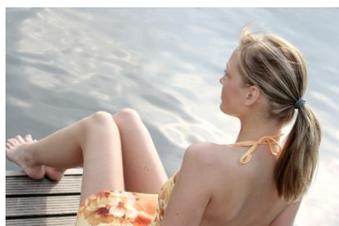


<http://www.adnkronos.com/salute/>

## L'endometriosi può dipendere dalla vita sessuale, primo studio a scoprirlo



Importante passo in avanti verso la comprensione dei fattori di rischio associati con l'endometriosi grazie a un nuovo studio del Robinson Research Institute dell'Università di Adelaide (Australia). Il team guidato da Jonathan McGuane rivela sull'*American Journal of Pathology* di aver scoperto, per la prima volta, un'associazione tra il contatto dell'apparato riproduttivo femminile con il liquido seminale maschile e lo sviluppo della malattia.

L'endometriosi consiste in una crescita anormale del tessuto interno dell'utero, anche all'estero di questo organo. Colpisce una donna in età riproduttiva su 10 e i suoi sintomi variano da paziente a paziente, anche se i più diffusi sono ciclo mestruale doloroso e dolore pelvico. Le donne con endometriosi possono inoltre avere difficoltà a concepire. "Grazie a studi di laboratorio abbiamo messo in evidenza che il liquido seminale (una componente importante dello sperma) migliora la sopravvivenza e la crescita delle lesioni da endometriosi", annuncia McGuane.

Certo, prosegue l'esperto, c'è ancora molto di sconosciuto su ciò che provoca questa malattia, su come prevenirla e curarla in maniera efficace; tuttavia, ora sappiamo qualcosa di più su quello che può aggravarla. "Il dato che emerge dal nostro studio - rivelano gli autori - è importante e ci fa ipotizzare che l'esposizione dell'endometrio al liquido seminale possa contribuire alla progressione della malattia".

"La prossima fase della ricerca - notano - sarà approfondire cosa accade quando ciò avviene nelle donne con e senza endometriosi. Questo studio è solo un passo verso la comprensione della possibile relazione tra endometriosi e attività sessuale. Ora dobbiamo applicare questi risultati di laboratorio alla vita reale e capire se modifiche nell'attività sessuale possano ridurre la gravità della malattia".

**SCIENZA E MORALE** Quando tocca alla legge decidere

# L'ultimo dilemma Usa: impiantati o congelati Quale ovulo vale di più?

*La polemica dopo che l'ex fidanzato di Sofia Vergara ha fatto causa per ottenere dall'attrice gli embrioni fecondati insieme*

## L'ASPIRANTE PAPA'

«Un genitore ha diritto di proteggere la vita di un figlio non ancora nato»

### il caso

di Gian Maria De Francesco

L'embrione è più tutelato quando è nella provetta rispetto a quando viene impiantato? L'interrogativo sorge dopo l'accorato intervento sul *New York Times* del finanziere quarantenne, Nick Loeb, ex fidanzato di Sofia Vergara, star della serie tv americana *Modern Family*. La coppia si è separata da circa un anno e l'attrice di origine colombiana si è sposata con il collega Joe Manganiello. Ma il suo ex ha promosso una causa presso un tribunale di Santa Monica in California allo scopo di recuperare due embrioni fecondati e congelati di sesso femminile e poter così realizzare il proprio desiderio di paternità dopo che i primi due tentativi con l'attrice non sono andati a buon fine. Probabilmente attraverso una fecondazione eterologa. Lo stop imposto da Loeb fa sorgere il dubbio sullo stesso concetto di tutela della vita. Soprattutto

se si considera che anche una legge molto severa come quella italiana (la 40 del 2004), pur ponendo una serie di paletti rigidi, non vieta l'aborto una volta che l'embrione sia stato impiantato nell'utero femminile. Ancor di più vale questa sottolineatura quando si guarda all'estero. Eppure un feto è sicuramente più «vita» di un embrione che è più tutelato.

La causa di Loeb, infatti, prende abbrivio dal fatto che solo nove Stati americani su 50 hanno leggi precise in materia di fecondazione assistita e di trattamento degli embrioni allorché la coppia titolata a utilizzarli si sia separata. La giurisprudenza, tanto in Usa quanto nell'Unione Europea, prevede che senza il consenso esplicito dei due «genitori» non si possa procedere all'impianto, tanto che nelle strutture dove si pratica la crioconservazione si richiedono autorizzazioni specifiche in caso di morte di uno dei due partner. Vergara, attraverso il proprio legale, ha reso noto di aver intenzione di mantenere gli embrioni congelati «a tempo indeterminato». In Italia la legge 40 consente il recesso solo prima della fecondazione e probabilmente una causa Loeb-Vergara non avrebbe potuto aver luogo stante il divieto di crioconservazione.

Nick Loeb, di padre ebreo e ma-

dre protestante, è stato allevato da una governante cattolica che lo ha educato secondo i valori della morale cristiana. La disputa, che ha ottenuto un notevole risalto mediatico visto il coinvolgimento di una celebrità come Sofia Vergara, ripropone il tema dell'insufficienza della legge a circoscrivere un problema molto più ampio.

