), gel lubrificante, tappi per le orecchie in caso di concerto a tutto volume, un etilotest in caso di festa troppo allegra, un quiz sulla salute, una lista di siti web per le emergenze...

L'iniziativa non ha precedenti e vuole combattere ipocrisie e mancanza di informazione in materia di salute giovanile. Per avere la «Prev'Box» i ragazzi dovranno sottoscrivere l'assicurazione LMDE, una mutua complementare alla pubblica Sécurité sociale creata apposta per li studenti. Costo: 19 euro l'anno. Oltre all'«astuccio», i ragazzi potranno beneficiare di una serie di sconti e facilitazioni in settori considerati cruciali e non coperti dalla classica protezione sociale.

I ragazzini «assicurati» avranno diritto a dieci euro di rimborso annui per l'acquisto della pillola del giorno dopo, a 15 euro per test di gravidanza e ad altrettanto per l'acquisto di cerotti anti-nicotina. Sempre in nome della sicurezza, è previsto il rimborso parziale per l'acquisto di un casco di protezione per andare in bicicletta o il motorino. Incluso nel forfait anche una visita dal nutrizionista o dallo psicologo. «La prev'Box che abbiamo appena lanciato è del tutto inedita. Mai dei professionisti della sanità si erano rivolti direttamente ai liceali» ha dichiarato Damien Berthillier, presidente della Mutua studentesca LMDE. Per sottoscrivere l'assicurazione, soltanto i minori di 16 anni avranno bisogno dell'autorizzazione dei genitori. «Questa garanzia per la salute è un modo di aiutare i giovanissimi a raggiungere l'autonomia a cui aspirano - spiega ancora Berthillier - E questo può essere possibile già prima del loro arrivo all'Università. Su argomenti intimi come la sessualità, i ragazzi hanno spesso difficoltà a comunicare con i genitori. Con la nostra Prev'box ci auguriamo di interessarli e responsabilizzarli su questi problemi. E se la loro nuova assicurazione fornirà l'occasione di parlarne in famiglia, tanto meglio».

La Lmde è sicura del successo dell'iniziativa. Ieri Anne, 16 anni, tra le primissime ad aver sottoscritto la nuova mutua, ha confidato al quotidiano «de Parisien» di sentirsi sollevata. «Ho un ragazzo - ha detto - e non mi vedo certo chiedere a mio padre di andare in farmacia a comprarmi la pillola del giorno dopo». Anne ha però confessato che l'oggetto più interessante trovato nella Prev'box sono i tappi per le orecchie: «Sono andata di recente a vedere un concerto degli Indochine: mi sarebbero stati molto utili...».



La scatola del Prev'box

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rassegna del 15/12/2009

SOLE 24 ORE SANITA' - Ru486 in corsia fa febbraio - ...

1

In «Gazzetta» l'autorizzazione all'immissione in commercio della pillola abortiva

Ru486 in corsia da febbraio

Sacconi promette controlli a tappeto - Pronto un dossier per l'Ue

Ultimo atto per la pillola abortiva che sarà disponibile in Italia da febbraio. Dopo 760 giorni dalla richiesta dall'azienda parigina Exelgyn all'Agenzia italiana del farmaco - costellata da mille polemiche, rinvii, ostacoli burocratici e un braccio di ferro con il Governo e il Parlamento - l'«autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano Mifegyne» è approvata sulla Gazzetta Ufficiale del 9 dicembre scorso.

Si tratta dell'ultimo atto ufficiale di un tortuoso percorso autorizzativo cominciato il 10 novembre 2007 e che in teoria doveva durare tra i 90 e i 120 giorni, come previsto per le procedure di mutuo riconoscimento di farmaci già autorizzati

in altri Paesi europei. Ma la realtà è stata ben diversa, anche perché in molti - durante questi due anni - hanno puntato il dito contro la "pillola della discordia". Nel mirino la sicurezza del farmaco per la salute della donna, ma anche i rischi di una eccessiva banalizzazione dell'aborto. L'ultimo tentativo di piantare un paletto nell'impiego della Ru486 è stato del ministro del Welfare, Maurizio Sacconi, che a fine novembre ha scritto all'Aifa chiedendo di rivedere i contenuti dell'autorizzazione inserendo un requisito obbli-

gatorio: il ricorso, cioè, al ricovero «ordinario» fino all'espulsione del feto per la donna che sceglie l'aborto farmacologico. Spetterà alle «autorità competenti» (Stato e Regioni, ndr) il compito di «assicurare - si legge nell'autorizzazione - che le modalità di utilizzo ottemperino alla normativa vigente in materia di interruzione volontaria di gravidanza». Come dire che se non si troverà un accordo con il Governo, saranno le Regioni a decidere nel segno del "federalismo della pillola". Ma il ministero del Welfare non

molla, comunque, la presa sul via libera alla Ru486. Da alcuni giorni gli uffici legali stanno studiando un dossier da inviare alla Commissione europea - che ha poteri di vigilanza sull'Emea, l'Agenzia Ue

del farmaco - per segnalare alcune irregolarità nella procedura autorizzativa italiana. Mentre il ministero promette controlli a tappeto per verificare che non si compiano violazioni nel momento in cui sarà possibile richiedere la pillola in ospedale. Per l'arrivo effettivo della Ru486 ci vorranno comunque ancora un paio di mesi: quelli necessari per la preparazione del foglietto illustrativo e della scatola in italiano e i tempi per ordinare il farmaco e farlo arrivare in ospedale.

Oltre due anni per il via libera



Mammografia

La task force Usa per la prevenzione ha deciso di **eliminare il controllo come test standard nella fascia di età fino a 49 anni perché genera molti falsi positivi** che innescano esami aggiuntivi e interventi. Ecco cosa ne pensano gli esperti italiani

Screening under cinquanta Ma è davvero inutile?

