



RASSEGNA STAMPA

08-03-2017

1. REPUBBLICA.IT Un esame del sangue scopre se c'è un tumore e dove si sta sviluppando
2. ANSA Nuovo test sangue 'scova' dove si sviluppa il tumore
3. HEALTH DESK Tumore del colon-retto: lo stile di vita conta più dei geni
4. ILFATTOQUOTIDIANO.IT Tumori, lo studio italiano per impedire le metastasi
5. QUOTIDIANO SANITA' Cancro. Per alleviare la fatica l'esercizio fisico è meglio dei farmaci
6. CORRIERE DELLA SERA Le tangenti all'oncologico Accuse al nipote di De Lorenzo
7. MATTINO Tangenti sugli anti-tumorali
8. LAREPUBBLICA.IT Donne più longeve ma resta ancora molto da fare per la salute femminile
9. ANSA La 'medicina delle donne' entra nelle Università e nel Diritto
10. ILSOLE24ORE.COM 8 marzo, Farmindustria promuove le aziende a misura di donna. Più spazio ai trial rosa
11. QUOTIDIANO SANITA' Medicina di genere. Lorenzin: "Porteremo la salute della donna al G7 di novembre a Milano"
12. ADN KRONOS Linee guida italiane sotto la lente, "tutto da rifare"
13. ILSOLE24ORE.COM Così la legge sul «risk» ha rivoluzionato la responsabilità sanitaria
14. STAMPA "Malattie rare, ma niente affatto neglette Ecco come si studiano i farmaci del futuro
15. STAMPA Int. a Laura Cancedda - "Faremo l'editing dei geni nell'utero della madre"
16. REPUBBLICA Vaccini obbligatori Emiliano si defila
17. MESSAGGERO Lo stress continuato fa crescere la pancia

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

Un esame del sangue scopre se c'è un tumore e dove si sta sviluppando



Un team di ricercatori Usa ha scoperto gli 'indizi' che le cellule sane lasciano quando vengono uccise da quelle cancerose. Per ora la tecnica non è stata sperimentata sull'uomo ma potrebbe rivoluzionare le diagnosi

Un nuovo test del sangue in grado di diagnosticare precocemente molti tumori, indicando anche la parte del corpo dove si stanno sviluppando. La scoperta, fatta 'per caso' è ancora da testare sull'uomo ma potrebbe rivoluzionare le tecniche di diagnosi.

Ogni giorno in Italia ci sono mille diagnosi di cancro, ma sempre più avanzate cure e una maggiore diffusione di screening oncologici, hanno di gran lunga aumentato la sopravvivenza negli ultimi anni. Molto di più si potrebbe fare anticipando ulteriormente i tempi della diagnosi. Questo l'obiettivo a cui mirano molti studiosi, che lavorano per mettere a punto test del sangue in grado di identificare precocemente tracce che rivelino lo sviluppo dei tumori. Questi esami, noti come 'biopsie liquide', sono in grado di rilevare nel sangue tracce di Dna rilasciato dalle cellule tumorali, ma non indicano dove risiede il tumore.

Obiettivo che sembra invece esser stato raggiunto dal team di ricerca guidato da Zhang

Kun, dell'Institute for Genomic Medicine di San Diego, in California, autore del nuovo studio pubblicato su *Nature Genetics*. Quando una neoplasia si sviluppa, inizia a 'competere' con le cellule sane e, per questo, diffondendosi, le uccide. Nel momento in cui le cellule muoiono, rilasciano il loro Dna specifico nel sangue. Una sorta di 'indizio' che i ricercatori hanno utilizzato per identificare il tessuto interessato dal cancro.

"Abbiamo fatto questa scoperta per caso - ha detto Kun - Stavamo portando avanti l'approccio convenzionale ed eravamo solo in cerca di segnali provenienti dalle cellule tumorali. Ma abbiamo individuato anche segnali provenienti da altre cellule. Ci siamo così resi conto che se integriamo entrambi i segnali possiamo determinare la presenza di un tumore e il posto in cui sta crescendo".

Per verificare l'ipotesi, il team ha messo insieme una banca dati di modelli di Dna mutato (che gli scienziati chiamano "modelli di metilazione", o mutazione epigenetica di una parte del Dna), di 10 diversi tessuti normali: fegato, intestino, colon, polmone, cervello, rene, pancreas, milza, stomaco e sangue. Hanno inoltre analizzato campioni tumorali e di sangue di pazienti oncologici per comporre uno schema di marker genetici per ogni tumore.

Il nuovo test potrebbe eliminare in futuro le diagnosi basate sulla biopsia tradizionale, o asportazione chirurgica del tessuto, tuttavia, conclude Kun, prima di trasferire "la ricerca in ambito clinico dobbiamo perfezionare il metodo". A sottolinearlo è anche Carmine Pinto, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica. "E' uno studio interessante, che permette di valutare le alterazioni del Dna correlate a tumori. Ma, come tutti gli altri fatti in questo campo, va validato su ampi numeri. Purtroppo - prosegue l'esperto - non possiamo dire che domani andiamo in laboratorio e facciamo un test per diagnosi precoce di cancro. Ad oggi l'unica applicazione clinica di biopsia liquida riguarda pazienti con tumore al polmone in cui si vanno a cercare mutazioni del gene Egfr che, se presenti permettono di scegliere la terapia adeguata".

Tra i tanti studi in materia, quello condotto dall'Istituto Mario Negri di Milano, ad esempio, mira alla diagnosi dei tumori dell'ovaio attraverso l'identificazione di una firma molecolare di micro-Rna. Mentre l'Irccs Fondazione istituto nazionale tumori di Milano si è concentrato sull'individuazione precoce, sempre attraverso micro-Rna circolanti

nel sangue, di tumore al polmone. Infine, più di recente, una biopsia liquida per analizzare vescicole rilasciate nel sangue dai tumori è stata messa a punto dall'Istituto superiore di sanità (Iss) e sperimentato su pazienti con tumore a prostata, polmone e colon.

<http://www.ansa.it>

Nuovo test sangue 'scova' dove si sviluppa il tumore

Finora la biopsia liquida ne individuava solo la presenza



Un nuovo esame del sangue in grado di rilevare, non solo la presenza di un tumore, ma anche in quale parte del corpo si trovi, è stato messo a punto da ricercatori della University of California-San Diego, negli Stati Uniti. Le 'biopsie liquide' finora sperimentate sono in grado di rilevare nel sangue dei pazienti oncologici tracce di DNA rilasciato dalle cellule tumorali, tuttavia non indicano dove risieda il tumore.

Quando una neoplasia si sviluppa, inizia a competere con le cellule normali per quanto riguarda nutrienti e spazio vitale e, per questo, diffondendosi, le uccide. Nel momento in cui le cellule muoiono, rilasciano il loro DNA specifico nel sangue, e i ricercatori hanno utilizzato questo DNA per identificare il tessuto interessato dal cancro.

"Abbiamo fatto questa scoperta per caso - ha detto Zhang Kun, autore principale dello studio pubblicato sulla rivista Nature Genetics -. Stavamo portando avanti l'approccio convenzionale ed eravamo solo in cerca di segnali

provenienti da cellule tumorali. Ma in questo modo abbiamo individuato anche segnali provenienti da altre cellule. Ci siamo così resi conto che se integriamo entrambe le serie di segnali possiamo determinare la presenza di un tumore e il posto in cui sta crescendo".

Per verificare l'ipotesi, il team ha messo insieme una banca dati dei modelli di metilazione, o modificazione epigenetica di una parte del DNA, di 10 diversi tessuti normali: fegato, intestino, colon, polmone, cervello, rene, pancreas, milza, stomaco e sangue. Hanno inoltre analizzato campioni tumorali e di sangue di pazienti oncologici per comporre uno schema di marker genetici per ogni tumore.

Il nuovo test potrebbe eliminare in futuro la necessità di diagnosi basate sulla biopsia tradizionale, o asportazione chirurgica del tessuto, tuttavia, conclude Kun, prima di "traslare la ricerca in ambito clinico dobbiamo lavorare con oncologi per perfezionare ulteriormente il metodo".

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

IL MODELLO PREDITTIVO

Tumore del colon-retto: lo stile di vita conta più dei geni

Lo stile di vita incide più dei fattori genetici nel rischio di sviluppare un tumore del colon-retto. È il risultato del primo modello predittivo messo a punto da ricercatori spagnoli e descritto su Scientific Reports. Lo strumento matematico che permette di individuare le persone con maggiori probabilità di ammalarsi del tumore intestinale è stato elaborato sui dati di 10.106 individui che partecipavano allo studio multicentrico Mcc Spain per il controllo della diffusione dei tumori in Spagna. A tutti loro è stato inviato un questionario per conoscere i consueti fattori di rischio (la dieta, l'esercizio fisico, l'indice di massa corporea, il consumo di alcol e la familiarità della malattia). Inoltre sono state eseguite analisi del sangue sulle persone malate di cancro al colon per individuare la predisposizione genetica alla patologia.

Dopo aver raccolto e incrociato tra loro tutte queste informazioni, i ricercatori hanno concluso che lo stile di vita incide più dei geni. C'è un aspetto positivo in questa scoperta: cambiando lo stile di vita, perdendo peso per esempio, si può compensare l'effetto negativo dei geni.

«Questo è un fatto importante - dice Gemma Ibáñez principale autrice dello studio - visto che lo stile di vita è modificabile a differenza dei tratti genetici che vengono ereditati dai propri genitori».