Questa estrema sensibilità etica (ancorché agli embrioni non venga riconosciuta natura umana) porta, tuttavia, a interrogarsi sulla pratica dell'aborto sia nel caso di fecondazione in vitro (dove con la diagnosi preimpianto - proibita in Italia - si può decidere di «buttare» un embrione venuto male) sia nel caso di gravidanze naturali. È il tema che Loeb mette in discussione parlando di «diritto del genitore di proteggere la vita del figlio o della figlia non ancora nati». Dinanzi all'aborto il *businessman*, però, fa un passo indietro riferendosi a generici «diritti sul proprio corpo». Nonostante Sofia Vergara di ogni latitudine.



Sabato 02 MAGGIO 2015

## Screening mammografico. In aumento negli Usa a 40 anni

***Le donne, specialmente quelle con un alto rischio di neoplasia mammaria, dovrebbero consultare il loro medico verso i 40 anni poiché è il momento giusto per iniziare lo screening.***

(Reuters Health) - Secondo un recente studio, nonostante le raccomandazioni del 2009 di non sottoporre a mammografia di controllo le donne al di sotto dei 50 anni, la percentuale di coloro che iniziano lo screening per la prima volta a 40 anni è in aumento. Nel 2009, la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) ha aggiornato le linee guida relative allo screening per raccomandare mammografie ogni due anni nelle donne dai 50 ai 74 anni non soggette ad un rischio elevato di tumore al seno. Durante un recente aggiornamento, il gruppo ha osservato che le donne, specialmente quelle con un alto rischio di neoplasia mammaria, dovrebbero consultare il loro medico verso i 40 anni poiché è il momento giusto per iniziare lo screening.

"Dal 2009, nella letteratura medica, si è innescato un dibattito continuo su raccomandazioni, pro e contro della mammografia in donne tra 40 e 50 anni", afferma **Soudabeh Fazeli Dehkordy** dell'Università del Michigan di Ann Arbor, autore principale dello studio. "Molte organizzazioni professionali e di difesa continuano ad incoraggiare i controlli in donne più giovani", e ciò potrebbe aver limitato un'adozione più ampia delle raccomandazioni del 2009, ha dichiarato Dehkordy a Reuters Health. L'American Cancer Society si è mostrata in disaccordo sulle linee guida del 2009 e continua a raccomandare annualmente lo screening mammografico dai 40 anni. Il team di Dehkordy ha utilizzato i dati di alcune ricerche effettuate prima e dopo le raccomandazioni della USPSTF -precisamente nel 2007, 2008, 2010 e 2012 - per esaminare dei modelli basati sull'età nel ricorso delle donne alla mammografia. In generale, nel 2010 e nel 2012 le percentuali di screening sono risultate più basse rispetto agli anni precedenti, scrivono gli autori sull'edizione online del 2 aprile dell'American Journal of Preventive Medicine, ma la proporzione di donne che hanno iniziato i controlli a 40 anni è aumentata e ha raggiunto il picco massimo dopo la pubblicazione delle raccomandazioni USPSTF del 2009.

"I dati del nostro studio hanno dimostrato, tra il 2007 e il 2012, una riduzione nella percentuale di screening mammografici in donne tra i 35 e i 36 anni ed un aumento in quelle di 40 e, ciò, potrebbe riflettere le raccomandazioni del 1992 dell'American Cancer Society di fare la prima mammografia a 40 anni piuttosto che a 35", ha scritto Dehkordy a Reuters Health. Secondo Dehkordy, potrebbe esserci un ritardo simile nella comprensione delle raccomandazioni del 2009. "Il nostro obiettivo - ha dichiarato a Reuters Health la vice presidente **Dr. Kirsten Bibbins-Domingo** - è quello di comunicare cosa ci dice la scienza su età e intervalli in cui uno screening mammografico può fornire il giusto equilibrio tra benefici e danni." Il pericolo più comune della mammografia è un risultato falso positivo che provoca ansia al paziente, ha affermato la dottoressa.

"La varietà di raccomandazioni da parte delle organizzazioni mediche potrebbe far sì che le pazienti e i loro medici seguano linee guida differenti", ha osservato Bibbins-Domingo. "Comunque, tutti vogliamo screening più efficienti, trattamenti più efficaci e modi migliori di prevenire il tumore al seno". "Sebbene vi sia un consenso generale tra diverse linee guida sui benefici degli screening mammografici routinari, per alcuni pazienti tali controlli possono portare a procedure diagnostiche non necessarie e invasive come la biopsia al seno e il trattamento di tumori che potrebbero non essere clinicamente significativi", ha affermato Dehkordy. "La proporzione di questi possibili danni sui benefici è maggiore in donne al di

sotto dei 50 anni". Tuttavia, alcune donne più giovani potrebbero essere disposte ad accettare i possibili pericoli della mammografia e richiederne una al proprio medico. "Se le nuove raccomandazioni avranno successo, si potrebbero individuare e cercare di abbattere specifiche barriere all'attuazione delle nuove linee guida", ha osservato Dehkordy.