ELVIRA NASELLI

Nel mondo muoiono ogni anno circa mezzo milione di donne per cancro al seno. I casi aumentano, la mortalità per fortuna diminuisce, per l'individuazione sempre più precoce del tumore. Il merito è certamente della mammografia, esame ritenuto imperfetto ma comunque ancora il principale utilizzato. Negli Stati Uniti ha creato allarme la decisione della Task Force per i servizi di prevenzione (Uspstf) che, contravvenendo alle linee guida di alcune delle più importanti società scientifiche, come l'American Cancer Society, ha deciso di eliminare come test standard la mammografia nelle donne tra 40 e 49 anni, lasciandola una volta all'anno nella fascia 50-74.

Il motivo, secondo l'organismo statunitense, è che i benefici nelle donne giovani sono minori e che l'esame dà molti falsi positivi che provocano ansia, stress e ulteriori esami anche invasivi, come la biopsia. Il timore di molte, però, è che la salute venga sacrificata sull'altare dei costi della sanità pubblica, negli Stati Uniti come altrove. E certo non rassicurano le statistiche della commissione americana, secondo le quali la mammografia fatta a 40 anziché a 50 anni salva "soltanto"

una vita su 1900. Se l'universo di riferimento è composto da milioni di donne, la percentuale è infatti tutt'altro che irrilevante.

«Non si fa un buon servizio di salute pubblica eliminando la mammografia sotto i 50 anni — ragiona Riccardo Masetti, direttore del Centro di Senologia del Policlinico universitario Gemelli di Roma e presidente di Komen Italia — bisogna però spiegare alle donne che in quella fascia d'età è uno strumento tutt'altro che perfetto. Un seno giovane ha una struttura ghiandolare tale che crea grosse difficoltà di interpretazione. Dopo la menopausa, invece, il tessuto si modifica e l'esame è più chiaro. Il rischio nelle giovani è l'errore diagnostico che ingenera ansia, esami e persino interventi evitabili».

In Italia i programmi di screening pubblici e gratuiti sono regionali e prevedono una mammografia ogni due anni nella fascia 50-69 anni. «Se tutte le donne facessero gli screening organizzati, nei centri specialistici con operatori specializzati, si eviterebbero gli esami spontanei, senza controllo — precisa Livia Giordano, epidemiologa e presidente Gisma, Gruppo italiano screening mammografico — e

sarebbe un vantaggio anche in termini di politica sanitaria. Nel nostro paese purtroppo restano

fortissime differenze e al Sud sono ancora troppo poche le donne coinvolte dagli screening. Allargare la fascia d'età verso il basso e l'alto può essere utile, dopo aver coperto bene quella 50-69».

Ma allora le donne giovani che dovrebbero fare? «Considerato che il tumore in fascia 40-50 anni è tutt'altro che infrequente — ragiona Enrico Cassano, direttore dell'unità di radiologia senologica allo Ieo di Milano — la prevenzione va fatta. La mammografia è imperfetta ma è l'unico esame in grado di rilevare le microcalcificazioni che possono essere la prima spia di un tumore. Ma bisogna affiancarle l'ecografia, contestualmente, magari diradando la mammografia ogni due anni. Capisco che i costi salgono, perché l'ecografia è un esame più lungo, fatto da un medico e non dal tecnico, e che è difficile pensare di utilizzare eco e mammo come screening. Ma è quello che consigliamo alle nostre pazienti».

“Da noi il vero problema è l'enorme differenza che c'è tra Nord e Sud del Paese”

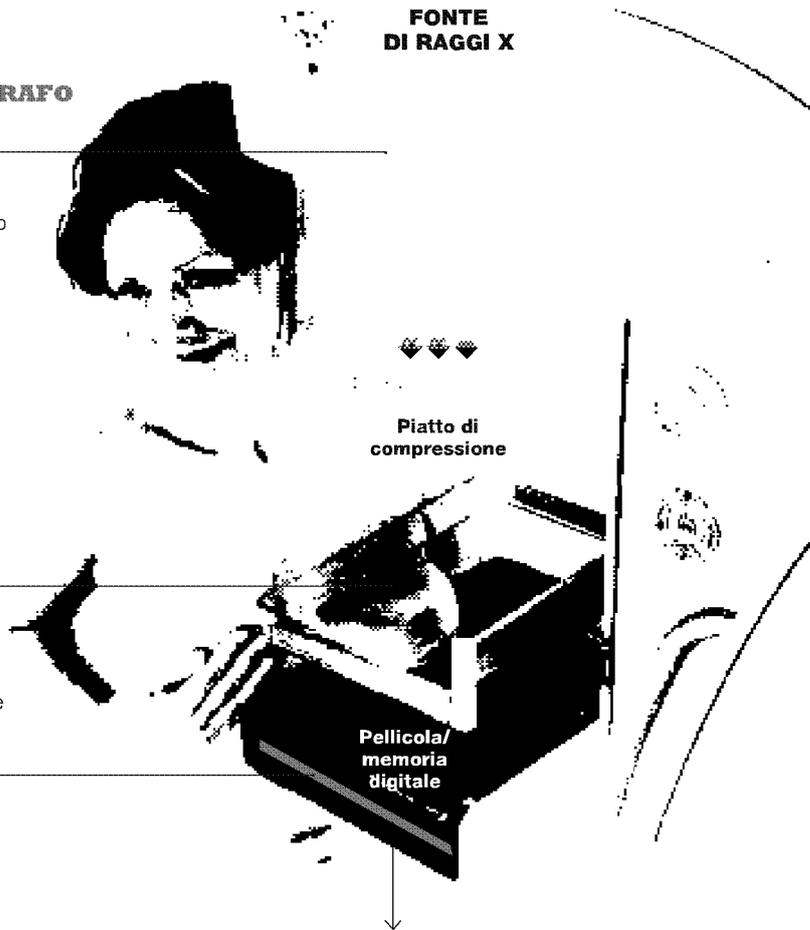
FONTE DI RAGGI X

IL MAMMOGRAFO

1 Emette una bassa dose di raggi X. I mammografi moderni, soprattutto quelli digitali, riducono al minimo le emissioni

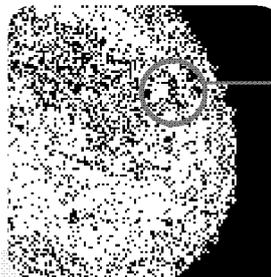
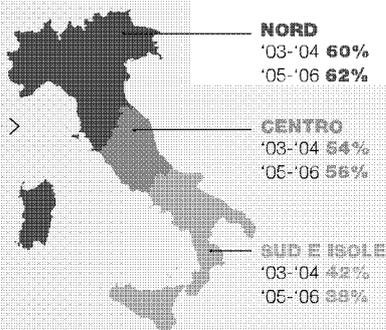
2 I raggi permettono di visualizzare le strutture fibroepiteliali interne della ghiandola mammaria