Il modello matematico ideato dai ricercatori spagnoli potrebbe servire a classificare la popolazione in gruppi a maggiore o minore rischio di sviluppare il cancro al colon-retto. Si tratta di informazioni preziose per promuovere campagne di screening personalizzate e non basate esclusivamente sull'età.

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

Tumori, lo studio italiano per impedire le metastasi bloccando la migrazione delle cellule tumorali nell'organismo



La ricerca è stata condotta dall'istituto Ifom-Firc di Oncologia Molecolare di Milano in collaborazione con l'Università degli Studi Milano e pubblicata sulla rivista *Nature Materials*. Lo studio ha segnato un passo in avanti molto importante nella comprensione dei meccanismi di migrazione delle cellule tumorali grazie anche a un approccio multidisciplinare e integrato fra biologia e fisica dei materiali. **Bloccare la migrazione collettiva e coordinata delle cellule tumorali all'interno dell'organismo umano potrebbe essere la chiave per bloccare le metastasi, principale causa di morte da tumore.** Un passo in avanti in questo senso l'ha fatto una ricerca italiana condotta dall'istituto Ifom-Firc di Oncologia Molecolare di Milano in collaborazione con l'Università degli Studi Milano e pubblicata sulla rivista *Nature Materials*. Lo studio ha segnato un passo in avanti molto importante nella comprensione dei meccanismi di migrazione delle cellule tumorali grazie anche a un approccio multidisciplinare e integrato fra biologia e fisica dei materiali. La ricerca è stata curata da Chiara Malinverno e Salvatore Corallino, come primi autori, Giorgio Scita, responsabile dell'Unità di ricerca presso Ifom e Roberto Cerbino, professore di

fisica applicata all'Università degli Studi di Milano.

“Immaginiamo le cellule tumorali – spiega la giovane biotecnologa Chiara Malinverno a *ilfattoquotidiano.it* – come tante persone ferme all'interno di una stanza di piccole dimensioni. Se queste si muovessero in modo disordinato e non coordinato non riuscirebbero a spostarsi da quello spazio, ma facendolo in maniera coordinata il loro movimento diventa fluido ed efficiente e riescono a migrare. La capacità delle cellule tumorali di migrare collettivamente e generar metastasi in altri tessuti dell'organismo dipende strettamente da fattori di densità e fluidità”. La ricerca ha evidenziato che la manipolazione di una proteina (RAB5A) – regolatore essenziale del processo di endocitosi preposto all'introduzione di sostanze all'interno della cellula – presente in elevate quantità nei tumori più aggressivi della mammella, risveglia masse cellulari tumorali inerti e permette, appunto, l'acquisizione di movimenti collettivi fluidi e scorrevoli in grado di generare metastasi.

“Con tecnologie di microscopia ottica ed elettronica – prosegue la dottoressa Malinverno – abbiamo potuto sorprendentemente osservare che un tessuto silente e immobile si sveglia in modo da generare nella massa cellulare delle correnti vorticose, rendendo il moto cellulare di nuovo fluido e scorrevole, ma allo stesso tempo coordinato”. Si tratta dello stesso identico meccanismo che può verificarsi in una massa tumorale quando origina metastasi: “Pur essendo solida e iperproliferante – prosegue Chiara Malinverno – questa massa tumorale, a seguito della stimolazione della RAB5A, può acquisire modalità fluide e spostarsi più agevolmente in spazi angusti. Immaginiamo di far passare un blocco di cemento in una fessura: sarebbe impossibile, a meno che questo blocco non diventi liquido e si muova in modo coordinato verso la fessura. Questo avviene nei tumori: più sono fluidi, più metastatizzano”.

La ricerca apre nuove prospettive nel campo della cura, soprattutto per quanto riguarda l'inibizione delle metastasi. Ma, seppur importante, si tratta, come ricorda al dottoressa Malinverno, di un tassello che va collocato in un mosaico ancora da riempire. “Si tratta di un primo passo – spiega Giorgio Scita – per definire strategie al fine di interferire con questo processo e, in ultima analisi, cercare di controllare la capacità di disseminazione dei tumori”. Una ricerca durata circa tre anni che ha visto la collaborazione con alcuni istituti spagnoli, svizzeri e asiatici, ma che dà lustro alla comunità scientifica italiana e ai tanti giovani ricercatori troppo spesso costretti ad andarsene dal loro paese per lavorare. “Anche io – conclude Chiara Malinverno – sono rimasta due anni negli Stati Uniti a fare ricerca e quel periodo è stato utilissimo per la mia formazione. Ma appena ho avuto la possibilità di lavorare in Italia l'ho colta al volo. L'Italia, dal punto di vista accademico, forma ricercatori e li prepara benissimo ed è un peccato che tanti di loro poi, vadano a spendere le loro competenze all'estero perché in Italia non c'è spazio. Tutti i 'cervelli in fuga' sono una ricchezza persa per il paese”.

quotidiano**sanità**.it

Martedì 07 MARZO 2017

Cancro. Per alleviare la fatica l'esercizio fisico è meglio dei farmaci

Secondo quanto suggerisce un recente studio, pubblicato da JAMA Oncology, i malati di cancro possono alleviare la fatica in modo più efficace con l'esercizio fisico e la psicoterapia che con i farmaci.

(Reuters Health) - Il senso di affaticamento correlato al cancro è comune e può essere legato sia agli effetti diretti del tumore che ai trattamenti. Inoltre, a differenza di altri tipi di spossatezza che si risolvono solo dormendo di più o che danno dolori muscolari, interrompere un'attività faticosa non serve a superare questo stato di forte stanchezza. La fatica legata al cancro può persistere per anni e può essere aggravata da altri problemi di salute correlati al cancro, come la depressione, l'ansia, disturbi del sonno e dolore.

Lo studio

Alcuni ricercatori statunitensi hanno esaminato i dati di 113 studi pubblicati in precedenza che coinvolgono più di 11.500 pazienti affetti da cancro che sono stati assegnati in modo casuale a trattare la spossatezza con l'esercizio fisico o la psicoterapia, o con entrambi, o solo con i farmaci. Si è così evidenziato che l'esercizio fisico e la psicoterapia erano associati con una riduzione dal 26% al 30% nella spossatezza, durante e dopo il trattamento del cancro. I farmaci, però, erano legati solo ad una diminuzione del 9% della fatica.

"I pazienti hanno bisogno di provare l'esercizio o la psicoterapia prima di arrivare ad assumere un farmaco", ha detto l'autrice dello studio Karen Mustian del University of Rochester Medical Center di Rochester di New York. Va detto che la maggior parte dei partecipanti agli studi presi in considerazione nell'analisi, erano donne, e quasi la metà degli studi hanno coinvolto donne con cancro al seno. Inoltre, l'età, il sesso, e il tipo di cancro e le forme di esercizio non sembravano influenzare il modo effettivo con cui hanno agito l'esercizio o la psicoterapia. Complessivamente l'analisi ha incluso 14 studi sui farmaci, soprattutto rivolti agli stimolanti o ai farmaci destinati a promuovere lo stato di veglia. E ancora, tra i 69 studi che hanno considerato l'esercizio fisico è stata principalmente esaminata l'attività aerobica da sola o in combinazione con altri tipi di movimento. Infine dei 34 interventi psicologici sperimentati negli studi analizzati, le terapie più coinvolte erano quelle cognitivo-comportamentali.

Effetto anti-infiammatorio dell'esercizio?

"Non è chiaro il motivo per cui l'esercizio fisico e la psicoterapia possano essere più efficaci dei farmaci. Non sappiamo per certo perché l'esercizio funzioni, ma alcune ricerche recenti suggeriscono che sia per gli effetti anti-infiammatori indotti dall'esercizio fisico e anche al miglioramento delle stesse funzionalità - cardiovascolare, polmonare e muscolare - commenta Mustian - In termini di psicoterapia, la forma più vantaggiosa è stata la terapia di gruppo che ha utilizzato un approccio cognitivo-comportamentale per educare i pazienti, aiutarli a cambiare il loro modo di pensare alla fatica e di gestirla, e anche ad adottare comportamenti diversi per alleviarla".

Pro e contro

Come notano gli autori stessi, uno dei vantaggi di questo studio è che sono state accorpate diverse ricerche che invece prese singolarmente sarebbero state troppo 'piccole' per poter trarre delle conclusioni significative circa i vantaggi relativi ai diversi trattamenti. Le limitazioni dello studio, invece, stanno essenzialmente nel fatto che i disegni sperimentali differenti e le differenze in età, sesso, etnia di appartenenza dei soggetti considerati avrebbero comunque potuto interferire in qualche modo nell'analisi dell'efficacia dei diversi trattamenti.

Fonte: JAMA Oncology 2017

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Dir. Resp.: Luciano Fontana

Napoli

Le tangenti all'oncologico Accuse al nipote di De Lorenzo

NAPOLI Assieme alla moglie lucrava sulle forniture di apparecchi per curare il tumore, venduti con maggiorazioni fino al 125 per cento: con questa accusa è da ieri ai domiciliari Francesco Izzo, primario dell'Istituto Pascale e figlio di una sorella di Francesco De Lorenzo, ex ministro della Sanità travolto da Tangentopoli (è stato condannato in modo definitivo a cinque anni).