**Fonte: Am J Prevent Med 2015**

**Kathryn Doyle**

*(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)*

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

## “Chemo brain”, così cambia il cervello dopo la chemioterapia

Studio americano mostra l'associazione tra alterazioni dell'attività cerebrale e deficit di attenzione dopo il trattamento oncologico



La difficoltà a concentrarsi e la perdita della memoria costituiscono un problema per molti pazienti, anche a mesi di distanza dal trattamento chemioterapico. Queste difficoltà cognitive, spesso potenziate dallo stress indotto dalla malattia, vanno sotto il nome di chemo brain (o cervello chemio) e sono note da tempo. I pazienti con questa condizione fanno difficoltà a svolgere compiti complessi, a ricordare alcune parole o semplici informazioni che in passato erano state di facile memorizzazione e a concentrarsi a lungo.

In uno studio pubblicato sulla rivista *Clinical Neurophysiology*, i ricercatori dell'Università della British Columbia hanno analizzato il funzionamento cerebrale di 19 donne che accusavano i disturbi tipici del chemo brain a tre anni dal trattamento per cancro al seno. Utilizzando l'elettroencefalogramma (EEG) e alcuni test cognitivi pensati per pazienti con Alzheimer e altre patologie neurologiche, hanno visto che parte di questi deficit sono associati ad alcune alterazioni dell'attività cerebrale.

### **ATTIVAZIONI CEREBRALI TIPICHE DELLA NON CONCENTRAZIONE**

Quando il nostro cervello non è intento nell'esecuzione di compiti specifici, si trova per buona parte del suo tempo in uno stato chiamato di “wandering” in cui la mente è libera di vagare senza concentrarsi. L'alternanza tra questi due stati di attivazione è del tutto normale. Quello che invece accade nel chemo brain, dicono i ricercatori, è che «il cervello è cronicamente in uno stato elettrofisiologico simile a quello del “wandering”, come se fosse essenzialmente bloccato in questa modalità».

Le donne studiate dai ricercatori erano effettivamente incapaci di mantenere l'attenzione sostenuta. In altre parole, anche quando impegnate nell'esecuzione di un compito e quindi convintissime di essere concentrate, «le pazienti avevano vaste aree del cervello in quello stato di non concentrazione».

I ricercatori hanno visto che, rispetto a chi non è andato incontro ad alcun trattamento, il chemo brain ha una maggior propensione non solo a distaccarsi dal compito su cui dovrebbe focalizzarsi, ma anche a rilassarsi. Infatti, quando alle pazienti veniva chiesto di non concentrarsi su nulla, ma di lasciare la propria mente libera di vagare, il loro cervello era molto più attivo di quello delle altre donne.

Gli effetti della chemio e della radioterapia sul funzionamento cerebrale sono studiati da tempo. I disturbi post-

trattamento possono scomparire in fretta; quando persistono più a lungo, variano notevolmente da persona a persona e la loro relazione specifica con il trattamento è difficile da stabilire perché non si conosce la situazione cognitiva del paziente prima della diagnosi e del trattamento.

### **UN POSSIBILE NUOVO STRUMENTO PER VALUTARE I DISTURBI COGNITIVI**

Gli autori sottolineano che la misurazione dell'attenzione nell'esecuzione di un compito, così come effettuata nello studio, potrebbe costituire un utile strumento di valutazione dei deficit cognitivi riferiti dai pazienti, al fine cioè di discriminare i disturbi di attenzione soggettivi da quelli determinati da un danno cerebrale. La fluttuazione anomala tra stati di concentrazione e stati di wandering potrebbe, infatti, essere un importante marcatore funzionale degli effetti cognitivi legati alla chemioterapia.

«I medici ora riconoscono che gli effetti dei trattamenti oncologici persistono a lungo, anche una volta terminata la cura, e questi effetti possono avere un impatto sulla vita del paziente» ha detto la responsabile della ricerca, Kristin Campbell del Dipartimento di Terapia Fisica. Il suo gruppo ora sta cercando di misurare l'efficacia dell'esercizio nel migliorare le capacità cognitive post-trattamento delle pazienti con una storia di cancro al seno.

**Tumori**

## Mamme dopo il cancro

**AIRC** Cosa accade alle donne giovani che si ammalano di tumore al seno (in Italia 4,5 ogni 100 mila al di sotto dei 30 anni, 40 ogni 100 mila tra i 30 e i 39 anni, con incidenze in crescita) e vogliono mantenere la fertilità dopo le cure? Fino a poco tempo fa le terapie comportavano sempre o quasi la menopausa precoce e molte ricerche si propongono oggi di elaborare strategie che permettano a queste ragazze di diventare madri dopo le terapie. In prima linea c'è Lucia Dal Mastro che dirige l'Unità di Sviluppo di Terapie Innovative dell'Istituto dei tumori dell'Ospedale San Martino e, nell'ambito di progetti finanziati dall'Airc, ha dimostrato che un farmaco chiamato triptorelina riesce a proteggere le ovaie durante le cure, mandandole in una sorta di letargo reversibile, e preserva così la fertilità. Inoltre ha lavorato molto per migliorare le tecniche per la conservazione degli ovuli (che evita loro l'esposizione ai farmaci tossici) che vengono poi reimpiantati, una volta terminata la fase acuta.