3 Negli apparecchi analogici l'immagine viene stampata su di una pellicola. In quelli digitali, l'immagine viene registrata su di un PC e può essere stampata o archiviata in un CD



SCREENING MAMMOGRAFICO IN ITALIA

Numero di donne che hanno accettato di fare una mammografia in seguito a invito effettuato nel periodo considerato



Calcificazioni
Sono piccoli depositi minerali che indicano un tessuto benigno o, meno di frequente, cancerogeno

QUANDO SI CONSIGLIA

TRA 40 E 49 ANNI
Secondo la World Health Organization (WHO) bisogna fare il test ogni 1-2 anni

TRA 50 E 69 ANNI
Secondo il National Comprehensive Cancer Network bisogna fare il test una volta all'anno

FONTE: WHO, NCC, OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING 2007

INFOGRAFICA PAULLA SIMONETTI

Ematologia

All'American Haematology *presentato*

un metodo per trapiantare il midollo

osseo: *riduce reazioni di rigetto e infezioni*

Anti-leucemia la nuova tecnica è made in Italy

DANIELE DIENA

UNA NUOVA TECNICA cambierà il futuro dei trapianti di midollo, mettendo i pazienti al sicuro, o quasi, dai suoi due nemici più temuti: il rigetto e le infezioni, spesso mortali, che subentrano al trapianto. L'importante svolta, interamente "made in Italy", è stata presentata nei giorni scorsi a New Orleans, all'American Society of Hematology, massima assise mondiale sulle malattie del sangue, da Massimo Franco Martelli, direttore della Clinica ematologica dell'università di Perugia.

Il trapianto di midollo è l'unica terapia che può guarire le leucemie acute ad alto rischio di recidiva, che con la terapia convenzionale darebbero una sopravvivenza non superiore al 10 per cento. In mancanza di donatori compatibili disponibili nelle banche del midollo, si ricorre ai familiari parzialmente compatibili, ma il successo del trapianto è minacciato dalla malattia "trapianto contro

ospite" provocata dai linfociti T, cellule immunitarie del donatore che aggrediscono l'organismo del ricevente. Per superare il problema si rimuovono queste cellule, prevenendo questa reazione, ma compromettendo, dopo il trapianto, la ricostituzione delle difese naturali con la comparsa di gravi infezioni, letali nel 40-50 per cento dei casi.

La scoperta, riscontrata grazie a un esperimento su un topo e dopo una collaborazione con l'israeliano Weizmann Institute of Science, mostra l'efficacia di una sottopopolazione di cellule T che hanno una funzione regolatoria del sistema immunitario sia nel sopprimerne l'azione sia nel favorirne la ricostituzione. La peculiarità di queste cellule è stata usata, per la prima volta sull'uomo, dal gruppo di Perugia, con 28 pazienti sottoposti a trapianto di midollo da donatore parzialmente compatibile: dopo radioterapia e chemio, gli sono state somministrate le cellule T regolatorie dei donatori tre giorni prima del trapianto di

midollo, consistente in una megadose di cellule T mature e di staminali ematopoietiche (progenitrici del sangue). Risultato: 26 pazienti su 28 hanno avuto un rapido attecchimento, bassissima l'incidenza di "malattia trapianto contro ospite", nonostante l'elevata dose di linfociti maturi T somministrati, e veloce la ricostituzione delle difese contro batteri, funghi e virus. «Anche se la mortalità per trapiantologica è invariata perché la maggior parte dei pazienti era in malattia avanzata, le cause di morte da infezione sono nettamente ridotte. — dice Martelli — Modificando ulteriormente la preparazione al trapianto e la scelta dei pazienti, contiamo di abbassare la mortalità da infezioni sotto il 20 per cento già nel prossimo protocollo».

“Contiamo di abbassare la mortalità da infezioni sotto il venti per cento”

TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO

STRUTTURA DELL'OSSEO

Il midollo osseo è formato da cellule del sangue come globuli rossi, globuli bianchi (linfociti) e piastrine

Tessuto spugnoso

Tessuto compatto

Midollo osseo

Capillari



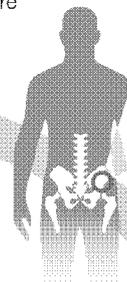
PAZIENTE

1 Si studia la tipizzazione genetica del paziente per trovare il midollo osseo più compatibile possibile



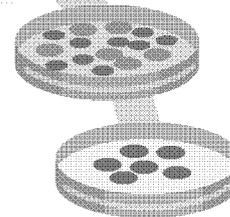
DONATORE

2 Dal donatore si preleva un campione di midollo osseo



Elaborazione del midollo

3 Dal campione si selezionano e si estraggono le cellule staminali che producono il sangue



DAL DONATORE AL PAZIENTE

Il midollo che arriva al paziente può provenire di un familiare diretto oppure da una banca di midollo osseo da donatori

4 La nuova tecnica prevede l'estrazione dei linfociti T regolatori, che saranno somministrati al paziente 3 giorni prima del resto del midollo

Linfociti T regolatori



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Linfociti T regolatori (3gg. prima)

Midollo osseo (resto del campione)