Oltre a Izzo e alla sua seconda moglie, Giulia Di Capua, la Guardia di Finanza ha arrestato altre quattro persone, tra cui il direttore generale dell'Asl Na 1, Elia Abbondante. Le indagini hanno consentito di svelare il sistema attraverso il quale si aggiravano le norme sulle gare: Izzo dichiarava che un certo prodotto era «unico e infungibile», che nessun altro prodotto sul mercato, cioè, aveva le stesse caratteristiche, dunque era indispensabile acquistarlo (come ha chiarito il consulente della Procura, questo non è vero).

Lo si acquistava, tuttavia, non direttamente dalla casa produttrice, ma da una società concessionaria che faceva capo alla moglie di Izzo: di qui gli spaventosi ricarichi. Elia Abbondante, all'epoca dei fatti dirigente del Pascale, sapeva tutto, ma — anche perché a sua volta socio della Di Capua — non è intervenuto, almeno fino a quando la Guardia di Finanza non è andata in ospedale fingendo un generico controllo sulla spesa pubblica.

Le indagini hanno consentito, grazie alle intercettazioni, di accertare anche un altro fatto molto grave: l'aumento delle prescrizioni di un farmaco antitumorale prodotto dalla Bayer, il Nexavar. L'informatore farmaceutico Marco Argenziano nel 2015 convinse Francesco Izzo a raddoppiare l'acquisto rispetto all'anno precedente; in cambio, il primario ricevette una «donazione liberale» di 10.000 euro.

L'inchiesta è dei pm Celeste Carrano e Henry John Woodcock, con il coordinamento del procuratore aggiunto Alfonso D'Avino. Le indagini sono state delegate al nucleo di polizia tributaria, con il colonnello Giovanni Salerno. Fondamentali le intercettazioni dalle quali si evince, per esempio, che a guadagnare grosse somme di denaro Giulia Di Capua era «abituata»: aveva ottenuto da Pascale 250.000 euro, ma tutto questo la lasciava indifferente. Parlando al telefono con la madre Miriam diceva: «La prossima emozione quando saranno milioni».

Durissime le parole che il gip Maria Gabriella Pepe adopera per motivare le esigenze cautelari: fa riferimento infatti alla «spregiudicatezza dimostrata dagli indagati, lo spregio delle regole non solo della buona amministrazione pubblica, ma anche del basilare vivere civile, che impongono di non approfittare delle persone più deboli (e tali sono certamente i pazienti oncologici)».

Titti Beneduce

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il pm: l'oncologo Izzo trattava forniture d'urgenza senza bando per favorire l'azienda della moglie

Tangenti sugli anti-tumorali

Arrestato primario del Pascale, ai domiciliari il manager dell'Asl Napoli 1

Forniture d'urgenza per favorire l'azienda della moglie del primario, tangenti per l'acquisto di farmaci anti-tumorali: sono due i filoni dell'inchiesta della Finanza che ieri ha eseguito le misure cautelari disposte dalla Procura di Napoli nei confronti di sei persone (una settimana è irreperibile). Agli arresti domiciliari il primario Francesco Izzo, nipote dell'ex ministro della Sanità De Lorenzo, direttore della Chirurgia oncologica addominale ad indirizzo epatobiliare dell'Istituto tumori Pascale; la moglie di Izzo, Giulia Di Capua,

a cui sono riconducibili due delle società che sarebbero state favorite; Sergio Mariani, amministratore delle due aziende sotto inchiesta; Elia Abbondante, all'epoca dei fatti dirigente del Pascale e attualmente direttore dell'Asl Napoli 1; Marco Argenziano, informatore scientifico e Marco Mauti, rappresentante legale di una delle società fornitrici. «L'assoluto disprezzo per i malati sottoposti a terapia» è stato evidenziato dal pm che ha fatto riferimento alle valutazioni del gip inserite nell'ordinanza di custodia.

> Aulisio e Del Gaudio
in Cronaca

Il medico trattava forniture d'urgenza senza bando: diecimila euro per raddoppiare gli ordini. Il pm: nuova tangentopoli

Pascale, tangenti sugli anti-tumorali

Arrestato il primario Izzo: favoriva aziende della moglie. Ai domiciliari il manager dell'Asl 1

Profitti alti, altissimi, ottenuti lucrando sulla vendita - senza gare d'appalto - di apparecchiature per la cura delle neoplasie all'Istituto tumori Pascale, grazie alla compiacenza di colui che avrebbe dovuto vigilare. Tangenti anche sui farmaci anti tumorali e sugli aghi. La Guardia di Finanza ha notificato sei misure cautelari agli arresti domiciliari nei confronti di altrettante persone tra le quali il primario Francesco Izzo, 51 anni, nipote dell'ex ministro della Sanità Francesco De Lorenzo e direttore della struttura com-

plexa di chirurgia oncologica addominale del Pascale; la moglie di Izzo, Giulia Di Capua, 45 anni, a cui sono riconducibili le aziende che fornivano le apparecchiature, e il dirigente amministrativo dell'epoca, Elia Abbondante, 52 anni, oggi direttore generale della Asl Napoli 1 Centro (struttura finita sotto i riflettori per il caso di assenteismo nell'ospedale Loreto Mare). Una settimana persona, destinataria di una misura cautelare, è al momento irreperibile.

> Aulisio, Del Gaudio
e Mautone alle pagg. 34 e 35

L'inchiesta

Pascale, sette arresti per corruzione il procuratore: nuova tangentopoli

Ai domiciliari il primario Izzo, nipote di De Lorenzo, e il manager Asl 1

Leandro Del Gaudio

Cirisiamao, dicono i pm napoletani, a distanza di oltre venti anni dalle inchieste di tangentopoli per le mazzette sui medicinali. Blitz della Finanza alle prime ore del mattino, terremoto giudiziario che si abbatte nell'ospedale Pascale, l'eccellenza napoletana (nonostante tutto) nella cura e nella ricerca contro i tumori.

Sette arresti ai domiciliari, ci sono nomi di peso: ai domiciliari Elia Abbondante, attuale direttore generale dell'Asl Napoli uno; il primario del Pascale Francesco Izzo, classe 1965, nipote dell'ex ministro della Sanità Francesco De Lorenzo (è figlio di una sorella dell'ex esponente liberale); e la moglie di Izzo, l'imprenditrice farmaceutica Giulia Di Capua. Tre nomi al centro dell'inchiesta condotta dai pm

Celeste Carrano e Henry John Woodcock, sotto il coordinamento del procuratore aggiunto Alfonso D'Avino e del procuratore reggente Nunzio Fragliasso.

Dalla farmatruffa dei primi anni Novanta, agli arresti di ieri mattina, quanto basta a spingere il gip Gabriella Pepe ad indugiare sullo scenario offerto da intercettazioni e atti finora acquisiti: «Sma-

schierato scenario illecito ai danni della Res publica, piegata ai comodi dei singoli, uno scenario squallido perché in un ambito, quale la sanità, e in un settore, quello oncologico, che tocca i bisogni primari e sfrutta la sofferenza di tutti». Ai domiciliari, finiscono anche il commercialista Sergio Mariani, gli informatori Marco Mauti e Marco Argenziano. Decisivi gli accertamenti condotti in questi anni dai finanziari del nucleo di polizia tributaria del colonnello Giovanni Salerno, alla luce di intercettazioni, testimonianze, ma anche dell'analisi dei procedimenti adottati per acquistare apparecchi e medicinali.

Chiare le accuse, legate a un doppio filone investigativo. Il primo, quello più corposo, riguarda lo schema negoziale adottato dal primario Izzo, per favorire le aziende che in questi anni erano riconducibili alla moglie: a capo della struttura complessa di chirurgia oncologica addominale, Izzo trattava gli acquisti con la procedura d'urgenza, senza fare ricorso a una gara pubblica. Dichiarava falsamente - si legge agli atti - che alcuni dispositivi per la cura dei tumori al fegato erano urgenti, infungibili (cioè non intercambiabili con altri prodotti) e di esclusiva produzione di alcune aziende, tra le quali la Hs e la Led, i cui prodotti erano forniti dalle società Gi.med e Gdc medicali srl, a loro volta gestite dalla moglie di Izzo. In questo modo, il marito avrebbe assicurato alla moglie una sorta di monopolio. Con tanto di incassi blindati, dal momento che - accanto agli arresti - i finanziari hanno eseguito un sequestro per equivalente di quasi due milioni di euro a carico dei coniugi: 1.922.000 euro, che corrisponde al «valore complessivo delle commesse aggiudicate a partire dal 2012 alle società di Izzo e della moglie». In questa storia, Abbondante avrebbe omesso di bloccare le procedure amministrative attivate dal primario Izzo, malgrado fosse a conoscenza della palese illegittimità delle procedure.

All'epoca dei fatti, siamo tra il 2012 e il 2015, l'attuale dirigente della Asl era responsabile unico del procedimento finito sotto inchiesta ed «era cointeressato in una società di Izzo e Di Capua», secondo quanto dichiarato ieri mattina in conferenza stampa.

Poi c'è un altro filone investigativo, che riguarda la tangente di diecimila euro che sarebbe stata pagata da Argenziano a Izzo, per raddoppiare, nel 2015, le prescrizioni e quindi gli ordini di un farmaco antitumorale, lo Nexavar. La storia è questa: l'informatore scientifico dice di avere un budget di spesa della Bayer (estranea all'inchiesta) di trentamila euro, dieci dei quali intende regalare a Izzo. Che, per giustificare la spesa, lavora di ordinativo e di dosaggio, magari strizzando l'occhio alla farmacia: è così che arriva il raddoppio delle prescrizioni per i pazienti. Possibile uno scenario tanto squallido? C'è attesa per la versione dei soggetti coinvolti.