A progetti come questi saranno dedicati i fondi raccolti il 10 maggio dall'Airc nella Gornata dell'Azalea in 3.600 piazze da oltre 20 mila volontari, che proporranno le piantine a 15 euro. ([www.airc.it](http://www.airc.it)) **Agnese Codignola**



INFORMAZIONE A CURA DI SPORT NETWORK

# UNICUSANO

## FONDI CALCIO

la squadra della ricerca scientifica italiana  
**RICERCA**

# «Stop alle bufale sulle vaccinazioni»

Il dottor Villani del Bambin Gesù: «Contro la meningite sono l'unica arma efficace»

«Credere al sentito dire e ai siti web non certificati può diventare un errore imperdonabile»

«Ottima l'iniziativa della Cusano: l'alleanza tra medici e informazione è fondamentale»

Attenti alle bufale che circolano sul web e alla malafede di chi lucra sulle paure dei genitori. L'appello di Alberto Villani, responsabile di Pediatria Generale e Malattie Infettive dell'Ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma, arriva forte e chiaro nell'ambito della settimana che l'Università Niccolò Cusano, insieme al Corriere dello Sport-Stadio e a Radio Cusano Campus (89.1 Fm a Roma e nel Lazio, in streaming su [www.radiocusanocampus.it](http://www.radiocusanocampus.it)) dedica a questo tema: «Una volta che la meningite colpisce provoca danni gravissimi, non esclusa la morte, l'unica arma per contrastare la malattia è il vaccino».

**Dottor Villani, quanti sono i casi di meningite in Italia?**  
«In media circa mille casi l'anno, con una mortalità che oscilla tra il 5 e il 10%. Il che significa oltre 50 persone l'anno morte per meningite. Ma la cosa ancora più grave è che l'80% di queste potrebbe essere evitato se le vaccinazioni fossero più diffuse. Quanto sta accadendo in Toscana è un evento straordinario ed è anche la riprova di quanto sia importante il vaccino. Per fortuna, i bambini sono

ormai quasi tutti vaccinati contro il meningococco C. Se questo non si fosse verificato avremmo assistito a effetti ben più gravi. Insisto: la meningite, pur essendo una malattia rara, può far morire o provocare esiti gravissimi come sordità o menomazioni, perché le terapie non sono migliorate».

**Perché ci sono genitori che deliberatamente scelgono di non vaccinare i propri figli?**

«Il primo motivo è la cattiva informazione. Le persone devono capire l'importanza delle fonti: quando si cercano informazioni sul web bisogna sempre verificare che i siti siano certificati, come lo è [vaccinarsi.org](http://vaccinarsi.org), che riporta i dati reali del ministero della Salute sulle vaccinazioni. Allo stesso modo, non ci si deve fidare del sentito dire, del "vicino di casa", di supposizioni o suggestioni. Ma c'è un altro aspetto da combattere ed è la malafede di chi lucra sulle debolezze delle famiglie. Bisogna fidarsi della scienza e delle persone che la rappresentano. Noi facciamo 800 vaccini l'anno in soggetti considerati



a rischio e non abbiamo mai registrato una reazione significativa. Non esiste bambino che non possa essere vaccinato. Ancora, anche nel nostro ospedale, piangiamo bambini che muoiono di morbillo e di pertosse. Questo è davvero imperdonabile».

**L'Università Niccolò Cusano, insieme al Corriere dello Sport, sta cercando di dare un contributo alla sensibilizzazione sul tema della prevenzione. Quanto è importante il supporto della carta stampata?**

«È un'iniziativa fantastica, ammirevole. I giornalisti hanno un ruolo fondamentale nella verifica e nella diffusione delle informazioni corrette. È un'alleanza di cui abbiamo bisogno, soprattutto su un giornale come questo che parla a tutti, al "re" e allo "stalliere": le malattie non fanno distinzioni».

**Un'ultima parola per tranquillizzare i genitori. Quali sono gli effetti delle vaccinazioni contro la meningite?**

«L'unico effetto concreto è che i loro bambini vengono protetti dalla malattia. Ci può essere un rossore nel punto della iniezione o qualche linea di febbre. Parliamo del nulla rispetto ai gravi rischi a cui ci si espone senza il vaccino».

## I NUMERI

# 1000

I casi di meningite che si registrano ogni anno in Italia

# 50-100

Le morti che si verificano nel nostro Paese in un anno

# 80%

L'80% dei casi sarebbe evitabile con il vaccino



**Nelle Regioni  
in cui sono  
obbligatorie,  
vengono  
effettuate  
su una media di  
95 piccoli su 100**

In Lombardia rimane l'obbligo dei vaccini per prevenire il tetano, la difterite, la polio e l'epatite B, mentre per altre patologie vi è una «forte» raccomandazione medica

**ANNA DELLA MORETTA**  
medicina@giornaledibrescia.it

**L**a copertura vaccinale in età pediatrica nella nostra Regione è abbastanza alta. Si colloca, secondo gli ultimi dati del [ministero della Salute](#), tra i 90 e i 95 casi ogni cento. Un dato confortante, se letto nell'ambito della complessiva tendenza alla messa in discussione e al rifiuto dei vaccini, ma frutto anche del fatto che in Lombardia rimane l'obbligo a vaccinare i bambini per prevenire tetano, difterite, polio ed epatite B.