PAZIENTE prima del trapianto

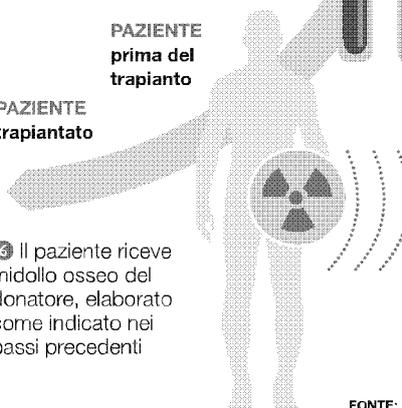
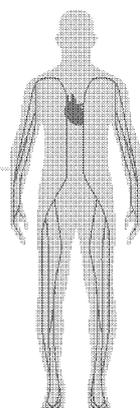
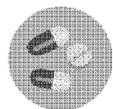
PAZIENTE trapiantato

DOPO IL TRAPIANTO

7 Dopo il trapianto, il paziente è vulnerabile a infezioni e viene trattato con farmaci immunosoppressori. Con la nuova tecnica le dosi richieste di questi farmaci sono inferiori alla tecnica tradizionale

6 Il paziente riceve midollo osseo del donatore, elaborato come indicato nei passi precedenti

5 Il paziente è bombardato con radiazioni per distruggere il suo midollo osseo e gran parte del suo sistema immunitario



INFOGRAFICA PAULIA SIMONETTI

FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE

Ematologia

ANCORA PASSI AVANTI CONTRO IL MIELOMA

Passi avanti, annunciati sempre al congresso di ematologia di New Orleans, anche per il mieloma multiplo. In questo tumore del sangue la svolta è il "carfilzomib". Uno studio dell'Università del Texas ne ha dimostrato l'efficacia in quasi un malato su due ed è meglio tollerato del predecessore: la temuta neuropatia si è verificata solo nel 12% dei casi

TUMORI**MIELOIDE CRONICA, ECCO LA MOLECOLA SOPRAVVIVERE PIÙ A LUNGO È POSSIBILE**

NEW ORLEANS — Un altro passo contro la leucemia mieloide cronica. È il "nilotinib", farmaco in vendita dal 2008 per i leucemici "Philadelphia positivi" (la maggioranza), in fase cronica o accelerata di malattia, che non beneficiano d'altra terapia. A confronto col farmaco più usato, l'"imatinib", il "nilotinib" lo supera per la velocità con cui riduce la proteina anomala nel sangue e per la miglior efficacia contro le cellule leucemiche. Su 846 pazienti, divisi a gruppi di 280 (due con posologie diverse e uno trattato col farmaco di confronto) la malattia è progredita solo in 1-2 pazienti, secondo la posologia, contro undici trattati con l'"imatinib". «I risultati indicano che dando fin dall'inizio questa cura si potrebbe allungare la sopravvivenza senza progressione di malattia - dice Giuseppe Saglio, ordinario di Medicina interna a Torino, uno dei direttori dello studio - dieci anni fa la sopravvivenza era di 3-4 anni. Oggi, ad otto anni dall'arrivo dell'"imatinib", l'86 per cento dei pazienti è vivo e per oltre la metà dei morti la causa non era leucemica». "Nilotinib" sarà approvato entro un anno come cura di "prima linea".

(d. d.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CAMICI & PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

**CANCRO AL POLMONE, TAC UTILE?
SONO PIÙ I RISCHI CHE I BENEFICI**

È utile una Tac di controllo in soggetti ad alto rischio di tumore al polmone? La risposta da uno studio su 7.557 soggetti. Risultato: per uno che si salva, 999 prendono radiazioni inutili e aumentano la probabilità di sviluppare un cancro (ogni Tac del polmone equivale a fumare 400 sigarette). Oncologi e radiologi si arrendano di fronte all'evidenza. Eseguire prestazioni inutili dà vantaggio alle "aziende sanitarie" che interpretano il proprio ruolo di "prestazionifici": tante richieste arrivano, altrettante vanno soddisfatte, per fare budget. Pubblici e privati ragionano allo stesso modo, per incassare di più. Ma Tremonti cede e firma l'aumento del Fondo sanitario perché non ha gli strumenti per capire che il 40 per cento di prestazioni sono inutili, ripetute tre o quattro volte per interessi "aziendali", ansia, ignoranza, avidità. Se il nostro Servizio sanitario deve rimanere equo, solidale, universale, capace di aggiornarsi, si limiti allo scientificamente essenziale. Torniamo agli ospedali e ai curanti, eliminando i mercanti.

camici.pigiami@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'appello

Cardio-oncologia nuova frontiera per la gestione delle cure migliori

I tempi sono maturi per la nascita di una nuova branca della medicina, la cardio-oncologia: i pazienti con cancro, infatti, vivono più a lungo ma sono anche esposti alla cardiotossicità di alcune terapie anti-tumorali. Scompenso cardiaco, ipertensione, patologie trombo-emboliche, aritmie sono alcuni dei problemi causati; e i farmaci più tossici per il cuore sono spesso quelli che più contribuiscono ad allungare la vita del paziente, dalle antracicline al trastuzumab. Un editoriale di Adriana Albini e di Francesco Donatelli — rispettivamente responsabile della ricerca



oncologica e direttore dipartimento cardiovascolare dell'Irccs MultiMedica — sul *Journal of the National Cancer Institute*, passa in rassegna i possibili effetti cardiotossici delle terapie anti-tumorali ed esamina le varie modalità di monitoraggio del danno cardiaco.

Gli strumenti a disposizione sono il dosaggio dei biomarcatori di scompenso cardiaco (Nt-proBnp e troponine), Ecg, ecocardiogramma e Rmn cardiaca. Le possibili strategie di contenimento del danno cardiaco prevedono Ace-inibitori, beta-bloccanti e statine, accanto ad approcci ancora sperimentali, quali le terapie antiossidanti, antimetaboliche e anti-infiammatorie. La review si chiude con un doppio appello degli autori: potenziare la ricerca in campo cardio-oncologico e redigere delle linee guida per la gestione del rischio e degli eventi cardio-vascolari nei pazienti in terapia anti-neoplastica.