Difesi dagli avvocati Giuseppe Fusco e Michele Cerabona, Abbondante e Izzo si dicono convinti di poter dimostrare la correttezza della propria condotta, alla luce di interventi amministrativi adottati in questi anni. Stessa convinzione per gli altri indagati, che a partire da queste ore potranno rispondere alle domande del gip. Ma torniamo al fulcro delle indagini. Agli atti finisce la testimonianza di una impiegata amministrativa (si chiama Giuseppina Tarantino), che ha raccontato quanto fosse «di dominio pubblico» che le aziende a cui venivano assegnati ingenti capitoli di spesa «erano della moglie di Izzo». Cita invece il romanzo di Alessandro Dumas («Venti anni dopo»), il capo del pool mani pulite D'Avino e lo fa ricordando le indagini su De Lorenzo e su Poggiolini, senza dimenticare anche il particolare momento attraversato da altre strutture della sanità pubblica: dieci giorni fa, la retata al Loreto mare con i cinquanta arresti per assenteismo, ma anche le indagini sulle presunte infiltrazioni della camorra al Cardarelli. Inchiesta che fa leva proprio sul rapporto tra controllori e controllati, mentre agli atti delle indagini sul Pascale spicca un sms spedito da Izzo ad Abbondante: «Ti ho sistemato», dice a proposito dell'interessamento di un amico per uno stretto congiunto di Abbondante. Anche su questo punto, si attende la versione delle parti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le accuse
Forniture:
il primario
avrebbe
favorito
le aziende
riconducibili
alla moglie



Lo schema
Il medico a capo
della chirurgia
oncologica
trattava
gli acquisti
d'urgenza
senza bando



La tangente
Dall'informatore
Argenziano
10mila euro
per raddoppiare
gli ordini
di un farmaco
anti-tumorale



Le omissioni
Abbondante
non avrebbe
bloccato
le procedure
amministrative
sebbene fosse
a conoscenza



Donne più longeve ma resta ancora molto da fare per la salute femminile

Il ministro: "Vivono di più, ma affrontano male la vecchiaia. Su di loro pesa il carico della cure familiari"

di VALERIA PINI

07 marzo 2017



Beatrice Lorenzin nell'incontro 'Chi l'ha detto che donne e uomini sono uguali?'

LA MEDICINA di genere perché uomini e donne non possono essere curati nello stesso modo. Eppure, anche se questa definizione circola da tempo negli ambienti scientifici, ancora molto resta da fare. A partire dai farmaci, che per anni sono stati sperimentati soprattutto sull'uomo. Fondamentale è mettere a punto medicinali mirati e insistere su una ricerca più "rosa". Obiettivi che insieme a politiche sanitarie 'a misura di donna' potrebbero cambiare le cose e contribuire al benessere femminile. Un appello

che arriva direttamente dagli esperti riuniti nel convegno *Chi l'ha detto che donne e uomini sono uguali?* organizzato da Farindustria a Roma alla vigilia dell'8 marzo,

"Bisogna battersi per il diritto alla salute della donna che penso vada anche al di là del ruolo della donna - spiega il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, intervenendo all'incontro, convinta sostenitrice dell'importanza di fare passi avanti in questo campo. "Quando andai in Europa la prima volta per parlare di medicina di genere, mi dissero che costava troppo. Invece bisogna riconoscere che questo non è un fattore politico ma scientifico. Un tema italiano che abbiamo portato al semestre europeo e ora porteremo al prossimo G7 dei ministri della Salute in programma a Milano a novembre. Curando una donna si cura un'intera famiglia, un'intera comunità. Per questo stiamo puntando sulla ricerca per curare le donne affette da alcune patologie gravi, come il cancro, ma anche la stessa osteoporosi e la demenza senile per la terza età. Abbiamo pensato di inserire l'endometriosi nei Lea, perché è una malattia invalidante che in Italia colpisce 300.000 donne".

Il peso del caregiver. Nel nostro paese le donne hanno un'aspettativa di vita di 85 anni, rispetto agli 81 degli uomini. Rappresentano un punto di equilibrio essenziale, nella famiglia e nella società, come *caregiver* prendendosi cura degli altri: figli, mariti, genitori e suoceri. Ma spesso non pensano a se stesse e alla prevenzione. Vivono più a lungo, ma gli anni della vecchiaia per loro sono difficili. Sulla qualità della vita della donne anziane in Italia, il ministro **Lorenzin** ha sottolineato come "le donne vivono di più, ma vivono male la vecchiaia, in modo



la Repubblica

tvzap la social TV

Seguici su

STASERA IN TV

20:30 - 21:25
Affari tuoi 27/100

21:20 - 23:00
Boss in incognito 7/100

21:10 - 01:30
L'Isola dei Famosi - Stagione 12 - Ep. 6

22:00 - 23:00
The Flash - Stagione 3 - Ep. 10

[Guida Tv completa »](#)

CLASSIFICA TVZAP SOCIALSCORE

1. Ballando con le stelle 84/100

[ILMIOLIBRO](#) [EBOOK](#)

peggiore che in altri paesi". "Su di loro pesa il carico delle cure familiari, per questo dobbiamo acchiappare le donne che si stanno avvicinando alla terza età. E' necessario lavorare sulla prevenzione", ha detto ancora Lorenzin.

Fra le iniziative previste corsi di formazione e informazione sui farmaci, sull'appropriatezza terapeutica e sulla prevenzione destinati in primo luogo alle donne. "Sono loro le protagoniste - ha sottolineato il presidente di Farmindustria, **Massimo Scaccabarozzi**, annunciando l'iniziativa - nelle decisioni sugli stili di vita, sulle cure e nell'assistenza ai più deboli nell'ambito della famiglia. Svolgono il doppio ruolo di caregiver per la comunità familiare e di sussidiarietà rispetto al sistema assistenziale pubblico. Ma si prendono poco cura di se stesse". Per questo si è deciso di dare alla donna un ruolo di centralità nelle cure. "I due sessi nella malattia non si comportano sempre allo stesso modo - ha aggiunto ancora il presidente di Farmindustria - Così come accade per certi eventi patologici, sia per la sintomatologia sia per il decorso, ad esempio nel caso dell'infarto". Ecco perché è bene essere informate.



LEGGI Aumentano le malattie 'maschili' di ELVIRA NASELLI

Diversi i fattori che spingono le donne a trascurare la propria salute e a rinviare le cure. Per Francesca Merzagora, presidente di Onda-Osservatorio nazionale della salute della donna, anche la differenza di stipendio finisce per penalizzare le donne. "Non si curano anche perché guadagnano di meno - spiega Merzagora - . Stipendi bassi portano a pensioni basse e così le donne possono spendere di meno".

Farmaci a misura di donna. Farmaci e cure personalizzate sono gli obiettivi da raggiungere per curare la donna nel modo adeguato. Oggi i medicinali in sviluppo per le patologie maggiormente presenti che colpiscono il mondo rosa sono più di 850 a livello internazionale. Dato da accostare a quello più generale dei 7 mila medicinali in sviluppo a livello internazionale per patologie tra cui i tumori (1.813), le malattie neurologiche (1.329), immunologiche (1.120) e cardiovascolari (599). Ma molto resta ancora da fare. "Le donne - spiega **Paola Testori Coggi**, presidente del Comitato prezzi e rimborsi Aifa - usano il 10% in più di farmaci rispetto agli uomini, anche perché invecchiano di più. E' importante sperimentare i farmaci su di loro anche perché per loro la reazione avversa a un medicinale è dell'1,5% e a volte può portare a un'ospedalizzazione".

Festa della donna: le italiane che hanno rivoluzionato la medicina

I camici bianchi. Per diffondere una maggior cultura in materia fra i professionisti della salute, la medicina di genere entra ufficialmente nei corsi di laurea in Medicina e in Farmacia italiani. "I 59 presidenti dei corsi di laurea in Medicina - ha spiegato **Andrea Lenzi**, presidente dell'Associazione Conferenza dei corsi di laurea in medicina e chirurgia e presidente della Società italiana di endocrinologia - hanno deciso che a partire dall'anno accademico 2017-18 tutti questi corsi di laurea avranno nell'ambito delle loro discipline, da endocrinologia a medicina interna, l'insegnamento della medicina di genere, che è la prima tappa per la medicina personalizzata". Questo, ha chiarito, "non perché la medicina per gli uomini e per le donne siano due medicine differenti, ma perché la terapia e la diagnostica vanno declinate in funzione del sesso; non è semplicemente riducendo un po' il dosaggio di un farmaco, cioè, che si tratta bene una donna che pesa 60 chili invece che 80 chili come un uomo standard, ma ci vuole una comprensione più ampia della situazione clinica e ormonale".

 [salute donna](#) [medicina di genere](#) [Farmindustria](#)
 [beatrice lorenzin](#) [paola testori Coggi](#) [Andrea Lenzi](#)



La 'medicina delle donne' entra nelle Università e nel Diritto

Lorenzin, battersi per riconoscimento salute al femminile



Redazione ANSA ROMA 07 marzo 2017 18:37

Scrivi alla redazione
 Stampa



La 'medicina delle donne' entra nelle Università e nel Diritto © ANSA/Ansa

 CLICCA PER
INGRANDIRE

Curare una donna in modo appropriato non vuol dire declinare 'al femminile' una terapia tarata e sperimentata 'al maschile', magari semplicemente riducendo le quantità di un farmaco: un concetto base, ma rivoluzionario, espresso dall'approccio della medicina di genere, che entra ora per la prima volta e ufficialmente nelle Università italiane e nel Diritto del nostro Paese. Un passo avanti ed una bella notizia alla vigilia della Festa della donna, annunciato in occasione del convegno 'Chi l'ha detto che donne e uomini sono uguali?', promosso da Farmindustria.

"E' necessario battersi per il riconoscimento del diritto alla salute delle donne. E' infatti singolare - ha affermato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin - pensare che nel 2017 ci sia ancora qualcuno che non riconosce la diversità uomo-donna per la medicina. Spesso viene detto che una medicina di genere ha dei costi troppo elevati, ma in realtà tutta la medicina moderna tende all'approccio della personalizzazione, e il primo passo è dunque proprio il riconoscimento delle differenze".

Lorenzin ha quindi annunciato che l'Italia porterà il tema della salute della donna al prossimo G7 dei ministri della Salute in programma a Milano il prossimo novembre. Molto però, ha detto, "è stato fatto anche nei nuovi livelli di assistenza: dai nuovi screening gratuiti in gravidanza al riconoscimento di patologie come l'endometriosi, che solo in Italia colpisce 300 mila donne". Il punto, ha tuttavia avvertito, è che "se oggi le donne vivono di più, è anche vero che vivono tali anni male. Bisogna quindi lavorare di più sulla prevenzione". La 'svolta', secondo gli esperti, potrà dunque arrivare proprio dall'affermazione della medicina di genere ed il primo passo è la sua 'ufficializzazione' nei corsi universitari. Da quest'anno accademico infatti, ha annunciato il presidente della Associazione Conferenza dei corsi di laurea in Medicina e chirurgia, Andrea Lenzi, "i 59 presidenti dei corsi di laurea in Medicina hanno deciso che tutti questi corsi di laurea avranno nell'ambito delle loro discipline, da endocrinologia a medicina interna, l'insegnamento della medicina di genere, che è la prima tappa per la medicina personalizzata". Questo, ha chiarito, "non perchè la medicina per gli uomini e per le donne siano due medicine differenti, ma perchè la terapia e la diagnosi

DALLA HOME SALUTE&BENESSERE



La 'medicina delle donne' entra nelle Università e nel Diritto
Sanità



Al S.Orsola Bologna un trucco per donne in chemio
Medicina



Bronchite cronica, 600 passi in più al giorno 'ridanno fiato'
Medicina



Cinque super eroi per insegnare la dieta corretta ai bambini
Alimentazione



Nuovo test sangue 'scova' dove si sviluppa il tumore
Medicina

vanno declinate in funzione del sesso". Nell'ambito di tutti in corsi di laurea, dunque, gli studenti dovranno anche rispondere a quesiti e apprendere concetti di medicina di genere. Una novità che riguarderà anche i corsi di laurea in Farmacia ed i corsi di educazione medica continua Ecm per i medici. Non solo: la medicina di genere entra per la prima volta anche nel Diritto italiano, con la Legge delega sulle professioni sanitarie all'esame alla Camera, ha affermato la presidente della commissione Sanità del Senato Emilia Grazie De Biasi. Inoltre, "la mia proposta - ha affermato - è arrivare ad un protocollo d'intesa con i ministeri dell'Università e della Salute, oltre che con le Regioni, per attuare un Piano per la promozione della medicina di genere che possa essere però puntualmente monitorato". Ed una iniziativa 'rosa' è anche quella annunciata dal presidente di Farmindustria Massimo Scaccabarozzi: corsi di formazione e informazione sui farmaci, sull'appropriatezza terapeutica e sulla prevenzione destinati in primo luogo alle donne, con l'obiettivo di partire con programmi mirati già nelle scuole.

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

Associate

- + **Farmaci: Aifa,+10% consumo tra donne ma più reazioni avverse**
- + **8 marzo: Farmindustria, in sviluppo 850 farmaci per le donne**



 [Scrivi alla redazione](#)  [Stampa](#)

Sanità24

Il Sole
24 ORE

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa



7 mar
2017

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | p

TAG

Medicina generale

Ricerca

Farmaci

Ospedale

Per approfondire



DAL GOVERNO

8 marzo, Farindustria promuove le aziende a misura di donna. Più spazio ai trial rosa

di Rosanna Magnano

Le donne sono il 43% degli addetti nella farmaceutica (contro una media manifatturiera del 25%), sono quasi tutte laureate (90%) e per loro le posizioni apicali non sono un miraggio. Nelle aziende farmaceutiche c'è infatti un dirigente donna su tre, la quota più alta tra i settori industriali (dove solo 1 dirigente su 10 è donna). E nella ricerca, punta di diamante del settore, le signore sono la maggioranza con il 52 per cento. Non si tratta di quote rosa, ma del combinato disposto tra una selezione meritocratica del personale e l'adozione di un welfare aziendale «a misura di donna», con il 70% delle imprese Pharma che offrono un ampio ventaglio di servizi anche finalizzati alla conciliazione del tempo di vita e di lavoro. Dalle mense alle agevolazioni sull'orario, dalle assicurazioni alla sanità integrativa con screening mirati gratuiti di medicina preventiva, dagli asili aziendali allo smart working. Una serie di facilitazioni che negli altri settori è adottata solo dal 43% delle aziende. È questo il modello di relazioni industriali illustrato oggi a Roma dal presidente di Farindustria **Massimo Scaccabarozzi**, nel corso del convegno «Chi l'ha detto che donne e uomini sono uguali», alla vigilia della festa della donna.



Relazioni che incidono sulla qualità della vita e fanno la differenza. «Le imprese del farmaco si distinguono positivamente nel panorama industriale - continua Scaccabarozzi - e sono state le prime ad adottare la contrattazione di secondo livello, con particolare attenzione al welfare e da anni la applicano con la massima convinzione. Le imprese del farmaco con contratto aziendale sono il 71% del totale e l'86% eroga premi variabili».

E tra le iniziative lanciate dall'associazione, Farindustria annuncia «corsi di formazione e informazione sui farmaci, sull'appropriatezza terapeutica e sulla prevenzione destinati in primo luogo alle donne. Perché le donne sono protagoniste nelle decisioni sugli stili di vita, sulle cure e nell'assistenza ai più deboli nell'ambito della famiglia. Svolgono dunque il doppio ruolo di caregiver per la comunità familiare e di sussidiarietà rispetto al sistema assistenziale pubblico».

Lorenzin: «Battersi per il diritto alla salute delle donne»

Un'esigenza condivisa e rilanciata anche dalla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**. «Oggi più che mai è necessario battersi per il riconoscimento del diritto alla salute delle donne: è infatti singolare pensare che nel 2017 ci sia ancora qualcuno che non riconosce la diversità uomo-donna per la medicina, tendendo a negare tali differenze. Spesso viene detto che una medicina di genere ha dei costi troppo elevati, ma in realtà tutta la medicina moderna tende all'approccio della personalizzazione, e il primo passo è dunque proprio il riconoscimento delle differenze. La medicina di genere, tuttavia - ha proseguito - sta cominciando a prendere possesso dei tavoli decisionali, perché questo non è un fattore politico ma scientifico, e c'è il diritto delle donne ad essere curate così come gli uomini».

Un'attenzione alla «diversità» delle donne che va perseguita nella pratica clinica, come prima forma di «medicina personalizzata»: «Nell'industria farmaceutica non si parla solo di "donne" al plurale - continua il presidente di Farindustria - ma anche di "donna" al singolare, perché con la medicina personalizzata si cerca di curare la malattia di ogni specifica paziente. Che reagisce in maniera differente dall'uomo alle cure e pure a certi eventi patologici e al loro decorso, come accade ad esempio nel caso dell'infarto».

Focus ricerca: I a donna entra nelle sperimentazioni cliniche

HiQpdf Evaluation 03/07/2017

E il nuovo corso deve riguardare soprattutto la ricerca farmaceutica: «Le risposte delle imprese del farmaco e della ricerca farmaceutica - sottolinea Farindustria - sono oggi sempre più appropriate, ma è comunque necessario insistere su una R&S sempre più "rosa". Con un approccio olistico che tenda a inserire le donne nelle diverse fasi di sviluppo dei medicinali, rendendo sempre più mirata la ricerca».

Il problema che ha ostacolato l'inserimento delle donne nelle sperimentazioni cliniche, nelle varie fasi di approvazione di un nuovo medicinale, è stato da un lato l'esigenza di «proteggerle», soprattutto durante l'età fertile, da eventuali conseguenze ed eventi avversi. Ma anche il fattore costi, che nel caso di trial mirati sulle donne salgono. I passi avanti tuttavia non mancano: «Rispetto agli anni '90 - spiega **Patrizia Popoli**, presidente della Commissione tecnico scientifica dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) - quando non era possibile inserirle nelle fasi precoci della sperimentazione il quadro è cambiato. Anche perché si è capito che escludendo le donne dai trial si finiva per portare sul mercato farmaci non testati sulle donne sotto il profilo della sicurezza e della cinetica. E le conseguenze si sono pagate: negli Usa, su 10 farmaci ritirati dal commercio, 8 sono stati sospesi per eventi avversi sulle donne. Lo stesso problema si sta ponendo in pediatria, perché è difficile arruolare bambini nei trials». E l'Aifa annuncia interventi mirati su questo fronte: «Nel 2015 l'Aifa ha pubblicato le linee guida per l'inserimento delle donne nelle sperimentazioni cliniche - ricorda **Paola Testori Coggi**, presidente del Comitato prezzi e rimborsi di Aifa - e con il direttore generale Melazzini rilanceremo misure ad hoc. Non si può arrivare a valutare l'effetto di un farmaco sulle donne solo con la farmacovigilanza (nella fase di sorveglianza post marketing ndr)».

Insomma la svolta sembra dietro l'angolo. Non a caso i farmaci oggi in sviluppo per le patologie maggiormente presenti tra le donne sono più di 850 a livello internazionale. E non riguardano solo la sfera ginecologica, che si colloca al nono posto. I primi ambiti di indagine sono il sistema muscolo scheletrico (114 farmaci), sistema immunitario (110) e neoplasie (139).

Un'attenzione alle «Gendered innovations» che cresce a livello internazionale. È questo il nome di un progetto avviato alla Stanford University in partnership con la Commissione europea e US National Science Foundation che coinvolge più di 70 esperti tra Europa, Stati Uniti, Canada e Asia. Obiettivo dell'iniziativa: la creazione di un network di ricerca per sviluppare nuove metodologie per lo studio di genere che conducano all'innovazione anche farmaceutica. Nel corso dell'evento di oggi sono stati tra l'altro consegnati i premi Telethon-Farindustria a tre ricercatrici che si sono distinte a livello internazionale ottenendo finanziamenti dallo European Research Council.

Ricerca in rosa anche nelle scelte politiche di Bruxelles, con l'introduzione trasversale del concetto di genere in Horizon 2020 e con una risoluzione approvata dall'Europarlamento sulla promozione della ricerca di genere, con cui si invitano gli Stati membri, nell'applicazione del nuovo regolamento sui trial clinici a utilizzare un approccio metodologico che garantisca una rappresentanza adeguata di uomini e donne nelle sperimentazioni cliniche.

La medicina di genere priorità italiana

Un approccio che in Italia è adottato dal Ddl Lorenzin, approvato dal Senato e all'esame della commissione Affari sociali della Camera in seconda lettura. «Il primo articolo riguarda la ricerca - spiega la presidente della Commissione Igiene e sanità del Senato **Emilia Grazia De Biasi** - e per la prima volta nel diritto italiano è introdotto il termine di "Ricerca di genere"». Ricerca gender oriented, ma non solo. «La mia proposta - continua De Biasi - è di arrivare a un protocollo d'intesa con i ministeri dell'Università e della Salute, oltre che con le Regioni, per attuare un Piano per la promozione della medicina di genere, che tenga dunque conto delle differenze tra uomini e donne, che possa essere però puntualmente monitorato».

E la medicina di genere sbarca anche ufficialmente nei corsi di laurea in Medicina e chirurgia. Lo ha annunciato il presidente dell'Associazione Conferenza dei corsi di laurea in medicina e chirurgia e presidente della Società italiana di endocrinologia, **Andrea Lenzi**. «I 59 presidenti dei corsi di laurea in Medicina - spiega Lenzi - hanno deciso, con una mozione da me firmata, che a partire dall'anno accademico 2017-18 tutti questi corsi di laurea avranno nell'ambito delle loro discipline, da endocrinologia a medicina interna, l'insegnamento della medicina di genere, che è la prima tappa per la medicina personalizzata». Questo, ha chiarito, «non perché la medicina per gli uomini e per le donne siano due medicine differenti, ma perché la terapia e la diagnostica vanno declinate in funzione del sesso».

segui **quotidianosanità.it**

[Tweet](#) stampa

Medicina di genere. Lorenzin: "Porteremo la salute della donna al G7 di novembre a Milano"

Lo ha annunciato la ministra intervenendo oggi al convegno promosso da Farmindustria a Roma. "La medicina di genere sta cominciando a prendere possesso dei tavoli decisionali, perchè questo non è un fattore politico ma scientifico, e c'è il diritto delle donne ad essere curate così come gli uomini".



07 MAR - "Oggi più che mai è necessario battersi per il riconoscimento del diritto alla salute delle donne: è infatti singolare pensare che nel 2017 ci sia ancora qualcuno che non riconosce la diversità uomo-donna per la medicina, tendendo a negare tali differenze". Lo ha sottolineato il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, intervenendo al convegno 'Chi l'ha detto che donne e uomini sono uguali? Pari opportunità nella differenza', promosso da Farmindustria.

"Spesso - ha osservato **Lorenzin** - viene detto che una medicina di genere ha dei costi troppo elevati, ma in realtà tutta la medicina moderna tende all'approccio della personalizzazione, e il primo passo è dunque proprio il

riconoscimento delle differenze. La medicina di genere, tuttavia - ha proseguito - sta cominciando a prendere possesso dei tavoli decisionali, perchè questo non è un fattore politico ma scientifico, e c'è il diritto delle donne ad essere curate così come gli uomini". **Lorenzin** ha quindi annunciato che l'Italia porterà il tema della salute della donna al prossimo G7 dei ministri della Salute in programma a Milano il prossimo novembre.

"Molto però - ha evidenziato - è stato fatto in relazione alla promozione della salute della donna anche nei nuovi livelli di assistenza: dai nuovi screening gratuiti per le donne in gravidanza - ha ricordato la ministra - al riconoscimento di patologie come l'endometriosi, che solo in Italia colpisce 300 mila donne". Il punto, ha quindi rilevato **Lorenzin**, è che "se oggi le donne vivono di più, è anche vero che vivono tali anni male e in modo peggiore rispetto ad altri Paesi; ciò per i carichi di lavoro al femminile ma anche perchè le donne tendono a non prendersi cura di sé stesse, come piuttosto degli altri o della famiglia".

"Quindi - ha concluso - bisogna lavorare di più proprio sulla prevenzione, anche con progetti mirati alle donne anziane e prevedendo percorsi di prevenzione oltre che di riabilitazione".

07 marzo 2017
 © Riproduzione riservata

Altri articoli in Governo e Parlamento



ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER
 Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

Responsabilità professionale e sicurezza delle cure. Ecco la legge
 tutti gli speciali

i Più Letti [7 giorni] [30 giorni]

- 1 Responsabilità professionale. Via libera dalla Camera. Il 'ddl Gelli' è legge. Cambiano la responsabilità penale e civile dei medici. Più trasparenza per i pazienti e sicurezza strutture. Il testo e la sintesi articolo per articolo
- 2 Oms. Ecco la lista dei 12 batteri più resistenti. Contro i quali gli antibiotici possono ben poco
- 3 Cannabis terapeutica. "Istruzioni per l'uso", il vademecum della Salute per medici e farmacisti
- 4 Riforma pubblico impiego. Governo vara decreto Madia: "Ora pronti al rinnovo dei contratti". Proroga fino al 2019 per i concorsi straordinari nel Ssn. Il testo in anteprima
- 5 Meningite e vaccini. Ecco i consigli dell'Iss: come e quando difendersi
- 6 L'evidenza scientifica in osteopatia

<http://www.adnkronos.com>

Linee guida italiane sotto la lente, "tutto da rifare"

Gimbe presenta risultati, documenti società scientifiche esigui e in poche aree clinico-assistenziali



La consegna della borsa di studio all'XI conferenza Gimbe di Bologna

Linee guida, serve un cambio di rotta per mettere ordine al caos attuale, soprattutto all'indomani dell'approvazione del Ddl sulla responsabilità professionale: attualmente quelle prodotte dalle società scientifiche potenzialmente utilizzabili, sono un numero esiguo e riguardano poche aree clinico-assistenziali. E' quanto emerge dai risultati preliminari di una ricerca finanziata con la borsa di studio 'Giacchino Cartabellotta' promossa dalla Fondazione Gimbe e condotta da un giovane ricercatore dell'Università di Messina, Antonio Simone Laganà, **sotto l'egida dell'Istituto superiore di sanità (Iss) e del Guideline International Network (Gin)**, rete internazionale di 107 organizzazioni che mettono a punto linee guida in 46 Paesi.

"Abbiamo deciso di promuovere e finanziare lo studio 'Linee guida per la pratica clinica in Italia: qualità metodologica e gestione dei conflitti di interesse' per fornire alle Istituzioni - spiega Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe - un quadro oggettivo sul numero delle linee guida prodotte in Italia da società scientifiche, istituzioni nazionali e regionali e organizzazioni private e sulla loro **qualità, verificando l'aderenza agli standard Gin sulle metodologie di produzione e sulla governance dei conflitti di interesse**". Lo studio, presentato alla XII conferenza Gimbe di Bologna, in questa prima fase ha valutato, esclusivamente sul web, linee guida prodotte dalle società scientifiche.

Delle 403 società identificate, quasi l'80% (322) non era eleggibile per varie ragioni:

mancanza di sito web (6), assenza di una pagina web dedicata alle linee guida (289), pagina delle linee guida ad accesso riservato (14), link ad altri produttori internazionali (13). Dei 712 documenti censiti, 359 (50,4%) sono stati identificati come vere e proprie linee guida. Ma di queste, solo 75 (21%) sono state incluse nella valutazione finale, in quanto pubblicate negli ultimi due anni, tempo limite della loro sopravvivenza. Hanno superato l'esame? La loro qualità metodologica, valutata con i criteri Gin, è risultata complessivamente accettabile. Meno la trasparenza: la disclosure sui conflitti di interesse è presente solo nel solo il 17% dei casi.

Da rilevare, infine, che 42 sulle 75 linee guida incluse nella valutazione finale, sono state prodotte da 2 sole società scientifiche che dispongono di un manuale metodologico, a riprova del fatto che le poche società che seguono metodi adeguati producono risultati eccellenti, evidenziano gli esperti.

"I prossimi step dello studio - annuncia Cartabellotta - prevedono la valutazione di linee guida prodotte da istituzioni nazionali e regionali e altre organizzazioni private, **l'analisi per sottogruppi e l'invio di una comunicazione a tutti i presidenti delle società scientifiche per validare i risultati relativi alle linee guida identificate e suggerire di rendere libero l'accesso alle pagine" in questione. Intanto, per Gimbe, "i risultati dello studio dimostrano che i criteri previsti dell'articolo 5 della legge sulla responsabilità professionale sono necessari per 'accreditare' i produttori, ma non sufficienti a garantire documenti di buona qualità".**

"Considerato che le linee guida si apprestano a diventare uno strumento di riferimento per valutare la responsabilità professionale - conclude Cartabellotta - è indifferibile un cambio di rotta sul processo di produzione. In particolare, serve una governance **nazionale dell'Istituto superiore di sanità** per definire le priorità, evitare duplicazioni, favorire la produzione di linee guida multiprofessionali-multidisciplinari, standardizzare i criteri di qualità metodologica e definire le modalità di gestione dei conflitti di interesse. In ogni caso, è indispensabile preservare il ruolo principale delle linee guida - sottolinea - ovvero raccomandazioni a supporto delle decisioni cliniche, evitando un loro utilizzo rigido e strumentale esclusivamente a fini medico-legali".

Sanità24

Il Sole
24 ORE

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa



7 mar
2017

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | p

LAVORO E PROFESSIONE

Così la legge sul «risk» ha rivoluzionato la responsabilità sanitaria

di Federico Lanciani (direttore AmTrust Italia), Leonardo Martinelli (direttore Sinistri di AmTrust Italia), Emanuele Patrini (Risk Management Officer di AmTrust Italia)

La nuova legge sulla responsabilità professionale esprime chiaramente, a partire dai titoli dei 18 articoli di cui si compone, la volontà del legislatore di produrre importanti cambiamenti nei rapporti intercorrenti tra medico, paziente e struttura ospedaliera.

Dopo molti anni di attesa, il legislatore si propone di garantire la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute attraverso due punti cardine: aumentare le garanzie e le tutele per gli esercenti le professioni sanitarie e assicurare al paziente la possibilità di essere risarcito, in seguito ad eventuali danni subiti, in tempi brevi e certi.

La stesura di questo articolato ha richiesto circa tre anni e mezzo di lavori ed è frutto non solo del dibattito parlamentare, ma anche del recepimento di numerosi indirizzi giurisprudenziali succedutisi nel tempo.

Lo scenario relativo all'assicurabilità della responsabilità sanitaria è stato segnato da alcuni provvedimenti normativi che hanno, in parte, anticipato i contenuti di questo nuovo disegno di legge; va infatti ricordato il Decreto Balduzzi, il cui art. 3 rinviava ad un successivo Dpr «al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie» la regolamentazione delle procedure e dei requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione degli esercenti le professioni sanitarie.

Già all'epoca questo decreto avrebbe dovuto prevedere:

- l'istituzione di un Fondo di Garanzia;
- un massimale minimo di un milione;
- una copertura assicurativa con clausola di tipo "claims-made", garanzia pregressa e ultrattività della copertura di almeno 10 anni in caso di cessazione dell'attività professionale del sanitario.

È quindi evidente quanto una riforma della normativa fosse necessaria, e come questa sia nata attraverso una elaborata e travagliata traiettoria normativa, stratificata nel tempo. A latere di ciò va inoltre ricordato come l'ambito della Responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie sia stata oggetto -più di ogni altra Responsabilità civile- di numerosi interventi della giurisprudenza.

Ancora oggi, nell'ambito del danno complessivo alla persona, la vastità delle interpretazioni giurisprudenziali rende difficile elaborare parametri certi per valutare l'ampiezza dei rischi e quindi calcolare adeguatamente i premi.

La nuova legge, dunque, riordina la materia con l'obiettivo di:

- tutelare il paziente, il vero danneggiato dai casi di malasanità; attualmente, posta l'incertezza legislativa, la difformità di giudizio nei Tribunali e, soprattutto, i tempi biblici per addivenire ad una sentenza definitiva, un vero ristoro dei danni deve attendere periodi che spaziano dai 5 ai 10 anni
- tutelare il medico, sempre più aggredito in sede penale, civile e dalla Corte dei Conti, per conseguenze dannose che seguono l'esercizio di una professione che, per propria natura, non può garantire a nessuno certezza di risultato
- tutelare il patrimonio dello Stato, che oggi spende circa 10 miliardi di € all'anno a causa del massimo ricorso alla c.d. "medicina difensiva"
- porre regole certe per la copertura del rischio, da applicarsi in modo uniforme in tutto il Paese, tramite il meccanismo dell'obbligo di assicurazione



● attivare una serie di Tutele istituzionali quali la creazione di un Fondo di Garanzia, il recupero della figura del Difensore Civico quale Garante della qualità dei servizi e del rapporto fra cittadino e struttura sanitaria, la vigilanza da parte dell'organo di controllo delle compagnie assicurative (Ivass) ecc.

Quali sono le principali novità introdotte dalla legge? Il dato rivoluzionario della legge è il cambiamento del concetto di responsabilità per il personale sanitario dipendente per il quale la responsabilità, da contrattuale, diventa extracontrattuale. Si riduce, così, il termine di prescrizione da 10 a 5 anni, e si inverte l'onore della prova. Ovvero, non sarà più il personale sanitario a dover dimostrare la propria diligenza professionale, bensì un eventuale danno dovrà essere provato da chi ne farà richiesta.

Per quanto concerne la responsabilità penale, con l'introduzione dell'art. 590-ter., il personale sanitario non risponderà per colpa grave se si sarà attenuto alle linee guida validate dalla apposita commissione istituita dal ministero della Salute.

Viene introdotto l'obbligo per tutte le strutture sanitarie di attivare un sistema di risk management, finalizzato ad incidere sui rischi correlati all'attività sanitaria con conseguente minore esposizione dei pazienti.

Altri punti salienti sono l'introduzione dell'obbligo di tentativo di conciliazione prima di instaurare un giudizio, che include tutte le parti interessate, incluse le assicurazioni, e la possibilità per il danneggiato di avanzare richiesta di risarcimento direttamente alla compagnia assicuratrice.

Il testo normativo licenziato dal Parlamento presenta inoltre alcune criticità, note ed individuate negli emendamenti proposti in Senato. Il desiderio, o forse la necessità, di portare a compimento una riforma organica ha sicuramente prevalso sulla sistemazione di queste criticità, che dovranno essere oggetto di ulteriori approfondite analisi e correzioni, attraverso i decreti attuativi.

Ad oggi riteniamo che sia stato compiuto un passo significativo in questa direzione, con l'introduzione di novità di grande importanza e rilevanza e attendiamo di conoscere meglio i parametri con cui saremo chiamati a confrontarci. In questo particolare segmento di mercato da cui le principali compagnie assicurative si sono progressivamente allontanate poiché scoraggiate dalla crescente esposizione ai rischi ed ai continui cambiamenti, anche normativi, propri di questo specifico ramo danni, AmTrust ha saputo mantenere, sviluppare e garantire nel tempo significativi livelli di tutela; forti della nostra esperienza di specialist sul mercato italiano e consci delle sue peculiarità, stiamo elaborando futuri servizi e soluzioni assicurative che recepiranno appieno i cambiamenti introdotti dal nuovo quadro normativo di riferimento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“Malattie rare, ma niente affatto neglette Ecco come si studiano i farmaci del futuro”

MARCO PIVATO

Si definiscono «rare», ma colpiscono, solo in Italia, più di un milione di pazienti. Già perché queste affezioni sono molte, moltissime, oltre 6 mila, con diverse tipologie e non sono nemmeno tutte conosciute.

In Italia è stata celebrata la Giornata Mondiale delle Malattie Rare: occasione per ripetere appelli ma anche per spiegare meglio di cosa si parla, soprattutto del ruolo delle aziende farmaceutiche, storico bersaglio delle polemiche, quando il tema è la Sanità: «Big Pharma si arricchisce sulle malattie rare», «Le malattie rare sono il nuovo grande business della ricerca privata».

Massimo Scaccabarozzi, lei è presidente di Farmindustria, l'associazione delle imprese del farmaco, con oltre 200 associati: che cosa risponde a chi accusa il business di lucrare sulle malattie rare?

«Replico con un ragionamento molto semplice: il nostro sistema è regolamentato dalle negoziazioni che avvengono con l'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, e quindi il prezzo del medicinale non è mai libero e non si può mai affermare che sia imposto dalle aziende. Esiste una commissione, nell'Aifa, preposta a tale lavoro, e mi sento di dire che proprio l'Aifa porti avanti molto bene queste negoziazioni con le aziende, se è vero che riesce a stabilire prezzi mediamente del 20% più bassi rispetto alla media europea».

Non esiste un «Far West» dei prezzi?

«La legge non lo permette. Eppure sento sbandierare dati di cui faccio fatica a capire quali siano le fonti. Un tempo si diceva addirittura che non vi fosse interesse commerciale per il “mercato” delle malattie rare proprio perché poche e oggi, invece, si sente dire il contrario. Per affrontare tematiche del genere è necessario un'esatta conoscenza delle fonti e non basarsi sui pregiudizi della vulgata».

È vero però che l'impresa del farmaco è un'impresa molto redditizia: non è così?

«Altro mito da ridimensionare. Quando una molecola dà evidenza di essere farmacologicamente attiva, questa deve attraversare le numerose fasi della sperimentazione, prima in vitro e poi in vivo. Inoltre devono essere affrontati anche gli iter burocratici per rispondere alle richieste da parte dell'Autorità regolatoria, perché non parliamo di semplici beni di largo consumo ma di farmaci, ovvero di prodotti che devono essere efficaci e sicuri. A conti fatti, dalla sperimentazione al prodotto finito passano in media dai 10 ai 12 anni. Il costo puro per lo sviluppo di un farmaco può arrivare a 2,5 miliardi. Durante le fasi intermedie è inoltre facile che ci si fermi, tanto che solo una molecola su 10 mila diventa farmaco. Quando va bene due. Per chi fa ricerca non è dunque per nulla scontato che il risultato ripaghi gli investimenti. Aggiungiamo che la copertura brevettuale tutela l'azienda per 20 anni, ma non a partire dall'immissione in commer-

cio del farmaco bensì dall'inizio della sperimentazione: i primi 12 anni, quindi, se ne vanno e rimangono solo 7-8 anni per rientrare dai costi».

Rare le malattie, ma numerosi i pazienti. Si parla di oltre un milione di casi solo in Italia. A che punto è la ricerca?

«È doveroso verso i pazienti fare il punto della situazione per capire se le speranze non vadano deluse. Abbiamo di fronte malattie per le quali spesso è difficile fare una diagnosi o per cui esistono pochi trattamenti o, ancora, non ce ne sono. A volte, infine, si deve ricorrere a trattamenti che sono solo quelli che si avvicinano di più a risolvere o lenire il problema. Ma il paziente ha diritto di essere informato in modo puntuale sulle sue aspettative e speranze di vita. Di fronte a questo scenario ritengo, allora, che l'impresa stia facendo progressi importanti: le domande per la designazione dei farmaci orfani sono triplicate negli ultimi 10 anni. E negli ultimissimi anni ci sono state 2720 domande a livello europeo. In Italia, se leggiamo i rapporti Aifa, uno studio clinico su quattro è proprio sulle malattie rare. C'è molto da fare, ma c'è anche grande attenzione e uno sforzo continuo».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Massimo Scaccabarozzi
È presidente di Farmindustria, l'associazione delle imprese del farmaco



“Faremo l'editing dei geni nell'utero della madre”



FABIO DI TODARO

La parità di genere, se la sia intende come raggiungimento degli stessi obiettivi, è stata ottenuta. «Quanto al resto, c'è da lavorare», dice Laura Cancedda, direttore del laboratorio di neurofisiologia dello sviluppo dell'Istituto Italiano di Tecnologia: sarà la protagonista, oggi, alla Scuola Normale Superiore di Pisa della conferenza pubblica «...e che le neuroscienze sono bellissime!» nell'ambito del programma «Immersioni virtuali nella scienza». Quarantuno anni, Cancedda è una delle ricercatrici premiate dal Consiglio Europeo della Ricerca (l'Erc) con un finanziamento da 2 milioni.

Dove spera di arrivare grazie a questa somma?

«L'obiettivo è comprendere i meccanismi dello sviluppo cerebrale: sia in condizioni fisiologiche sia nei casi in cui il processo risulti alterato, determinando malattie come la sindrome di Down. I geni che non funzionano, in questo caso, sono moltissimi. Il mio gruppo punta a individuare quelli su cui potrebbe avere senso intervenire, con un editing genetico da effettuare in utero».

Cosa racconterà agli studenti?
«Farò una panoramica sulle tecniche delle neuroscienze attraverso il racconto dei risultati sperimentali: l'ultimo ci ha

fatto scoprire che un diuretico potrebbe essere utile per il trattamento dei sintomi cognitivi della sindrome di Down. Spero di convincerli che con il lavoro e un po' di fortuna anche la ricerca di base ha il potenziale per influenzare la vita dei pazienti».

Sui pro e i contro della vita da ricercatore è pronta a essere incalzata?

«Essere pagati per studiare e non smettere di imparare va considerata una fortuna. Se dovessi trovare un difetto del mio percorso, direi che non c'è nulla di peggio di non trovare nei dati il riscontro alle nostre ipotesi».

Come descriverà le differenze tra il lavoro in Italia e quello all'estero, alla luce della sua esperienza a Berkeley?

«In Italia è più difficile trovare percorsi di ricerca codificati. Ma i singoli scienziati con cui collaboro hanno un talento incredibile».

Come concilia la famiglia con gli impegni professionali?

«Sono sempre di corsa e spesso dormo troppo poco».

Chi è Laura Cancedda fuori dal laboratorio?

«Non lo so ancora. Anzi: ho scelto le neuroscienze proprio per scoprirlo!».

© BY NC ND AL CUN I DIRITTI RISERVATI



Laura Cancedda
Neurofisiologa

RUOLO: È DIRETTORE DEL LABORATORIO DI NEUROFISIOLOGIA DELLO SVILUPPO DELL'IT



Vaccini obbligatori Emiliano si defila “Non in programma”

Su Facebook prende le distanze dalla maggioranza che ha proposto un ddl. Sui social si scatena la bufera

C'è chi accusa il governatore di rincorrere il M5S
Amati: “Andiamo avanti”

ANTONELLO CASSANO

DA un lato ci sono proposte di legge severe che introducono la vaccinazione obbligatoria e dibattiti scientifici preoccupanti sul calo dei vaccini, dall'altro denunce sui danni provocati dalle vaccinazioni nei bambini e sugli affari delle case farmaceutiche. In Puglia è ufficialmente scoppiata la guerra dei vaccini. Dal campo di battaglia, però, il presidente della Regione Michele Emiliano almeno per il momento si tiene lontano. Al punto tale da decidere di ufficializzare la sua mancata presa di posizione (o equidistanza) tra i due schieramenti: “Per buona informazione di tutti gli utenti di questa pagina — ha scritto il governatore sabato sera sul suo profilo Facebook — preciso che non rientra nel programma di governo della Regione Puglia vietare l'accesso a scuola dei bambini che hanno scelto di non effettuare vaccinazioni obbligatorie. Ciò non impedisce ai consiglieri regionali di presentare disegni di legge difformi dal programma di governo”.

Un commento che nasce come una reazione al fatto che fino a poche ore prima la pagina Facebook del governatore era stata completamente inondata da commenti di utenti iscritti a gruppi contrari all'obbligatorietà delle vaccinazioni, come il gruppo “Vaccini Puglia Onlus

per la libertà di scelta”. Commenti tutti uguali con con questo testo: “La legge Amati-Zinni innalza i muri e rompe il dialogo con i cittadini. I genitori, le famiglie e i danneggiati da vaccino chiedono un incontro urgente con il presidente Emiliano”.

Il grande nemico di chi è contrario ai vaccini è la proposta di legge a firma dei consiglieri Fabiano Amati (Pd) e Sabino Zinni (Emiliano sindaco di Puglia): presentata a novembre scorso, prevede l'obbligo della vaccinazione fino ai 17 anni di età, l'esclusione dagli asili nido, dalle scuole elementari, medie e superiori di quei bambini e ragazzi non vaccinati e sanzioni per i dirigenti scolastici che non si attengono alle nuove direttive. Troppo per i fautori della libertà di scelta osannata in politica dai pentastellati.

Il post di Emiliano però sembra andare nella direzione opposta a quella tracciata dai due consiglieri di maggioranza Amati e Zinni e spinge più di un osservatore a posizionare il governatore anche in fatto di vaccini sul fronte grillino. Non a caso ieri *Il Foglio* ha definito “preoccupante, per il ruolo che Emiliano ricopre (gestisce anche la delega alla sanità, ndr) e perché riguarda la salute dei bambini” il commento del governatore. Il consigliere regionale Amati però tira dritto: «La tutela dei cittadini rientra nel nostro programma di governo. Secondo l'Osservatorio epidemiologico regionale la copertura vaccinale è ampiamente sotto la soglia di sicurezza. Ne deriva che abbiamo la necessità di stabilire una strategia».

CRIPRODUZIONE RISERVATA



Il dossier

Lo stress continuato fa crescere la pancia

Lo stress cronico fa ingrassare e aumenta il rischio di obesità sul lungo periodo. Lo rivela un vasto studio condotto presso la University College di Londra e pubblicato sulla rivista "Obesity". Il primo in cui si è andati a vedere nel dettaglio gli effetti dello stress cronico (che perdura nel tempo) sul peso corporeo, sul rischio di sovrappeso e di mantenimento di un peso eccessivo nel tempo con difficoltà a dimagrire. Per

quattro anni sono state seguite 2.500 persone dai 54 anni in su, analizzando ogni due mesi due nuovi centimetri (ossia la nuova crescita) dei capelli del campione. È stato misurato il livello dell'ormone dello stress, il cortisolo. Chi aveva i livelli di cortisolo più alti in maniera continuativa ha dimostrato non solo una circonferenza-pancia più allargata ma anche meno massa muscolare rispetto al grasso e più peso corporeo.