Esistono, tuttavia, alcune vaccinazioni che, pur non essendo obbligatorie, sono comunque vivamente consigliate in età pediatrica. Esse sono, ad esempio, quelle di prevenzione di pertosse, morbillo, rosolia, parotite ed Haemophilus influenzae tipo B.

**Malattie debilitanti.** La pertosse, ad esempio è una malattia molto debilitante anche quando non ci sono gravi complicanze; il morbillo, la rosolia e la parotite non sono considerate di per sé malattie importanti e pericolose, ma possono diventarlo in particolari situazioni (la rosolia in gravidanza può essere estremamente pericolosa per il nascituro) o quando insorgono complicanze (come una grave forma di infiammazione del sistema nervoso - encefalite - nel caso del morbillo, o la sterilità in caso di parotite). In alcune regioni, quali Veneto, Piemonte ed Emilia Romagna, l'obbligo delle vaccinazioni in età pediatrica è venuto meno. La decisione dei legislatori suscita «preoccupazione» tra i componenti del Comitato nazionale di Bioetica che, in occasione della recente Settimana europea delle immunizzazioni, attraverso una mozione, ha sostenuto che «se ci fossero situazioni di necessità, si dovrebbe considerare l'ipotesi di ripristinare l'obbligo». «È necessario mobilitare i medici e i pediatri di famiglia e promuovere efficaci campagne di informazione sulle vaccinazioni anche sui siti internet, per illustrare la rilevanza dei vaccini e richiamare i cittadini a scelte consapevoli e corrette nel proprio stes-

so interesse». Questa la posizione del Comitato nazionale di Bioetica, che sottolinea come «i vaccini siano un diritto dei minori».

Nella mozione, il Comitato raccomanda, tra l'altro, di osservare l'obbligo ad una adeguata profilassi vaccinale da parte degli operatori sanitari e del personale delle scuole, e raccomanda anche «un monitoraggio continuo dell'omessa vaccinazione e delle sue ragioni allo scopo di incoraggiare, attraverso una appropriata consulenza, il cittadino verso un percorso vaccinale».

«Le vaccinazioni sono fondamentali e bisogna fare di più per sensibilizzare l'opinione pubblica ad usarle». È unanime l'appello degli esperti, dall'Organizzazione mondiale della Sanità all'Istituto Superiore di Sanità. Richiamare l'attenzione sul problema della consapevolezza delle famiglie alle vaccinazioni è - secondo gli organismi internazionali e italiani - «fondamentale, perché solo grazie ai vaccini si previene, ogni anno, la morte di circa 2-3 milioni di persone per difterite, tetano, pertosse e morbillo».

Rilevando, tuttavia, come ancora nel mondo si registrino 240.000 decessi l'anno a causa del morbillo.

**Salvezza per milioni di bimbi.** Secondo le stime dell'Oms i vaccini oggi possono prevenire tra i 2 e 3 milioni di morti l'anno e proteggere molte più persone da malattie e disabilità. Tuttavia, nonostante le evidenze a favore delle vaccinazioni, un bambino su 5 manca all'appello. Nel 2013 circa 22 milioni di bambini, molti dei quali vivono nei Paesi più poveri del mondo, non hanno ricevuto le 3 dosi del vaccino contro difterite, tetano e pertosse a causa di un'ineadeguata fornitura di vaccini, di una mancanza di accesso ai servizi e di informazione e, in alcuni casi, di insufficiente supporto politico-finanziario.

In tal senso, il «Global Vaccine Action Plan», appoggiato da 194 Stati membri dell'Assemblea mondiale della Salute a maggio 2012, ha gettato le basi per un Piano d'azione globale volto a raggiungere, entro il 2020, l'accesso universale alle vaccinazioni. Inoltre, è da segnalare l'uscita dell'ennesima ricerca scientifica che dimostra la mancanza di associazione tra vaccinazione MPR e autismo. La ricerca, pubblicata sul numero di aprile 2015 della rivista scientifica *Jama*, è stata condotta esaminando la documentazione medica di più di 95 mila bambini e, in particolare, studiando coloro che avevano un fratello con diagnosi di sindrome da spettro autistico. È noto, infatti, che la componente genetica ha un forte peso nell'insorgenza delle sindromi che vengono poi genericamente accomunate sotto il termine «autismo», tanto che il rischio di autismo è molto maggiore in fratelli di bambini autistici. Lo studio condotto, quindi, si differenzia dai precedenti perché ha analizzato gli eventuali effetti della vaccinazione MPR (morbillo, parotite, rosolia) proprio nel gruppo di bambini a maggior rischio di sviluppare autismo. I risultati, in linea con la gran mole di studi finora prodotti sull'argomento, confermano l'assenza di associazione tra il vaccino per prevenire morbillo, parotite e rosolia e l'insorgenza di autismi.//

## IL CALENDARIO

### 1. Ci sono vaccinazioni obbligatorie.

(tetano, difterite, polio ed Epatite B) ed altre raccomandate / consigliate)

### 2. Difterite, tetano, pertosse.

(da fare al 3°, 5° e 11° mese, con richiami a 5-6 anni e a 15-16 anni)

### 3. Polio.

(3°, 5° e 11° mese con richiamo a 5-6 anni)

### 4. Epatite B.

(3°, 5° e 11° mese)

### 5. Haemophilus influenzae.

(3°, 4° e 11° mese)

### 6. Morbillo, parotite, rosolia.

(12° mese e 5-6 anni)

### 7. Meningococco tipo C.

(da 3 mesi a 18 anni, preferibilmente dopo il primo anno di vita)



CORBIS

DOPO EBOLA, ARRIVA L'ALLARME **MERS**, E NON SOLO. COSÌ UN RICERCATORE PROPONE DI BATTERE I VIRUS SUL TEMPO

## PREPARARE I VACCINI PRIMA CHE SCOPPINO LE PANDEMIE

di **Simone Porrovecchio**

In Arabia Saudita per il terzo anno consecutivo l'inizio della primavera ha portato con sé un virus con un elevato tasso di mortalità. Si tratta della Mers, Middle Eastern Respiratory Syndrome, la sindrome respiratoria mediorientale da coronavirus scoperta a fine 2012 che ha già colpito più di mille persone ed è costata la vita a oltre quattrocento nella Penisola araba, ma non solo. Sembra che

il virus venga trasmesso all'uomo soprattutto da dromedari e cammelli, infettati a loro volta da pipistrelli, ma è possibile, anche se raro, il contagio uomo-uomo.

Sul perché per il terzo anno l'epidemia scoppia in primavera ha proposto una spiegazione il virologo olandese Albert Osterhaus, un luminaire in fatto di coronavirus, durante l'ultima Conferenza internazionale di microbiologia ad Amsterdam dedicata ai virus più pericolosi per

Sopra, Monrovia (Liberia) durante l'epidemia di **Ebola**. A destra, altri virus trasmessi dagli animali: Nipah (Malesia), Hendra (Australia), Mers (Penisola arabica)



**EBOLA**

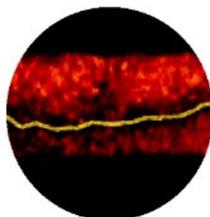
l'uomo nel prossimo futuro. «In primavera i cammelli di un anno vengono separati dalle madri e riuniti in grandi greggi costretti in piccoli spazi» dice. «In questi gruppi esplode il contagio perché il virus viene trasmesso attraverso il secreto nasale, molto abbondante nei giovani animali».

La Mers sta preoccupando gli scienziati di tutto il mondo perché, pur essendo causata da un coronavirus simile a quello della Sars, ha un tasso di mortalità

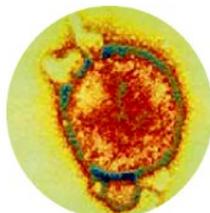


decisamente superiore, oltre il 30 per cento contro il 10. «Il rischio è che la Mers ripeta la storia dell'Aids e di Ebola, virus che hanno fatto il doppio salto, passando all'uomo prima dagli animali (scimmie nel caso dell'Aids e pipistrelli in quello di Ebola) e poi diffondendosi con facilità da uomo a uomo» dice Osterhaus.

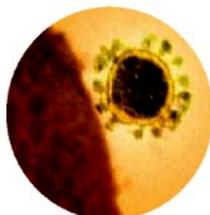
La Mers non sarebbe l'unico caso da monitorare. Lo scienziato inglese Adrian Hill, uno dei più noti ricercatori di vaccini al mondo, sempre alla conferenza di Amsterdam ha presentato una lista dei quindici virus più rischiosi per l'uomo nei prossimi anni. Accanto a Ebola e Mers, ci sono il Marburg e il Lassa, che provocano febbre emorragica, l'Encefalite equina venezuelana e il Nipah virus, scoperto in Malesia, con sintomi influenzali ma possibili conseguenze encefaliche ed esiti letali, l'Hendra virus, identificato in Australia. «Per nessuno di questi virus esiste un vaccino» spiega Hill «e noi



NIPAH



HENDRA



MERS CORONAVIRUS

non dobbiamo ripetere gli errori commessi con Ebola: bisogna cominciare a testare in tempi rapidissimi almeno una dozzina di vaccini sperimentali. Altrimenti il rischio è che la prossima pandemia ci sfugga di mano».

Hill suggerisce un piano preventivo. «Appena uno dei vaccini si rivelerà efficace contro uno dei virus non ancora diventati pandemie globali, dovremo produrne una scorta di almeno ventimila unità da congelare. Solo così avremo la forza d'urto per arginare eventuali emergenze».

Ma quali sono i costi per creare una scorta di ventimila vaccini? «Circa venti milioni di euro. Una bazzecola, se consideriamo quello che nel 2014 è costato alla comunità internazionale il contenimento di Ebola».

Il problema della lista di Hill è semmai che si tratta solo della punta di un iceberg. «Calcoliamo che i virus nel mondo in attesa di fare il salto da animale a uomo siano circa 320 mila». ■

## **Abuso di farmaci**

# **La pillola superstar non toglie il mal di schiena**

**PARACETAMOLO** Tutte le linee guida lo prescrivono ma, forse l'antinfiammatorio e antipiretico di lunghissimo corso non è la scelta migliore per il mal di schiena e i dolori articolari dovuti all'artrosi. Un rapporto pubblicato sul "British Medical Journal" giunge infatti alla conclusione che il farmaco non funziona e può essere pericoloso alle dosi massime consigliate, e cioè 4.000 milligrammi in un giorno.

Analizzando 13 studi che hanno coinvolto più di 5.000 persone, gli autori hanno infatti dimostrato che, per quanto riguarda il mal di schiena, il paracetamolo non attenua i sintomi e non migliora la qualità di vita; sui dolori artrosici avrebbe un effetto, ma così modesto da non essere significativo.

Ci sarebbe invece un rischio quattro volte superiore rispetto al placebo di danno. Secondo gli autori è giunto il momento di rivedere le indicazioni e considerare le possibili alternative, e non mettere il paracetamolo al primo posto tra le opzioni di cura.

**Agnese Codignola**

# Manager della sanità, decadenza automatica per malagestione

**PER DIVENTARE DIRETTORE GENERALE SARÀ NECESSARIO SUPERARE UN CONCORSO NAZIONALE LE NORME**

ROMA Fuori la politica dalle nomine nella Sanità e porte aperte solo ai manager preparati e validi, con una regola ferrea: chi non raggiunge gli obiettivi prefissati o si macchia di reati di mala gestione «torna a casa» e decade automaticamente dall'incarico. È una vera rivoluzione quella attuata dal **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, con le norme approvate ieri nell'ambito del ddl Madia: d'ora in avanti, per diventare direttori generali delle aziende sanitarie bisognerà superare un concorso nazionale ed essere inseriti in un elenco ad hoc gestito dal dicastero.

Una riforma alla quale il ministro ha sempre puntato, ribadendo che la causa di molte criticità è da ricercarsi proprio nella governance sanitaria. Oggi il disegno si realizza: «Finalmente - ha affermato **Lorenzin** - i soggetti

cui è demandata la gestione delle nostre aziende sanitarie e dei nostri ospedali verranno selezionati sulla base di criteri effettivamente meritocratici, senza alcuna interferenza della politica. È un'altra promessa mantenuta per una sanità migliore. A questi manager dovranno essere affidati obiettivi alti. Se non li raggiungono vengono depennati, vanno a casa».

## L'ELENCO

È per questo, spiega **Lorenzin**, «che ho voluto un albo nazionale, con regole di ingresso precise e trasparenti, dal quale potere valutare i migliori e dare alle Regioni la possibilità di scegliere tra chi ha un elevato profilo».

Per diventare direttore generale di una azienda sanitaria, dunque, occorrerà superare un concorso nazionale: la selezione avverrà per titoli di studio, scientifici e di carriera, dinanzi ad una commissione nazionale di esperti. I soggetti selezionati, se in possesso dei necessari titoli, potranno iscriversi ad un elenco tenuto presso il Ministero, aggiornato con cadenza biennale e previa nuova selezione. Potrà essere nominato direttore generale soltanto chi, avendo superato la sele-

zione, è iscritto in tale elenco. La rivoluzione arriva anche per direttori sanitari e amministrativi. Anche per questi la nomina sarà possibile soltanto all'esito di una selezione per titoli di studio, scientifici e di carriera su base regionale e previa iscrizione in un apposito albo. Ma c'è di più: i direttori generali che non raggiungeranno gli obiettivi prefissati, sia economico-finanziari sia con riferimento ai livelli essenziali di assistenza e al programma valutazione esiti, o incorreranno in fatti di mala gestione, saranno soggetti a decadenza automatica dall'incarico e il loro nome verrà cancellato dall'elenco nazionale. Non saranno pertanto più nominabili presso alcuna azienda sanitaria, fatto salvo il superamento di un nuovo concorso. Analoga procedura è prevista per i direttori sanitari o amministrativi.

Una riforma, commenta Dorina Bianchi (Ap), che rappresenta un «vero taglio col passato, poiché il merito diventa regola». E parla di «grande passo avanti» rispetto alla situazione attuale - con le nomine effettuate dalle giunte regionali e senza un concorso pubblico - anche Massimo Cozza, segretario nazionale Fp-Cgil Medici.

## I punti principali della Riforma



### TAGLIO PREFETTURE

Confluiscono nell'Ufficio territoriale dello Stato. Soppressi gli Enti inutili o in rosso



### LICENZIAMENTI FACILI

Obbligo per il dirigente responsabile di concludere l'azione disciplinare senza escludere il licenziamento



### POTERI AL GOVERNO

Il Parlamento delega l'esecutivo a precisare le funzioni di palazzo Chigi per l'unità di indirizzo



### STRETTA SU ASSENZE

Il controllo passa dalle Asl all'Inps. Staffetta generazionale + assunzioni vincitori concorso



### ADDIO FORESTALE

Da 5 corpi nazionali si passa a 4: Polizia, Carabinieri, Guardia di Finanza e Penitenziaria



### DIRIGENTI LICENZIABILI

Un solo ruolo, niente fasce, incarichi di massimo quattro anni rinnovabili una sola volta per due anni. Chi non riceve incarichi dopo un certo periodo diventerà licenziabile. I dirigenti saranno i soli a dover rispondere della gestione. Niente più chiamate dirette al singolo, servirà confronto tra candidati



### GHIGLIOTTINA SUI DECRETI

Delega al Governo sugli ultimi 3 anni per taglio su decreti ministeriali, dpcm e regolamenti

ANSA **certimetri**



ALTRI ARTICOLI DI  
Salute**Sanità, un concorso nazionale per diventare manager****Scioperi, maggio difficile: stop a scuola, medici di base e bus****Malasanità, in 7 anni 16 operazioni chirurgiche su pazienti sbagliati****Fegato, i nuovi cocktail di farmaci guariscono il 90% dei malati**Sei in: [Repubblica](#) > [Salute](#) > Sanità, un concorso nazionale per ...[T](#) [T](#) [Commenta](#) [Stampa](#) [Mail](#)

## Sanità, un concorso nazionale per diventare manager

Decadenza automatica per i direttori generali di aziende sanitarie che non raggiungano obiettivi prefissati, di bilancio e anche sanitari. Lo stabilisce una norma nel ddl Madia. Lorenzin: "Una rivoluzione"

di MICHELE BOCCI

Il ministro, [Beatrice Lorenzin](#) (ansa)

PER DIVENTARE direttore generale di una azienda sanitaria occorrerà superare un concorso nazionale. E chi lavorerà male decadrà automaticamente dall'incarico. Lo prevede una norma voluta dal [ministro della Salute Beatrice Lorenzin](#), che parla di "una vera e propria rivoluzione per la sanità italiana", che è stata inserita nel Ddl Madia al Senato. La selezione, spiega il ministero, avverrà per titoli di studio, scientifici e di carriera, dinanzi ad una commissione nazionale, composta da esperti statali e regionali. I soggetti selezionati, se in possesso dei necessari titoli, potranno iscriversi ad un elenco tenuto presso il [ministero della Salute](#), aggiornato ogni due anni e previa nuova

selezione. Potrà essere nominato direttore generale dai governatori soltanto chi, avendo superato la selezione, è iscritto nell'elenco.

La norma ha un effetto dirompente sulle Regioni, che fino ad ora sceglievano in autonomia i manager delle aziende sanitarie e ospedaliere. E talvolta veniva privilegiata l'appartenenza politica dei tecnici. Adesso, se la legge passerà anche alla Camera, le amministrazioni locali saranno costrette a scegliere dalla graduatoria nazionale. Ma c'è un'altra novità molto significativa. I direttori decadranno automaticamente se non raggiungeranno gli obiettivi, sanitari ed economici, e nel caso "di gravi e comprovati motivi (mala gestio), di violazioni di leggi o regolamenti ovvero del principio di buon andamento e imparzialità", come è scritto nel provvedimento. E chi decade viene cancellato dall'elenco ministeriale e per essere nominato di nuovo dovrà superare un'altra selezione. Per questo, durante lo svolgimento dell'incarico, i manager saranno "sottoposti a stringente verifica e valutazione dell'attività svolta e dei risultati raggiunti". Gli aspetti considerati saranno quelli economico-finanziari, cioè il bilancio, ma anche la capacità di assicurare ai pazienti i lea, livelli essenziali di assistenza. Saranno controllati anche gli esiti delle cure fornite. Chi dirige un ospedale dove la mortalità in certi ambiti specialistici è troppo alta rischia di andare a casa.

E a rendere la norma ancora più "rivoluzionaria" c'è la decisione di coinvolgere nello stesso meccanismo anche direttori sanitari e amministrativi. Si tratta di dirigenti che di solito vengono scelti dal direttore sanitario, in base a un rapporto fiduciario. E invece anche loro dovrà essere inseriti nelle graduatorie nazionali per poter ambire a lavorare in una Asl con quell'incarico. Lorenzin commenta così: "Finalmente avremo dirigenti sanitari selezionati con criteri effettivamente meritocratici, senza alcuna interferenza della politica. Ho sempre sostenuto che la sanità funziona dove ci sono bravi manager. Sono loro a rendere efficienti o meno le aziende sanitarie. Non è un caso che registriamo costantemente l'apparente paradosso di una sanità che funziona peggio lì dove costa di più. E' per questo che ho voluto un albo nazionale, con regole d'ingresso precise e trasparenti, dal quale potere valutare i migliori". Non è escluso che le Regioni cerchino adesso di mettersi di traverso al provvedimento, che di fatto ridurrebbe il loro potere di scelta di dirigenti fondamentali per la conduzione della politica sanitaria.

TAG [ddl madia](#), [sanità](#), [ministero della salute](#), [beatrice lorenzin](#)

(30 aprile 2015)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

la Repubblica + KASPERKY#1  
**3 mesi a soli 19,99€**  
 di notizie e sicurezza internet su tutti i tuoi dispositivi  
[SCOPRI ORA](#)

I più letti

tvzap la social TV Segui su [f](#)

STASERA IN TV

	21:15 - 23:30 <b>EXPO 2015 - The Opening</b>	
	21:10 - 23:50 <b>Virus - Il contagio delle idee</b>	17/100
	21:10 - 23:05 <b>Io ti troverò - Stagione 1 - Ep. 2</b>	
	21:10 - 00:50 <b>Le Iene Show - Ep. 13</b>	73/100

[Guida Tv completa >](#)

CLASSIFICA TVZAP SOCIALSCORE

	<b>1. Amici di Maria De Filippi</b>	85/100	<a href="#">Mi piace</a>
--	-------------------------------------	--------	--------------------------

[ilmiolibro](#) [ebook](#)