(m. r. m.)

RAPPORTO NORD & CENTRO ITALIA 2010

Sanità

È il patto per la salute il vero banco di prova per le regioni

Roberto Turno

19947 Farcela con 106,2 miliardi. È con questa scommessa che tutte le regioni si presentano ai nastri di partenza del 2010 in quello che è il rebus dei rebus della finanza territoriale: la spesa pubblica per la salute, che ormai rappresenta mediamente oltre l'83% dei budget locali. Una sfida che si rivelerà complicata e piena di insidie anche per le realtà con conti in regola (o quasi) di Asl e ospedali, dunque anche per quelle del Nord e del Centro Italia. Che pure - Lazio e Abruzzo a parte, entrambe commissariate per la sanità - rappresentano la punta avanzata del servizio sanitario nazionale, dove è stata possibile quella che sembrava una impossibile quadratura del cerchio: reggere l'onda d'urto della spesa sanitaria che cresce, dunque avere bilanci a posto non solo grazie anche a un'economia più ricca, e al tempo stesso garantire più servizi e di maggiore qualità.

Il patto per la salute 2010-2012 appena sottoscritto con il Governo sarà la cartina di tornasole della tenuta, finanziaria e gestionale, di quanto è ancora possibile salvaguardare dell'universalità del servizio sanitario pubblico e del welfare sostenibile. Una

sfida nella sfida, perché la stella polare cui tutti guardano è a sua volta una grande incognita: il federalismo fiscale. Che, per chi ha i conti in ordine, dovrebbe significare non essere più il supplente pagatore di chi ha male amministrato (e dilapidato risorse), sia pure nel rispetto della solidarietà regionale e dell'unitarietà del sistema.

LE INCOGNITE

L'accordo stipulato con il Governo garantirà la tenuta del sistema L'altra grande sfida è legata al federalismo fiscale

Tra federalismo che avanza a grandi passi, costi standard delle prestazioni tutti da definire per il futuro ormai prossimo, Patto per la salute che chiede apertamente ai governatori - a tutti i governatori - di tenere fermissima la barra dei bilanci sanitari, il 2010 potrebbe rivelarsi un anno spartiacque. In cantiere dovranno esserci il taglio dei posti-letto, la riduzione degli organici, il travaso di prestazioni dall'ospedale al territorio. E questo men-

tre avanza la mutualità integrativa, che di contratto in contratto sta conquistando sempre più categorie, togliendo così qualche castagna dal fuoco ai conti pubblici per la salute. Due esempi tra tutti: la non autosufficienza e le cure odontoiatriche, due autentici buchi neri dell'assistenza pubblica, che i Fondi integrativi del Ssn dovranno garantire entro il 20% dei propri bilanci, pena la perdita dei bonus fiscali di cui beneficiano.

È in questo puzzle che le 14 regioni e province autonome del Nord e del Centro dovranno amministrare sul territorio la salute dei propri cittadini. E non solo a loro, visto che ogni anno sono almeno 800mila gli italiani che emigrano in cerca di cure dalla propria a un'altra regione. E l'emigrazione della salute ha un flusso drammaticamente costante: dal Sud si fugge al Centro e al Nord, appunto.

Eppure le regioni del Nord e Centro - con le vistose eccezioni del Lazio e dell'Abruzzo - per quanto riguarda l'assistenza sanitaria si presentano all'appuntamento con fondamenta che secondo tutte le analisi appaiono abbastanza solide. L'operazione di taglio dei posti-letto (e dun-

que degli ospedali) andrà fatta, e non certo soltanto con interventi di microchirurgia, praticamente tutta al Sud. Quanto alla qualità e all'appropriatezza dei servizi, un recentissimo studio per il ministero curato dal laboratorio «Management e sanità» del Sant'Anna di Pisa ha elaborato un ranking che vede Toscana, Veneto, Emilia Romagna e Lombardia al top e in genere tutte le regioni del Nord promosse a pieni voti, con l'intero Sud in fondo a tutte le classifiche per ciascuno degli indicatori esaminati per valutare l'efficienza delle gestioni. La dimostrazione ulteriore che "vincere si può", anche senza che la spesa pubblica sfondi gli argini.

Segnali positivi che però non bastano. Anche le regioni virtuose dovranno infatti tenere altissima la guardia, con l'insidia che si dovrà fare bene - benissimo - di conto con Asl e ospedali, ma avendo sempre meno da grattare dal cosiddetto fondo del barile degli sprechi. Esser stati virtuosi, paradossalmente, oggi può rivelarsi un limite. Aspettando di vedere che effetto farà il federalismo fiscale.

roberto.turno@ilssole24ore.com

KIPRODUZIONE RISERVATA



RIPARTO IN CERCA DI EQUILIBRIO

Governatori, accordo in extremis sui criteri per il fondo 2010

Dopo un non stop di due giorni raggiunto il compromesso che consente l'assegnazione

Tab. 2 - Il riparto 2010 secondo la proposta del ministero della Salute (milioni)

	Totale fabbisogno indistinto e finalizzato 2010	Disponibilità di cassa (senza mobilità)	Quota percentuale	Disponibilità di cassa (con mobilità)	Quota percentuale	Totale per cassa alle regioni
Piemonte	-	7.588,36	8,21	7.585,42	8,20	7.588
Valle d'Aosta	219,01	98,72	0,11	84,33	0,09	84
Lombardia	16.713,51	16.368,82	117,70	16.818,99	18,19	16.823
Bolzano	832,31	432,34	0,47	439,72	0,48	440
Trento	883,53	367,35	0,40	350,55	0,38	351
Veneto	8.352,21	8.164,23	8,83	8.262,77	8,94	8.265
Friuli	2.162,03	920,48	1,00	940,76	1,02	941
Liguria	2.913,82	2.851,09	3,08	2.816,54	3,05	2.817
Emilia Romagna	7.589,08	7.417,12	8,02	7.752,56	8,38	7.753
Toscana	6.520,39	6.382,02	6,90	6.485,53	7,01	6.486
Umbria	1.568,00	1.533,97	1,66	1.545,92	1,67	1.547
Marche	2.736,34	2.678,87	2,90	2.640,61	2,86	2.641
Lazio	9.621,69	9.459,49	110,23	9.389,00	10,15	9.391
Abruzzo	2.304,15	2.262,61	2,45	2.230,91	2,41	2.232
Molise	555,89	542,94	0,59	571,70	0,62	572
Campania	9.585,61	9.422,39	110,19	9.123,81	9,87	9.125
Puglia	6.846,88	6.733,53	7,28	6.559,34	7,09	6.561
Basilicata	1.007,96	991,03	1,07	949,00	1,03	949
Calabria	3.389,46	3.342,04	3,61	3.112,67	3,37	3.113
Sicilia	8.466,14	4.180,33	4,52	3.980,97	4,31	3.982
Sardegna	2.837,94	732,34	0,79	669,43	0,72	671
B. Gesù	-	-	-	125,60	0,14	126
Acismom	-	-	-	33,98	0,04	34
Totale	102.861	92.470		92.470		92.490

Ce l'hanno fatta dopo due giorni (e relative notti) di lavoro i presidenti e i tecnici delle Regioni a raggiungere l'accordo sul riparto del fondo sanitario 2010. La soluzione finale è arrivata alle sei del mattino di venerdì 11 dicembre, dopo una notte di calcoli e una giornata di tensioni per la contrarietà di numerose Regioni sull'effetto dei nuovi criteri proposti dal ministero della Salute che hanno ridotto del 20% circa il peso dell'anzianità della popolazione provocando anche una riduzione delle assegnazioni rispetto al 2009. Al momento di andare in stampa con questo numero del settimanale, venerdì 11 dicembre, la colonna finale del riparto ancora non è disponibile (in fondo alla pagina è pubblicata la proposta di partenza del ministero) perché proprio per la difficoltà di far quadrare i conti, i tecnici delle Regioni stanno mettendo nero su bianco gli spostamenti finali di 17 milioni che le Regioni che hanno incassato di più hanno deciso di rimettere in gioco per compensare il riparto di quelle più penalizzate.

Il metodo dei governatori è partito da due estremi: la quota capitaria secca per ogni Regione e quella che sarebbe derivata dal massimo della percentuale possibile dell'anzianità. Poi, lavorando sul dato medio emerso da queste due colonne, si è calcolata la differenza con il riparto proposto dal ministero. Chi ha ottenuto molto di più, ha

rimesso nel piatto una quota pari a quella della percentuale di accesso con un tetto che comunque non poteva superare il 10 per cento. Per la parte ancora mancante si è poi attinto dalle Regioni col maggiore attivo calcolando ancora una volta un contributo in base sempre alla quota di accesso rideterminata dopo la prima manovra.

Effetto finale: nessuna Regione ha, se non altro, incassato meno del 2009.

Questo infatti è stato il principale motivo di attrito tra i governatori nella "due giorni" di trattative.

La proposta del ministero, calcolando da una parte l'incremento della popolazione registrato dall'Istat e dall'altra riducendo il peso dell'età nelle quote di riparto (come dovrà accadere al momento dell'entrata in vigore dei costi standard) ha infatti prodotto un effetto boomerang proprio in quelle Regioni in cui negli anni precedenti l'anzianità era stata la spinta a un'assegnazione spesso anche di tutto rispetto.

Prima della fila nelle proteste la Liguria, che avrebbe lasciato sul campo con il riparto del ministero (si veda la tabella in questa pagina) rispetto al fabbisogno indistinto (sarebbe stato di più secondo le assegnazioni per cassa) il 4,6% del fondo rispetto allo scorso anno, con una perdita secca di oltre 140 milioni. Segno meno anche per Bolzano (-0,89), Friuli (-0,12), Molise (-0,69), Basilicata (-1,83) e Calabria (-0,88), ma

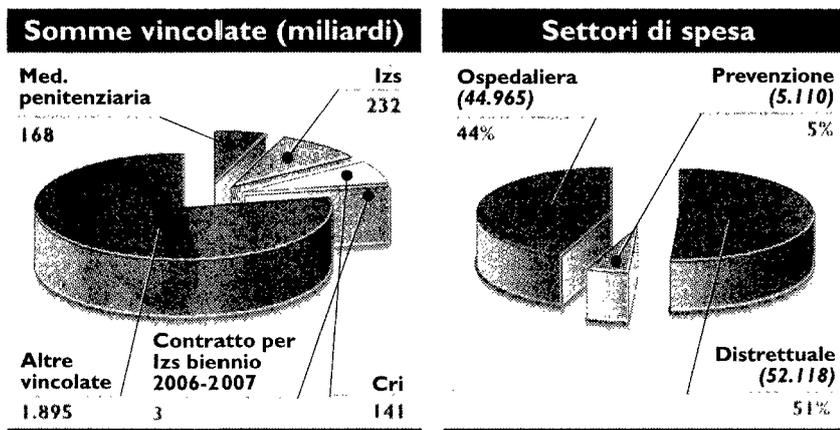
anche altre Regioni avrebbero aumentato le risorse davvero di pochissimo (a esempio



Toscana e Marche solo del +0,16%), mentre per altre l'incremento sarebbe stato ben più consistente (Lazio +3,12%, Lombardia +2,98%, Veneto +2,94% ecc.) per effetto del mix tra un aumento considerevole della popolazione e l'abbassamento del criterio dell'età, visto che queste Regioni, oltre a essere le più "abitate", sono anche mediamente giovani rispetto alle altre.

P.D.B.

© RIFORMAZIONE SANITARIA



Tab. 1 - L'effetto della proposta del ministero (milioni)

	Fabbisogno 2010	Fabbisogno 2009	Differenza	Differenza percentuale
Piemonte	7.755,46	7.731,06	24,40	0,32
Valle d'Aosta	219,01	218,25	0,75	0,35
Lombardia	16.713,51	16.230,23	483,28	2,98
Bolzano	832,31	839,79	-7,48	-0,89
Trento	883,53	863,97	19,56	2,26
Veneto	8.352,21	8.113,88	238,34	2,94
Friuli	2.162,03	2.164,61	-2,57	-0,12
Liguria	2.913,82	3.056,61	-142,80	-4,67
Emilia R.	7.589,08	7.527,48	61,60	0,82
Toscana	6.520,39	6.509,87	10,53	0,16
Umbria	1.568,00	1.565,51	2,49	0,16
Marche	2.736,34	2.711,11	25,23	0,93
Lazio	9.621,69	9.319,48	302,21	3,24
Abruzzo	2.304,15	2.254,32	49,83	2,21
Molise	555,89	559,74	-3,85	-0,69
Campania	9.585,61	9.499,45	86,15	0,91
Puglia	6.846,88	6.786,98	59,90	0,88
Basilicata	1.007,96	1.026,71	-18,76	-1,83
Calabria	3.389,46	3.419,44	-29,98	-0,88
Sicilia	8.466,14	8.272,94	193,19	2,34
Sardegna	2.837,94	2.810,27	27,67	0,98
Totale	102.881	101.482	1.379,70	1,36

LA GVERNATA

TORNA IL DICASTERO DELLA SALUTE

Ferruccio Fazio giura oggi al Quirinale da ministro

Il **Ferruccio Fazio**, medico-ricercatore e docente di medicina nucleare al San Raffaele di Don Verzé, 65 anni, grande appassionato di fotografia subacquea, sarà da oggi il titolare del nuovo ministero della Salute, mentre a Maurizio Sacconi rimarranno le competenze su Lavoro, previdenza e politiche sociali. La convocazione al Quirinale per il giuramento di fedeltà alla Costituzione è per le 12,30.

Con lo "spacchettamento" del super dicastero del Welfare dopo 18 mesi di coabitazione aumenta il numero dei ministeri da 12 a 13 ed è previsto l'incremento complessi-

vo dei membri del governo da 60 a 63, con la nomina di due nuovi sottosegretari. Al ministero della Salute saranno trasferite le funzioni e le strutture attualmente conferite al ministero del lavoro e per la ricostituzione del dicastero in finanziaria sono stati stanziati 2 miliardi per il 2010. Ma il ministero ritorna con più vincoli: tutta una serie di funzioni verranno infatti svolte di concerto - e quindi sotto la supervisione - col ministero dell'Economia. Ad esempio, in materia di organizzazione dei servizi sanitari, sul finanziamento del servizio sanitario e sui piani di rientro delle regioni.



Il caso Un pianeta con 19 categorie e 350 mila addetti che aspettano un Ordine

Un milione di «abusivi» con il camice bianco

Il censimento delle associazioni della sanità

MILANO — Si può essere invisibili anche con un camice bianco addosso. Lo hanno scoperto gli operatori della sanità che da dieci anni aspettano la creazione di un Ordine che li censisca e ne regolamenti l'associazionismo. Gli specialisti della salute in Italia sono circa 550 mila e si raggruppano in 22 associazioni, ma tra queste ce ne sono tre organizzate per collegi: si tratta di infermieri, ostetriche e tecnici di radiologia medica. Loro sono gli unici ad avere un organismo strutturato che li censisce e ne disciplina l'attività professionale. Per le altre 19 categorie però l'unica certezza è la concorrenza sleale. Stando ai numeri diramati dal Conaps (Coordinamento nazionale associazioni professionali sanitarie) questo è forse l'unico caso in Italia in cui gli abusivi sono il doppio dei professionisti: 1 milione di furbi contro 550 mila regolarmente laureati.

Il gruppo dei 19 sta cercando da tempo di darsi una struttura, il Conaps coordina tre aree professionali: area della riabilitazione (fisioterapisti, podologi, logopedisti ecc.), area

550

mila: gli operatori della sanità in Italia, divisi in 22 associazioni di categoria

1

Milione: gli abusivi del settore della sanità, operatori senza titoli professionali

sanitaria (dietisti, tecnici ortopedici, tecnici di laboratorio) e area della prevenzione. «Il problema è l'esercizio della libera professione — afferma Antonio Bortone, presidente Conaps — essendoci un vuoto legislativo, succede che basta aver seguito un corso di formazione professionale o avere un diploma rilasciato all'estero per aprire uno studio e spacciarsi per specialisti. Il mio settore, che è quello della riabilitazione, è pieno di abusivi che mettono a repentaglio la salute dei clienti che inconsapevolmente si affidano alle loro cure». La lotta si presenta particolarmente impari anche in fatto di parcelle considerato che molto spesso gli abusivi hanno tariffe più basse e appetibili di quelle presentate dagli specialisti e spesso neppure fatturate. E i concorrenti non sono solo maghi, stregoni e

guaritori, ma anche strutture in cui si trovano operatori in camice bianco che non hanno alcuna competenza sanitaria. Un mondo sommerso che strangola i professionisti e mette a rischio i pazienti. Però non esiste rappresentanza, non c'è sindacato né ordine professionale che tuteli competenze, stabilisca tariffari o definisca un codice deontologico.

Resta da capire perché la regolamentazione di questo settore si sia trascinata dal '99 a oggi. «Purtroppo — spiega Bortone — siamo stati strumentalizzati dalla lobby degli Ordini più antichi: quando si è aperta la discussione per l'istituzione dei nuovi organismi, la capacità di pressione dei poteri forti ha fatto sì che si facesse un unico calderone con la riforma di quelli già esistenti. Il decreto legge che ci riguarda sta per essere approvato in commissione Igiene e salute al Senato. Ma resta sempre il timore che anche stavolta tutto si impantani senza che nessuno si ricordi di noi». Come succede ai veri invisibili.

Isidoro Trovato

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Né rappresentanza, né regole

Non esiste rappresentanza, non c'è sindacato né ordine professionale che tuteli le competenze.

Regolamentazione, si discute dal '99



Sclerosi multipla la cura in compresse

Neurologia

A distanza di 20 anni dai primi passi dell'Interferone, in arrivo una terapia per bocca che accende nuove speranze

CHI LA SOFFRE

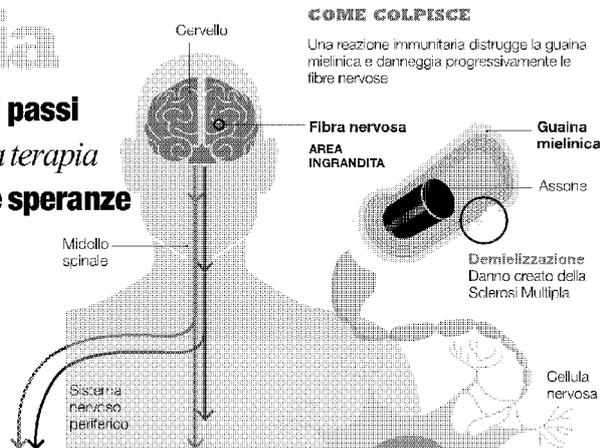
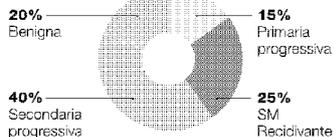
AL MONDO
2,5
MILIONI
DI MALATI

IN ITALIA
54
MILA
MALATI

2 SU 3
SONO
DONNE

I TIPI DI SCLEROSI MULTIPLA (SM)

Frequenze delle varie forme della malattia



FOTOGRAFIE DI PAULA SIMONETTI

MARIAPAOLA SALMI

Un successo. Si riassumono così i dieci anni di interferone beta-1 alfa che ha aiutato i malati di sclerosi multipla (Sm) e in alcuni casi messo all'angolo la sedia a rotelle.

Era il 1990 quando nella clinica neurologica della Sapienza di Roma diretta da Cesare Fieschi, Carlo Pozzilli iniziò a sperimentare l'interferone, approvato nel 1993 negli Stati Uniti e in Europa. È l'inizio di una svolta nel trattamento della sclerosi multipla, malattia del sistema nervoso centrale ritenuta incurabile fino agli anni Ottanta. La Merck Serono a dieci anni dall'introduzione dell'interferone in Italia nel convegno "1999-2009, Changing face of Multiple sclerosis" celebra l'anniversario del cambiamento con l'annuncio di una nuova rivoluzione in arrivo, un farmaco per bocca. «A sottoli-

neare — dice Antonio Messina, amministratore delegato dell'azienda farmaceutica — che il nostro impegno per aiutare le persone colpite da sclerosi multipla prosegue sia nella ricerca sia nello

sviluppo di nuove possibilità terapeutiche».

Alla gestione dei pazienti hanno contribuito l'Aism, con i centri di riferimento su tutto il territorio nazionale, e i progressi dell'imaging, dalla Tac alla risonanza magnetica nucleare, che insieme all'affinamento della clinica sono in grado di cogliere i primi segni della malattia. «Attualmente possiamo monitorare la prognosi della sclerosi multipla e l'efficacia delle terapie con la risonanza magnetica utile nelle fasi iniziali della malattia — osserva il professor Pozzilli ordinario di neurologia all'Università La Sapienza di Roma, responsabile del Centro sclerosi multipla all'ospedale S'Andrea, — manca invece qualcosa per una valutazione dopo anni dal suo

esordio, su questo abbiamo iniziato a lavorare». Non è finita. Non si conosce ancora la causa della Sm, né se sia possibile prevenirla agendo sui fattori ambientali. «La patologia è in aumento tra le donne, più esposte al fumo e alla minore luce solare, ma sono state individuate oltre dieci alterazioni genetiche coinvolte con il sistema

immunitario», spiega Giancarlo Comi, direttore dell'Istituto di neurologia sperimentale all'Università Vita Salute del San Raffae-

le di Milano. Il salto di qualità arriverà a breve con cladribina in compresse (4-5 giorni a inizio mese per due mesi consecutivi). Si tratta di un immunosoppressore impiegato dagli anni Novanta per curare una forma di leucemia cosiddetta "a cellule capellute". Il farmaco deprime in modo importante i linfociti T, infatti entra in queste cellule implicate nei meccanismi immunitari della sclerosi multipla e vi resta a lungo, mentre ha effetti modesti sulle altre cellule del sistema di difesa dell'organismo, ad esempio risparmia i neutrofili, i linfociti B che pian piano si rialzano, le piastrine. Cladribina, al vaglio di Fda ed Emea, rimasta nel cassetto per anni fino alla decisione di Merck Serono ad iniziare nuove sperimentazioni, riduce del 55% la frequenza degli attacchi e del 90% le lesioni attive visibili alla risonanza magnetica. Che tradotto significa "malattia ferma".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il convegno

La mappa genetica della neoplasia per dare il farmaco solo se funziona

Tra qualche anno, con la ricetta, daremo al farmacista la card del nostro dna. Una specie di carta d'identità del profilo genetico personale che permetterà cure mirate e scovre da rischi. Grazie alla farmacogenetica, la scienza che utilizza il dna del paziente e del tumore per migliorare le tradizionali chemio e radioterapie. Lo scenario, presentato al convegno "From pharmacogenetics to personalized cancer therapy" organizzato per il 25° dalla fondazione del Centro di riferimento oncologico (Cro) ad Aviano, non è poi così lontano. «Negli Stati Uniti ci sono già laboratori che eseguono test per la mappatura dei geni che gli oncologi usano per individuare terapie che si adattino alle caratteristiche genetiche del paziente e delle sue cellule tumorali», spiega Giuseppe Toffoli, direttore dell'Unità operativa complessa di farmacologia sperimentale e clinica del Cro. L'obiettivo della farmacogenetica è studiare i geni con le loro alterazioni in modo da predire la risposta del paziente alla cura. Non solo farmaco giusto al paziente giusto, ma dose più efficace e meno reazioni avverse in base alle caratteristiche genetiche del malato. (mp. s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA