



## **RASSEGNA STAMPA**

### **19-05-2016**

1. REPUBBLICA.IT Melanoma, il punto sulle cure in un convegno a Roma il 25 maggio
2. QUOTIDIANO SANITÀ Cancro al polmone. Pronto nuovo modello di screening
3. DOCTOR 33 Ca mammario, frutta e alcolici potrebbero modificare il rischio
4. LA STAMPA.IT I costi dei farmaci antitumorali non in linea con fondi investiti e reale efficacia
5. SANITA24.ILSOLE24ORE Bonaccini: «La sfida è coniugare innovazione e universalismo del Ssn in un quadro di risorse certe»
6. QUOTIDIANO SANITÀ Bonaccini: “Basta lamentarsi per le risorse. Il fondo è aumentato e aumenterà ancora”
7. ANSA Appello all'Europa, obesità sia riconosciuta malattia cronica
8. STAMPA La violenza sulle donne lascia ferite nel Dna
9. PANORAMA Azzurro come un pesce
10. STAMPA Genitori sempre più vecchi Ed è boom di figli in provetta
11. AVVENIRE Ministro Lorenzin. «Doni di gameti solo se gratuiti»
12. STAMPA Fecondazione Lorenzin: la donazione è volontaria e gratuita
13. FARMACISTA 33 Olio di palma raffinato, Efsa: contiene sostanze tossiche per i bambini e adolescenti
14. ADN KRONOS Zika in Europa a fine primavera, rischio 'moderato' in Italia

<http://la.repubblica.it/salute>

## Melanoma, il punto sulle cure in un convegno a Roma il 25 maggio

*Testimonial dell'iniziativa. Domenico Fioravanti. L'incontro organizzato da Repubblica con Aiom per parlare di questa forma di neoplasia che in Italia ogni anno colpisce oltre 11mila persone*



L'olimpionico Domenico Fioravanti SILENZIOSO, eppure così dannoso. Il [melanoma](#) è tutt'altro che raro, anzi: è il più diffuso, e il più grave, tra i tumori della pelle. Con un'incidenza che cresce costantemente in tutto il mondo. Secondo i dati dell'Associazione italiana registri tumori (Airtum), sono quasi 11mila i nuovi casi di melanoma registrati in Italia nel 2014 e 100mila quelli diagnosticati ogni anno nel mondo. Una patologia che può anche rivelarsi mortale e che colpisce soprattutto i giovani: nel nostro paese, quando si parla di under 50, costituisce il terzo tumore più frequente. Sia per le donne che per gli uomini. Certo, abbronzarsi è bello. Però conta

anche il benessere della nostra pelle e bisogna tener presente che il principale fattore di rischio per il [melanoma cutaneo](#) è proprio l'eccessiva esposizione alla luce ultravioletta, la cui prima fonte sulla Terra è il Sole.

Per questi motivi *Repubblica* con l'Associazione italiana d'oncologia medica (Aiom) e Msd Italia hanno deciso di lavorare insieme. E danno appuntamento il 25 maggio alle ore 10.30 a Roma, nell'auditorium del Ministero della Salute (Lungotevere Ripa, 1). "Lotta al melanoma. Fare prevenzione e innovazione terapeutica", è il nome scelto per l'evento. Un'occasione utile per fornire una panoramica sulla neoplasia in questione e per sensibilizzare tutti sul tema. Alla giornata intervengono: **Carmine Pinto**, presidente nazionale Aiom; Carlo Barone, direttivo nazionale Aiom; **Paolo Ascierto**, direttore dell'Unità di Oncologia melanoma, immunoterapia oncologica e terapie innovative dell'Istituto nazionale tumori Fondazione G. Pascale di Napoli; **Massimo Razzi**, direttore di Kataweb; **Marco Palla**, dermatologo dell'Istituto nazionale tumori di Napoli G. Pascale; **Nicoletta Luppi**, presidente e amministratore delegato di Msd Italia; **Federico Gelli**, responsabile della Sanità nazionale del Partito Democratico. Testimonial dell'iniziativa è il campione olimpionico **Domenico Fioravanti**.

**Gli altri incontri.** Sui temi oncologici l'Aiom sponsorizza anche diverse iniziative di lungo periodo. Come *Meglio Smettere*, un tour in cui gli oncologi incontrano i ragazzi direttamente nelle scuole italiane per metterli in guardia dai pericoli del tabagismo. Mentre *Si può vincere. Storie di pazienti che hanno sconfitto il cancro* è un libro di 168 pagine, edito da Intermedia e Guerini Editore, dedicato a chi lotta (o ha lottato) contro il tumore. C'è anche *Non fare autogol. Gioca d'attacco contro il cancro* che, grazie al supporto di calciatori, spinge per la formazione e la sensibilizzazione degli adolescenti italiani sui principali fattori di rischio oncologico.

Mercoledì 18 MAGGIO 2016

## Cancro al polmone. Pronto nuovo modello di screening

Negli Stati Uniti è stata studiata una nuova strategia di screening, per la selezione dei fumatori abituali con tomografia computerizzata (CT), basata su un nuovo modello di calcolo del rischio di morte per il cancro al polmone, che potrebbe evitare un maggior numero di decessi, rispetto allo screening fino ad ora utilizzato che era basato sui criteri dettati dalla US Preventive Services Task Force (USPSTF).

(Reuters Health) - Secondo Hormuzd A. Katki del National Cancer Institute di Bethesda, Maryland, che ha guidato lo studio, pubblicato da JAMA, il nuovo modello di calcolo del rischio, una volta validato, potrebbe portare ad uno screening più efficace ed efficiente rispetto a quanto si verifica con le attuali linee guida basate sulla selezione di diversi sottogruppi di fumatori. Attualmente la USPSTF raccomanda uno screening CT annuale per un fattore di rischio che si basa su sottogruppi di fumatori attuali ed ex fumatori di età compresa tra 55 e 80 anni e 55 e 77 anni, rispettivamente, con un consumo di almeno 30 pacchetti/anno di sigarette e, per gli ex fumatori, a non più di 15 anni da quando hanno smesso.

### Il nuovo modello

Katki e colleghi hanno cercato di sviluppare e validare modelli empirici dell'incidenza del cancro al polmone e del rischio di morte, generalizzabili ai fumatori statunitensi, utilizzando i dati di due trial: il Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) cancer e il National Lung Screening Trial (NLST). Secondo la USPSTF, questi modelli di screening hanno stimato che 9 milioni di statunitensi fumatori abituali potrebbero beneficiare dello screening per il cancro del polmone, e questo eviterebbe quasi 46.500 morti per il cancro al polmone nel corso di cinque anni. Tuttavia, il nuovo screening basato su un modello di calcolo del rischio, entro un massimo di cinque anni, se applicato allo stesso numero di fumatori abituali, eviterebbe il 20% in più di morti (55.717) e ridurrebbe da 194 a 162, il numero di test di screening, stimato come necessario (NNS) per prevenire un decesso da cancro al polmone.

Secondo i ricercatori le strategie di screening che si basano sui calcoli del rischio, rispetto ai criteri di selezione della USPSTF, includono generalmente un maggior numero di fumatori attuali, di scarsi fumatori nel lungo termine, e di scarsi ex fumatori che hanno smesso da oltre 15 anni: è questo probabilmente il punto di forza del nuovo modello di screening suggerito. In ogni caso, secondo Katki, ottenere un'implementazione e una validazione di questa nuova strategia di screening rappresenta una grande sfida. Va considerato anche che l'efficacia e l'accuratezza di questi modelli di screening deve essere estesa all'intera popolazione degli Stati Uniti.

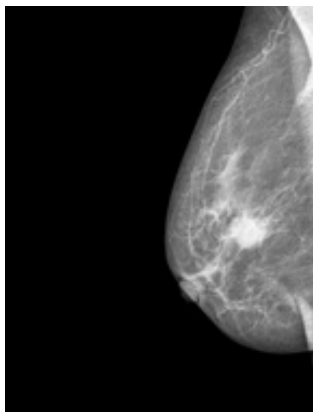
È dunque necessario molto altro lavoro di ricerca prima di poter arrivare ad una condivisione decisionale generalizzabile. Inoltre, sarebbe opportuno trovare strumenti adatti per poter condividere le strategie decisionali anche con i pazienti; fermo restando – fatto inconfutabile – che la prevenzione delle morti per il cancro al polmone non può essere interamente affidata a modelli di previsioni del rischio.

Fonte: JAMA 2016

Will Boggs MD

<http://www.doctor33.it/>

## Ca mammario, frutta e alcolici potrebbero modificare il rischio



Due studi pubblicati sul *British Medical Journal* offrono nuove informazioni sul ruolo della dieta nel cancro al seno. Nel primo, coordinato da Walter Willett, del Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School di Boston, oltre 90.000 infermiere statunitensi hanno compilato questionari alimentari in diverse epoche della loro vita. Nell'arco di 22 anni di follow-up si sono verificati oltre 3.200 casi di carcinoma mammario invasivo, e le donne con il maggiore consumo di frutta nell'adolescenza, in media 2,9 porzioni giornaliere, mostravano un rischio di tumore mammario del 25% inferiore rispetto alle coetanee che ne consumavano minori quantità, ossia 0,5 porzioni al giorno. «Né il consumo di verdura nell'adolescenza né quello di frutta o verdura in età adulta sono risultati associati al rischio di cancro» concludono i ricercatori. Nell'altro studio, prima autrice Marie Dam del National Institute of Public Health alla University of Southern Denmark di Copenhagen, in quasi 22.000 donne danesi in post-menopausa è stato rilevato il consumo di alcol per due volte a 5 anni di distanza l'una dall'altra. Durante 11 anni di follow-up 1.050 donne hanno sviluppato un cancro al seno e 1.750 una malattia coronarica. «Nel complesso, le donne che nell'arco del quinquennio di osservazione hanno aumentato il loro consumo di alcolici da 7 a 14 bevande a settimana avevano un rischio maggiore di cancro al seno e uno più basso di malattia cardiaca rispetto alle coetanee il cui consumo di alcol si è mantenuto stabile» spiega Dam, concludendo che la diminuzione dell'assunzione di alcolici non è risultata significativamente associata ad alcuna variazione di frequenza delle due malattie. In un editoriale di accompagnamento Timothy Key, della University of Oxford nel Regno Unito, scrive: «Nonostante servano ulteriori studi per trarre conclusioni definitive in merito al possibile ruolo protettivo del consumo di frutta nell'adolescenza sul rischio di cancro al seno, frutta e verdura hanno ben noti effetti benefici sulla salute, bisognerebbe consumarne in abbondanza a tutte le età. Nel Regno Unito, tuttavia, il consumo di frutta e verdura tra 11 e 18 anni è di tre porzioni al giorno e solo il 10% degli adolescenti raggiunge l'obiettivo raccomandato di cinque porzioni giornaliere».

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

## I costi dei farmaci antitumorali non in linea con fondi investiti e reale efficacia

*I medicinali immunoterapici che consentono di arginare la progressione della malattia hanno prezzi proibitivi. Il punto della situazione al Congresso dei primari oncologi a Napoli*

Negli ultimi dieci anni la lotta al cancro ha fatto passi da gigante. Se in passato chirurgia, radioterapia e chemioterapia erano le sole vie per combattere i tumori ora, grazie all'avvento dell'immunoterapia, le metastasi -il vero problema per chi ha un cancro- fanno meno paura.

Il concetto che sta alla base è semplice: l'idea, oggi realtà, è quella di pilotare e potenziare il sistema immunitario a riconoscere le cellule malate eliminandole. Una strategia di successo che in molti casi porta al controllo della malattia fornendo così alla persona la possibilità di sopravvivere bene e a lungo. Un esempio? Prima dell'avvento dei nuovi farmaci il melanoma, se diagnosticato in fase avanzata, era una neoplasia che non lasciava scampo.

Oggi la situazione è radicalmente cambiata e la sopravvivenza è arrivata al 20% a 5 anni dalla diagnosi. **Farmaci innovativi che hanno però la caratteristica di essere molto costosi.** Un dettaglio non di poco conto che rischia di far saltare il banco dei sistemi sanitari nazionali. E' di questo che si parlerà questa settimana a Napoli al congresso CIPOMO, Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri.

### SPESA FARMACEUTICA: CONTI SEMPRE PIÙ SALATI

Come spiega il dottor Maurizio Tomirotti -presidente CIPOMO e Direttore dell'Oncologia Medica all'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano- «Nel 2014 la spesa globale dedicata agli antitumorali è stata pari a 100 miliardi di dollari. Nella sola Europa questi rappresentano il 14% della spesa totale in farmaci. Anche se negli ultimi 5 anni l'incremento di spesa è stato contenuto (+5,8%) le nuove proiezioni derivanti dall'**immissione sul mercato di queste nuove molecole prevedono un incremento, da qui al 2018, pari al 18%**. Un aumento preoccupante difficilmente sostenibile in termini economici».

Come uscire dunque da questo stato di impasse? Gli interventi a livello globale sono molti e riguardano sia gli aspetti di negoziazione del prezzo del farmaco con le aziende sia la revisione dei meccanismi interni al nostro sistema sanitario nazionale.

### COSTI NON SEMPRE IN LINEA CON INVESTIMENTI ED EFFICACIA

Nel periodo compreso tra il 2009 e il 2013 l'FDA ha approvato l'immissione sul mercato di 51 nuove molecole antitumorali utili per 63 diverse indicazioni di malattia. L'elevato costo di questi farmaci tiene però realmente conto della loro innovatività, efficacia e volume d'utilizzo? Secondo uno studio pubblicato nello scorso mese di aprile dalla rivista JAMA Oncology la risposta è negativa: analizzando il mercato

statunitense il prezzo di queste molecole non sembra correlarsi né all'entità degli investimenti di ricerca - nessuna differenza tra innovativi e di successiva generazione- né all'efficacia terapeutica, né ai volumi di impiego.

### **NEGOZIARE IL PREZZO IN BASE A CRITERI BEN CHIARI**

«Di fronte ad un dato del genere occorre pensare in maniera seria ad un piano differente di negoziazione del prezzo. Di questo passo la situazione non sarà più sostenibile. I sistemi sanitari di tutto il mondo sono messi a dura prova e con il passare del tempo non potranno più permettersi di pagare prezzi altissimi per farmaci che offrono benefici marginali» prosegue Tomirotti. Quali soluzioni dunque adottare? Una possibile via d'uscita è rappresentata dalla negoziazione del costo in base all'indice ICER, il rapporto incrementale costo/efficacia. « Il concetto di base è semplice: un farmaco palliativo non può avere lo stesso prezzo di uno che potenzialmente può cronicizzare la malattia. Anche se presenta alcuni limiti questo valore valuta i potenziali anni di vita guadagnati con la somministrazione dell'antitumorale tenendo però conto della qualità di vita. Oggi più che mai occorrono nuovi meccanismi di rimborso che premino l'innovazione di valore secondo modelli di costo-efficacia» spiega l'esperto.

### **CONTRASTARE LA CORRUZIONE E L'INAPPROPRIATEZZA TERAPEUTICA**

Attenzione però a non pensare che la rinegoziazione sia la sola via. Grazie all'aumento della sopravvivenza e alla disponibilità di più linee di cura avremo sempre più pazienti trattati più a lungo. Trovare nuove risorse è necessario e possibile partendo anche dalla riorganizzazione del sistema sanitario: ridurre le aree di inappropriatezza terapeutica -ovvero la prescrizione di farmaci non necessari il cui costo è stimato nel 2014 in 11 miliardi- e contrastare la corruzione all'interno del sistema sanitario nazionale -secondo uno studio pari a oltre 9 miliardi nel 2014- sono solo alcune delle principali azioni da mettere in atto» conclude Tomirotti. Risorse rilevanti se si pensa che la spesa per i farmaci oncologici in Italia è di 1,5 miliardi. Briciole rispetto a quello che potrebbe essere recuperato con un'azione su più fronti.

<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/dal-governo/2016-05-18/il-presidente-regioni-bonaccini>

## **Il presidente delle Regioni Bonaccini: «La sfida è coniugare innovazione e universalismo del Ssn in un quadro di risorse certe»**



«Nei prossimi anni dovremo raccogliere una sfida importante per fare in modo che il valore costituzionale della tutela del diritto alla salute non resti un principio sulla carta. La sfida è quella di riuscire a coniugare termini come innovazione, occupazione e sviluppo della ricerca con l'universalità del Servizio sanitario nazionale in un quadro di risorse chiare e certe». Lo ha detto il Presidente della conferenza delle Regioni, Stefano Bonaccini, intervenendo oggi a Bologna in occasione di Expo Sanità 2016. Bonaccini si è soffermato sulle prospettive della concertazione in un settore fondamentale come la sanità: «Nella Conferenza delle Regioni abbiamo aperto una stagione nuova, sperimentando una concertazione diretta, sui grandi temi, con i ministri, cercando un confronto preventivo. Lo abbiamo fatto con il ministro Costa, con la ministra Madia, con il ministro Poletti e con la ministra Lorenzin. Proprio con la ministra della Salute abbiamo affrontato alcuni temi centrali, partendo forse dalla madre di tutte le questioni, quella finanziaria».

E sui temi finanziari Bonaccini non ha usato mezzi termini: «Non mi unisco al coro di coloro che rispetto alle difficoltà che vive la sanità, agli squilibri territoriali, alle

carenze assistenziali, alla scarsa promozione della ricerca, alla non sufficiente valorizzazione delle eccellenze (che comunque fanno della sanità italiana una delle migliori del mondo) non trova altra strada che lamentarsi della ristrettezza delle risorse finanziarie disponibili. Anzi – ha sottolineato - sono convinto che esistano margini per ridurre gli sprechi» e comunque «la matematica non è un'opinione», la verità è che «il finanziamento del fondo sanitario del 2016 è stato fissato a 111 miliardi di euro con un aumento rispetto al 2015 di 1300 milioni di euro. Non solo nella intesa siglata subito dopo la Legge di stabilità 2016 si prevede un quadro di crescita che dovrebbe portare il fondo sanitario 2017 a 113.063 milioni di euro e a 114.998 milioni per il 2018».

E «se riuscissimo a costruire con il Governo un quadro certo di risorse finanziarie per la sanità, ancorché non si tratti di un quadro ottimale, potremmo mettere mano a scelte condivise di programmazione che consentirebbero, fra l'altro, la possibilità di rilanciare gli investimenti proprio per l'innovazione, la ricerca e lo sviluppo in un settore, quello sanitario, che può diventare un volano importante per la nostra economia. Sottolineo però l'importanza di scelte programmatiche condivise che travalichino i confini locali e, se necessario, la stessa dimensione regionale, per puntare su poli di eccellenza, partendo magari da esperienze già consolidate sul territorio e già significative a livello nazionale e internazionale.

«Quest'anno, per la prima volta, abbiamo raggiunto l'accordo sul riparto del fondo sanitario 2016 a febbraio e siglata l'intesa in Conferenza Stato-Regioni ad aprile. È un'operazione di trasparenza ed efficienza che permette sul territorio una programmazione più in linea con le esigenze dei cittadini. Credo che occorra proseguire su questa strada cercando di premiare tutti quei percorsi che consentano oggettivi miglioramenti degli standard di qualità.

Il miglioramento del Servizio sanitario – ha ricordato Bonaccini - passa per una revisione dei Livelli essenziali di assistenza. Ricordo tra l'altro che a questo scopo è vincolata una parte non indifferente, 800 milioni, del fondo sanitario 2016. Quando parliamo di questo aspetto particolare del nostro welfare, dobbiamo considerare che domanda ed offerta di prestazioni sanitarie sono, fortunatamente, in continua evoluzione, c'è una dinamica importante che riguarda i traguardi della ricerca scientifica e il progresso degli accertamenti diagnostici e della strumentazione protesica. Temi accanto ai quali si pone la grande questione dell'appropriatezza e quindi quello di una collaborazione proattiva dei medici.

«Un settore particolare dell'innovazione – ha sottolineato Bonaccini in un altro passaggio del suo intervento - è quello che riguarda l'organizzazione del servizio sanitario. Sotto questo profilo stiamo puntando sulle centrali di committenza regionali per l'acquisto di beni e servizi, sui controlli di gestione e sugli standard ospedalieri. Esistono certo specificità territoriali, ma diventano sempre meno giustificabili e sempre meno accettabili dislivelli e variazioni nell'ambito di settori analoghi o coincidenti. Dobbiamo lavorare di più sulla esportazione delle buone pratiche, anche attraverso piani che vincolino a modelli che hanno già dimostrato di raggiungere obiettivi di razionalizzazione e miglioramento della spesa».

Quanto alla spesa farmaceutica «stiamo lavorando con il Governo, in un tavolo appositamente costituito a Palazzo Chigi e coordinato dal Sottosegretario De

Vincenti, sulle nuove regole che dovranno stare alla base della governance del sistema farmaceutico» e «le Regioni hanno elaborato le loro prime proposte e continueremo nei prossimi giorni il confronto con il Governo».

Il presidente della Conferenza delle Regioni ha poi toccato il tema di un rapporto più stretto fra politiche sanitarie e politiche sociali. «L'assetto delle politiche sociali e l'efficienza delle stesse hanno un'indubbia ricaduta sul contenimento della spesa sanitari» e «grazie alla loro 'azione combinata' è possibile, fra l'altro, rendere l'assistenza ospedaliera meno gravata da 'servizi collaterali' e dunque più efficiente». Il presidente ha quindi lanciato la proposta per una migliore organizzazione dei fondi destinati alle politiche sociali, «distinguendo poche grandi priorità nazionali su cui articolare gli interventi a livello regionale. Penso – ha detto Bonaccini - soprattutto alla non autosufficienza, alla disabilità, alla lotta alle dipendenze».

Infine è imprescindibile, ha concluso il presidente Bonaccini, «promuovere l'innovazione e sostenere l'occupazione sono obiettivi che devono poter contare su una valorizzazione della ricerca e dei ricercatori italiani, non solo per impedire la fuga dei cervelli, ma addirittura per invertire la rotta e rendere le nostre università e i nostri laboratori attrattivi anche per le intelligenze provenienti dall'estero. Qualche segnale importante in questa direzione arriva dall'ultima Legge di stabilità che proprio per la ricerca sanitaria prevede circa 200 milioni e che stabilisce un incremento di 47 milioni del finanziamento per le università statali che dovrà essere finalizzato proprio all'assunzione di ricercatori, così come è previsto un incremento di 8 milioni, con le stesse finalità, destinato al finanziamento di enti e istituti di ricerca».

# quotidianosanita.it

Mercoledì 18 MAGGIO 2016

## Bonaccini: "Basta lamentarsi per le risorse. Il fondo è aumentato e aumenterà ancora"

Il problema è semmai quello di attuare "scelte programmatiche condivise". "La sfida è quella di riuscire a coniugare termini come innovazione, occupazione e sviluppo della ricerca con l'universalità del Servizio sanitario nazionale".

L'intervento del presidente della Conferenza delle Regioni a ExpoSanità.

"Nei prossimi anni dovremo raccogliere una sfida importante per fare in modo che il valore costituzionale della tutela del diritto alla salute non resti un principio sulla carta. La sfida è quella di riuscire a coniugare termini come innovazione, occupazione e sviluppo della ricerca con l'universalità del Servizio sanitario nazionale in un quadro di risorse chiare e certe", lo ha detto il Presidente della conferenza delle Regioni, Stefano Bonaccini, intervenendo oggi a Bologna in occasione di Expo Sanità 2016.

Il presidente si è poi soffermato sulle prospettive della concertazione in un settore fondamentale come la sanità: "nella Conferenza delle Regioni abbiamo aperto una stagione nuova, sperimentando una concertazione diretta, sui grandi temi, con i ministri, cercando un confronto preventivo. Lo abbiamo fatto con il Ministro Costa, con la Ministra Madia, con il Ministro Poletti e con la Ministra Lorenzin. Proprio con la ministra della salute abbiamo affrontato alcuni temi centrali, partendo forse dalla madre di tutte le questioni, quella finanziaria".

E sui temi finanziari Bonaccini non ha usato mezzi termini: "non mi unisco al coro di coloro che rispetto alle difficoltà che vive la sanità, agli squilibri territoriali, alle carenze assistenziali, alla scarsa promozione della ricerca, alla non sufficiente valorizzazione delle eccellenze (che comunque fanno della sanità italiana una delle migliori del mondo) non trova altra strada che lamentarsi della ristrettezza delle risorse finanziarie disponibili".

"Anzi – ha sottolineato – sono convinto che esistano margini per ridurre gli sprechi" e comunque "la matematica non è un'opinione", la verità è che "il finanziamento del fondo sanitario del 2016 è stato fissato a 111 miliardi di euro con un aumento rispetto al 2015 di 1.300 milioni di euro. Non solo nella intesa siglata subito dopo la Legge di stabilità 2016 si prevede un quadro di crescita che dovrebbe portare il fondo sanitario 2017 a 113.063 milioni di euro e a 114.998 milioni per il 2018".

E "se riuscissimo a costruire con il Governo un quadro certo di risorse finanziarie per la sanità, ancorché non si tratti di un quadro ottimale, potremmo mettere mano a scelte condivise di programmazione che consentirebbero, fra l'altro, la possibilità di rilanciare gli investimenti proprio per l'innovazione, la ricerca e lo sviluppo in un settore, quello sanitario, che può diventare un volano importante per la nostra economia.

"Sottolineo però l'importanza di scelte programmatiche condivise – ha aggiunto Bonaccini – che travalichino i confini locali e, se necessario, la stessa dimensione regionale, per puntare su poli di eccellenza, partendo magari da esperienze già consolidate sul territorio e già significative a livello nazionale e internazionale".

"Quest'anno, per la prima volta, abbiamo raggiunto l'accordo sul riparto del fondo sanitario 2016 a febbraio e siglata l'intesa in Conferenza Stato-Regioni ad aprile. E' un'operazione di trasparenza ed

efficienza che permette sul territorio una programmazione più in linea con le esigenze dei cittadini. Credo che occorra proseguire su questa strada cercando di premiare tutti quei percorsi che consentano oggettivi miglioramenti degli standard di qualità".

"Il miglioramento del Servizio sanitario – ha detto poi Bonaccini - passa per una revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Ricordo tra l'altro che a questo scopo è vincolata una parte non indifferente, 800 milioni, del fondo sanitario 2016. Quando parliamo di questo aspetto particolare del nostro welfare, dobbiamo considerare che domanda ed offerta di prestazioni sanitarie sono, fortunatamente, in continua evoluzione, c'è una dinamica importante che riguarda i traguardi della ricerca scientifica e il progresso degli accertamenti diagnostici e della strumentazione protesica. Temi accanto ai quali si pone la grande questione dell'appropriatezza e quindi quello di una collaborazione proattiva dei medici".

"Un settore particolare della innovazione – ha sottolineato Bonaccini in un altro passaggio del suo intervento - è quello che riguarda l'organizzazione del servizio sanitario. Sotto questo profilo stiamo puntando sulle centrali di committenza regionali per l'acquisto di beni e servizi, sui controlli di gestione e sugli standard ospedalieri. Esistono certo specificità territoriali, ma diventano sempre meno giustificabili e sempre meno accettabili dislivelli e variazioni nell'ambito di settori analoghi o coincidenti. Dobbiamo lavorare di più sulla esportazione delle buone pratiche, anche attraverso piani che vincolino a modelli che hanno già dimostrato di raggiungere obiettivi di razionalizzazione e miglioramento della spesa".

Quanto alla spesa farmaceutica "stiamo lavorando con il Governo, in un tavolo appositamente costituito a Palazzo Chigi e coordinato dal Sottosegretario De Vincenti, sulle nuove regole che dovranno stare alla base della governance del sistema farmaceutico" e "le Regioni hanno elaborato le loro prime proposte e continueremo nei prossimi giorni il confronto con il Governo".

Il presidente della Conferenza delle Regioni ha poi toccato il tema di un rapporto più stretto fra politiche sanitarie e politiche sociali. "L'assetto delle politiche sociali e l'efficienza delle stesse hanno un'indubbia ricaduta sul contenimento della spesa sanitaria" e "grazie alla loro 'azione combinata' è possibile, fra l'altro, rendere l'assistenza ospedaliera meno gravata da 'servizi collaterali' e dunque più efficiente". Il presidente ha quindi lanciato la proposta per una migliore organizzazione dei fondi destinati alle politiche sociali, "distinguendo poche grandi priorità nazionali su cui articolare gli interventi a livello regionale. Penso – ha detto Bonaccini - soprattutto alla non autosufficienza, alla disabilità, alla lotta alle dipendenze".

Infine è imprescindibile, ha concluso il presidente Bonaccini, "promuovere l'innovazione e sostenere l'occupazione sono obiettivi che devono poter contare su una valorizzazione della ricerca e dei ricercatori italiani, non solo per impedire la fuga dei cervelli, ma addirittura per invertire la rotta e rendere le nostre università e i nostri laboratori attrattivi anche per le intelligenze provenienti dall'estero. Qualche segnale importante in questa direzione arriva dall'ultima Legge di stabilità che proprio per la ricerca sanitaria prevede circa 200 milioni e che stabilisce un incremento di 47 milioni del finanziamento per le università statali che dovrà essere finalizzato proprio all'assunzione di ricercatori, così come è previsto un incremento di 8 milioni, con le stesse finalità, destinato al finanziamento di enti e istituti di ricerca".



18-05-2016

Lettori  
137.040

<http://www.ansa.it>

## **Appello all'Europa, obesità sia riconosciuta malattia cronica**

*Entro 2030 colpirà 50% europei, il 21 maggio la Giornata Europea*

(ANSA) - ROMA, 18 MAG - Riduce l'aspettativa di vita di 10 anni, causa disagio sociale e fomenta atti di bullismo giovanile. Stiamo parlando dell'obesità che, secondo uno studio pubblicato sulla rivista The Lancet, è aumentata in maniera drammatica negli ultimi 40 anni nel mondo. Per queste ragioni, sotto la spinta della Società europea dell'obesità (EASO) e delle associazioni scientifiche nazionali, un gruppo di Parlamentari europei di tutti gli schieramenti politici, riunitosi in occasione della presentazione della Giornata europea dell'obesità, che si svolgerà il 21 maggio, ha promosso una "dichiarazione scritta" che invita Commissione europea e Consiglio d'Europa "ad agire in vista di un riconoscimento armonizzato, a livello europeo, dell'obesità come malattia cronica".

"Si stima che l'obesità colpirà, entro il 2030, il 50% dei cittadini europei e in molti Paesi, tra persone obese e sovrappeso, si raggiungerà il 90% della popolazione", ha detto Sbraccia. "Come parlamentare italiano, non posso non associarmi all'invito della comunità scientifica nazionale e internazionale, sollecitando i colleghi Italiani eletti a Strasburgo ad aderire all'iniziativa", ha detto Laura Bianconi, membro della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato. Sulla necessità che le Istituzioni europee e il Governo italiano prestino la massima attenzione al tema dell'obesità si è espresso, infine, anche Walter Ricciardi, Presidente Istituto superiore di sanità. "Per la prima volta nella storia di questo Paese - ha ricordato - il Rapporto Osservasalute riscontra come l'aspettativa di vita degli italiani sia diminuita rispetto al passato: per gli uomini è stata di 80,1 anni nel 2015 rispetto agli 80,3 dell'anno precedente; analogo trend per le donne, con 84,7 anni contro 85,0. La colpa sta nella scarsa propensione degli Italiani alla prevenzione e nella poca attenzione verso uno stile di vita adeguato a ridurre il rischio delle malattie" croniche non trasmissibili come obesità, diabete e disturbi cardiovascolari".

Fronte dei diritti

La violenza sulle donne lascia ferite nel Dna

Un progetto pilota in 36 ospedali: l'obiettivo è curare lesioni nel Dna provocate dalla violenza sulle donne. Arcovio, Filippi e Mondo a PAG. 13

# Caccia alle ferite lasciate sul Dna delle donne vittime di violenza

Progetto in 36 ospedali: l'obiettivo è curare le lesioni che finora erano invisibili

3 200

anni  
È la durata del progetto di ricerca: riguarda otto Regioni italiane

casi  
Sono quelli oggetto dello studio: 50 vittime di violenza sono già state convocate

**GUIDO FILIPPI**  
**ALESSANDRO MONDO**

Un progetto pilota, già avviato, che mobilita 36 ospedali di otto Regioni per una ricerca senza precedenti: verificare l'alterazione del patrimonio genetico delle donne vittime di violenza e curare ferite invisibili ma non per questo meno invalidanti. Significa molte cose: prelievi di sangue per scoprire il danno, comparati con quelle di donne che non hanno subito violenza, e terapie adeguate, centrate sulla persona, per sanare il sanabile.

È l'obiettivo di «Epi-Re-vamp», promosso dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss) e coordinato dall'ospedale Galliera di Genova con la partecipazione di presidi sanitari in Liguria, Piemonte, Lombardia, Lazio, Toscana, Abruzzo, Sicilia, Basilicata. Referente scientifico è il professor Paolo Cremonesi, primario del pronto soccorso del Galliera, l'ospedale che con la Città della Salute di Torino e la Man-

giagalli di Milano, ha già iniziato lo studio. Sempre a Torino si preparano a partire il Maria Vittoria e il San Giovanni Bosco. «Una sfida che vede alleate tutte le professionalità del mondo ospedaliero», spiega Valerio Fabio Al-

berti, direttore generale dell'Asl Torino 2. «Premessa indispensabile anche per definire servizi di assistenza univoci in tutte le Regioni», aggiunge Antonio Saitta, assessore alla Sanità del Piemonte. Prevista la costituzione di una «bio banca», con campioni di sangue di vittime di violenza per misurare l'effetto degli abusi a livello biologico.

L'assunto è che le conseguenze sulla salute della donna vittima di violenza, fisica e psicologica, rimangono nella psiche e possono influenzare la struttura del suo Dna compromettendone lo stato di salute: la violenza come «fattore ambientale estremo», ovviamente negativo, che analogamente ad altri va al di là delle conseguenze esteriori ed immediatamente percepibili. Stando ad alcuni dati, pubblicati sul notiziario dell'Iss e in particolare relativi alla violenza extra-partner, le donne vittime di violenza sono 2,3 volte più soggette ad avere disturbi legati all'abuso di alcol e 2,6 volte più soggette a sperimentare forme di depressione o di ansia. Un problema di salute pubblica globale, dalle ricadute in parte sconosciute. Da qui la rilevanza del progetto, basato su una tecnologia inno-

vativa. Come precisa il dottor Alessio Pitidis per l'ISS, «sarà utilizzata come strumento di screening per determinare nuovi biomarcatori in grado di individuare gli stadi precoci di insorgenza del disturbo post traumatico da stress».

È già stato identificato un campione di 1.500 donne: dopo una prima scrematura, lo scopo è studiare tra 100 e 200 casi. Già 50 le vittime convocate, con il consenso informato, sottoposte a prelievo del sangue per «fotografare» il Dna. E poi? «Individuare le alterazioni ci darà la possibilità di correggerle, evidenziando le potenzialità che un determinato trattamento psico-terapeutico può avere nel modificare alcune componenti molecolari del genoma», spiega la dottoressa Carla Emanuele, coordinatrice équipe antiviolenza dell'Asl Torino 2.



## LINK\_SOTT'ACQUA

### LO SCIABOLA

Incontrarlo immergendosi non sarebbe desiderabile: è un nastro d'argento con piccoli denti aguzzi lungo anche più di due metri che nuota ondeggiando. Popolarmente si chiama pesce fiamma o bandiera e, ufficialmente, sciabola. Vive in acque profonde, ma di notte si avvicina in banchi alle coste, dalla Campania alla Sicilia, dove pastura sul fondo. Un tempo considerato il più umile dei pesci azzurri, ha subito di recente un lifting clamoroso di gradimento. Da provare l'involtino di sciabola in zuppa fredda di olive nere di Rino Duca, al Grano di Pepe a Modena, interprete della cucina siciliana fuori dall'isola.



### L'ARINGA

Una festa per celebrare l'aringa può sembrare un po' eccessiva. Eppure, il 31 maggio, l'Olanda con il Netherlands herring festival solennizza l'inizio della stagione delle aringhe vergini (vale a dire che non hanno ancora deposto le uova) che si protrae fino a metà giugno. I morbidi filetti, messi in salamoia e surgelati in barili di rovere per 24 ore, si mangiano sulle bancarelle per strada, crudi, tenendoli per la coda. Più formale, l'assaggio alla Brasserie Bark (bark.nd). Più a nord, in Scandinavia, la stessa prelibatezza stagionale si cucina in almeno venti modi diversi.

Con burro e tartufo, in versione «susci»,

di Fiammetta Fadda

**F**rano gli anni Sessanta e lo Stato tentava di promuovere tra gli italiani il consumo del pesce «povero» che vantava pregi nutrizionali pari se non superiori a quelli di spigole, orate, dentici, ritenuti «nobili». Qualcuno disse: «Beh, perché non lo chiamiamo pesce azzurro? Suona bene». Da lì è cominciata l'ascesa di sardine, palamite, aringhe, alici, sgombri, aguglie, tutti col ventre argenteo e il dorso striato di verde e blu scuro.

Almeno tre le frecce all'arco del «pane del mare»: per l'Italia, che ha 7.500 chilometri di coste, è pesce a Km 0 abbondante e freschissimo; il costo al chilo si aggira sui 7 euro (per dire, invece, una spigola di lenza è sui 30); esiste, proprio per questo, un enorme patrimonio di ricette. Infine, i cuochi hanno affinato le tecniche di preparazione eliminando qualche

### L'ALICE/ACCIUGA

È il più piccolo dei pesci azzurri e quello con l'esistenza più breve. Forse per la vita stressante, dovuta agli attacchi di tonni e alalunghe di cui le alici sono il cibo prediletto. È allora che «fanno il pallone» salendo in superficie, come cantava De André in *Creuza de ma*. Comunque, ci sono acciughe e acciughe. L'eccellenza o meno dipende dal tipo di plancton di cui si cibano, dalle correnti, dalla temperatura e dalla concentrazione salina dell'acqua. Al vertice: quelle di

Monterosso, nelle Cinque Torri; e, nel Cilento, le alici di menaica, nome della speciale rete con cui vengono catturate che consente ai pesci più piccoli di scappare, ma trattiene i più grossi che, imprigionati nelle maglie, si dissanguano, risultando in un sapore soave. Sono ideali per pane burro e acciughe, un antipasto anni Settanta tornato di moda. Impareggiabile sfizio quello di Mauro Uliassi a Senigallia: crostino croccante di pane alle noci, burro demi-sel, alici appena marinate sotto sale, lamelle di tartufo nero.



# come un pesce



ripieno: tutto fuorché «povero».

grevità a favore dello sprint gustativo. Tra tante virtù, se lo si mangia crudo, un pericolo: l'anisakis, il parassita vermiforme che infesta le viscere del pesce azzurro e passa all'uomo. D'obbligo, se lo si prepara in casa, 96 ore di surgelazione ai meno 30 gradi del frigo a tre stelle.

Da non perdere: per i buongustai la Festa a Vico Equense, dal 29 al 31 maggio, dove un formidabile pool di cuochi sfodererà nuove e antiche ricette sul tema, coinvolgendo tutto il paese. Per gli eticamente corretti di pesci e dintorni, le tre puntate, in famose località vacanziera, del Sustainable Friends Festival ([friendsofthesea.org](http://friendsofthesea.org)): in Spagna a Sitges (8-12 giugno) e a Vigo (15-16 luglio), con gran finale a Santa Margherita Ligure dall'1 al 4 settembre.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LA SARDA

Sarde a beccafico: nome ironico, perché i beccafichi sono degli uccelletti, oggi specie protetta, che da giugno a settembre si nutrono di fichi e alla fine dell'estate sono gonfi grassi e gustosi come le sarde ripiene di questo iconico piatto siciliano. Due gli stili: in quello palermitano la farcia è contenuta in una sola sarda, in quello siracusano le sarde sono due, messe una sull'altra. Il ripieno è agro (limone)-dolce (uvette)-salato (acciughe salate). La presentazione è straordinariamente decorativa: spalmate di ripieno, le sarde sono arrotolate ad anello e messe in teglia in modo che la codina spunti verso l'alto. Perfette da Don Ciccio a Bagheria.



## L'AGUGLIA

Se il menu propone un piatto con «aguglia imperiale», non è in arrivo una preparazione con le più note piccole aguglie magari «imperiali» per qualità. Si tratta invece di un grande pesce azzurro, che arriva a pesare oltre 30 chili, spesso catturato alla traina, e presentato al trancio. Lo servono così, marinato a crudo con un'insalatina di frutta di stagione, ketchup di datterini e germogli alla Locanda Gulfi a Chiaramonte Gulfi, Ragusa. Le delicate aguglie nostrane hanno un trattamento di alto profilo da Don Alfonso a Sant'Agata dei Due Golfi, che le presenta lavorate a treccia.



## LA COLATURA DI ALICI

È il solo ingrediente italiano davvero «umami», vocabolo giapponese che definisce la sapidità intensa e avvolgente del «quinto sapore». È il liquido ambrato raccolto dalla pressatura sotto sale delle alici, maturato in botti per qualche mese e di nuovo filtrato. Quella preparata a Cetara, che ne è la zona di elezione, è presidio Slow Food. Si usa a gocce, per insaporire. Con prudenza, perché, benché erede diretta del garum romano, è ancora poco familiare ai più. Maestro dell'uso è Pasquale Torrente al Convento di Cetara, che quest'estate ha messo a punto il «Bloody Mary campano»: succo di Sanmarzano, limone, vodka italiana, colatura (invece del sale), basilico (invece del sedano).



## LO SGOMBRO

Tre le specie: il comune, il lanzardo, più piccolo, e il maccaello reale, lungo anche due metri, di scarso valore gustativo, arrivato nel Mediterraneo dal Mar Rosso e dall'Oceano Indiano. È un pesce grasso che diventa elegante, cotto sulla brace o preparato in scapecce moderne, cioè grigliato anziché fritto, messo in terrina a strati alternati da aglio a fettine e foglie di salvia e coperto da aceto bollente. Per trattarlo a crudo, ci vuole un virtuoso come Moreno Cedroni, che alla Madonnina del Pescatore, a Senigallia, lo serve in versione «susci» con burrata e seitan, e nel suo bistrot in spiaggia, sulla pizza.

IL RAPPORTO CENSIS

# Genitori sempre più vecchi Ed è boom di figli in provetta

Aumenta l'età delle coppie che si affidano alla procreazione assistita. Solo il 55% ha problemi di sterilità. E in molti pagano di tasca propria

PAOLO RUSSO  
ROMA

Mentre il governo studia un piano nascite il Censis certifica che dietro le culle vuote c'è anche e soprattutto l'illusione delle coppie di poter mettere al mondo un figlio anche quando il nostro orologio biologico ha detto stop. Per credere basta leggere i dati del rapporto sulla procreazione assistita, che mostra come a spingere uomini e donne verso l'opzione della provetta non sia tanto la sterilità quanto l'età anagrafica. Sempre più in aumento, tanto da toccare in media i 39,8 anni per gli uomini e i 36,7 per le donne.

Tanto per capire per i ginecologi una giovane di 29 anni è già etichettata come una «puerpera attempata» e anche gli uomini dopo i 35 non è che stiano messi tanto bene in fatto di fertilità. E allora ecco che quella della procreazione assistita diventa l'ultima spiaggia per chi è già sugli «anta». Tant'è che alla provetta si aggrappa solo il 55% delle coppie con reali problemi di sterilità. Come dire che quasi la metà vi ricorre perché l'età ha reso ovuli e seme non più in grado di generare.

Anche la via medicalmente assistita è però irta di ostaco-

li. Le coppie che vi ricorrono saranno pure mature, «over mind» ed economicamente solide, ma oltre il 40% lamenta gli eccessivi costi economici e la stessa percentuale si scontra con liste d'attesa troppo lunghe, mentre quasi il 44% denuncia una scarsa attenzione agli aspetti comunicativi e relazionali.

A fare la differenza è anche la geografia. Se in media il 35% ha pagato tutto di tasca propria, al Sud il 51% ha dovuto fare da sé e al Centro la percentuale di chi ha dovuto coprire per intero i costi sale addirittura al 67%. E non si tratta di conti proprio leggeri, visto che solo per un ciclo in media si sborsano 4 mila euro, anche se poi di tentativi quasi sempre ne servono parecchi.

L'indagine del Censis non lo dice, ma le cose diventano ancora più complicate quando si deve ricorrere all'eterologa, che nonostante la sentenza della Corte Costituzionale l'abbia fatta uscire dai confini dell'illegalità, resta sconosciuta in larga parte d'Italia, eccezion fatta per Toscana ed Emilia Romagna, dove il servizio pubblico in qualche modo provvede. Colpa degli ovuli impossibili da repe-

rare gratuitamente e dei quali la legge vieta espressamente la compravendita. Anche se i recenti fatti di cronaca lasciano pensare che quei divieti non siano ovunque rispettati.

Se la procreazione assistita diventa l'opzione di chi ha scelto di fare i figli tardi, il governo prova però a rimettere in linea il nostro orologio con quello biologico, pensando a misure a sostegno delle nascite. Perché se si fanno i figli sempre più in là negli anni è anche e soprattutto colpa dell'instabilità lavorativa e dei servizi che non ci sono. La titolare della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha già buttato sul tavolo la proposta di raddoppio del bonus-bebè: 160 euro per il primo, 240 per il secondo. Una roba da 2,2 miliardi in aggiunta ai 3,6 già stanziati per sei anni. Troppi per l'Economia, che pensa a misure più articolate, come maggiori sgravi per le rette degli asili nido e la possibilità di spalmare il congedo parentale di 6 mesi con una riduzione dell'orario di lavoro, per evitare che assenze troppo prolungate spingano le imprese a non assumere. Idee da mettere in pratica prima che il collasso demografico diventi irreversibile.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

**I numeri dell'indagine**

**39,8**  
Anni  
L'età media degli uomini che scelgono di optare per la procreazione assistita in Italia

**36,7**  
Anni  
L'età media delle donne che scelgono di optare per la procreazione assistita in Italia

**35**  
Per cento  
La percentuale di coppie che per la procreazione assistita ha pagato tutto di tasca propria, al Sud il dato sale al 51%

**4**  
mila  
La cifra in euro sborsata in media per un solo ciclo dalle coppie che optano per la procreazione assistita





## «Doni di gameti solo se gratuiti»

«**L**a donazione di gameti è volontaria e gratuita, come previsto dalla vigente normativa». È la risposta che il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha fornito al question time ieri alla Camera, in risposta a una domanda di Gianluigi Gigli e Mario Sberna (Ds-Cd) sul divieto di commercializzazione di gameti ai fini della fecondazione eterologa.

Il ministro ha sottolineato che in Italia «la donazione di organi, cellule e tessuti, e quindi anche di cellule riproduttive, è volontaria e gratuita, così come previsto dalla vigente normativa». Inoltre «le direttive europee su cellule e tessuti prevedono una responsabilità diretta in capo alle autorità competenti, individuate da ogni singolo Paese, per ciò che riguarda l'autorizzazione dei centri dei tessuti».

«Ogni due anni sono previste per legge regolari ispezioni per i centri di Pma del Centro nazionale trapianti (Cnt) insieme alle Regioni, dove vengono verificate la rispondenza dei centri ai requisiti di qualità e sicurezza richieste dalla normativa Ue. Per ogni importazione è prevista la segnalazione al Cnt e al registro delle donazioni dei gameti per la Pma di tipo eterologo, la cui istituzione – ha puntualizzato Lorenzin – ho fortemente voluto per garantire la tracciabilità». (En.Ne.)

MINISTRO LORENZIN



## Fecondazione

### Lorenzin: la donazione è volontaria e gratuita

■ «La donazione di organi, cellule e tessuti, e quindi anche di cellule riproduttive, è volontaria e gratuita». Lo ribadisce il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, in un question time alla Camera, durante il quale ha aggiunto che l'attività di import-export è «costantemente sotto il controllo delle autorità competenti che garantiscono, in tale modo, la completa tracciabilità della donazione delle cellule riproduttive».



<http://www.farmacista33.it/>

## Olio di palma raffinato, Efsa: contiene sostanze tossiche per i bambini e adolescenti

*La produzione di olio di palma è poco sostenibile ed espone la popolazione alle conseguenze di una dieta ricca di acidi grassi saturi poiché è presente in una gran varietà di prodotti. Ora, un'opinione Efsa invita a limitarne i consumi*



Una recente opinione di Efsa mette in guardia dal consumo di prodotti contaminati da esteri degli acidi grassi del glicidiolo (GE) e da 3-monocloropropandiolo (3-MCPD), 2-monocloropropandiolo (2-MCPD) e i loro esteri: sono sostanze tossiche per l'uomo, che si formano nell'ambito dei processi industriali di raffinazione degli oli vegetali, di produzione delle margarine e di alcuni alimenti prodotti ad alte temperature (200°C) (fra cui anche patate fritte e latte in polvere). Tali sostanze rappresentano un rischio per la salute pubblica, in particolare per i bambini al di sotto dei 3 anni, per i quali gli oli vegetali e i prodotti da forno sono la principale fonte di esposizione.

Primo imputato tuttavia è l'olio di palma raffinato che è, fra tutti gli oli, quello che contiene le maggiori concentrazioni di GE (anche 5 volte superiori ad altri oli vegetali come mais, arachide o girasole), nonostante la tecnologia di raffinazione, messa a punto negli ultimi 5 anni, ne abbia dimezzato i livelli, afferma la stessa Efsa.

La tossicità è stata valutata sulla base dei dati disponibili per il glicidolo, la

sostanza in cui i GE vengono convertiti dopo ingestione e che risulta essere cancerogena e genotossica. Nei casi di contaminanti non intenzionalmente presenti negli alimenti Efsa esegue una valutazione del rischio basandosi anche sui livelli di esposizione: le conclusioni del Panel preposto indicano un rischio potenziale per i consumatori più giovani con un'esposizione media e per tutti i gruppi ad alti livelli di assunzione.

Per quanto riguarda il 3-MPCD è stato quindi fissato un limite di assunzione (TDI) molto restrittivo pari a 0,8 microc/kg di peso corporeo al giorno, in base alle evidenze che provano danni su alcuni organi (reni) emerse da test su animali. Nessun limite invece è stato stabilito per il 2-MCPD poiché i dati a disposizione non sono ad oggi sufficienti. Sulla base dei dati di consumo in Europa, bambini e adolescenti fino a 18 anni assumono quantità di 3-MCPD (e 2-MCPD) superiori rispetto al TDI fissato; i rischi maggiori tuttavia sarebbero per i bambini che consumano esclusivamente formule per infanzia perché risultano essere molto più esposti. Il parere Efsa sarà il punto di partenza per eventuali decisioni in materia di sicurezza alimentare che l'Ue dovrebbe affrontare nell'immediato per ridurre i rischi, come ha anche auspicato il Ministro della salute, **Beatrice Lorenzin**, che ha chiesto vengano avviati al più presto i lavori dei gruppi tecnici della Commissione.

<http://www.adnkronos.com>

## Zika in Europa a fine primavera, rischio 'moderato' in Italia



Continua a colpire nel Sud America, ma potrebbe arrivare anche in Europa, complice il cambio di stagione e la globalizzazione. **Il virus Zika è atteso nel Vecchio Continente nella tarda primavera e in estate, ma il pericolo è giudicato "da basso a moderato"**. E' quanto emerge da una nuova valutazione dei rischi pubblicata oggi dall'**Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità**. Se il pericolo Zika in Europa "varia a seconda della regione, è più alto nei Paesi in cui le zanzare Aedes", vettori dell'infezione, "sono presenti", precisano gli esperti.

"I dati pubblicati oggi ci dicono che c'è un rischio di diffusione di malattie da Zika virus nella regione europea, e che questo rischio varia da Paese a Paese", spiega **Zsuzsanna Jakab**, direttore regionale Oms per l'Europa. "Con questa valutazione dei rischi vogliamo invitare a lavorare" in modo mirato "in ogni Paese europeo, in base al suo livello di pericolo. Facciamo appello in particolare ai Paesi a più alto rischio per rafforzare le loro capacità nazionali e dare priorità alle attività che impediscono una grande epidemia Zika". **E in Italia? Nel rapporto si ricorda che non è presente la A. aegypti ma c'è la zanzara 'cugina', A. albopictus (la cosiddetta 'tigre' diffusa in 20 Paesi della regione europea), dunque il rischio di trasmissione locale è moderato.**

L'analisi ha valutato il rischio di un'epidemia negli Stati europei e nel Lichtenstein, in base alla **combinazione di due fattori: la probabilità di diffusione del virus Zika, ma anche le capacità di prevenire o contenere una trasmissione locale rapidamente**. Ebbene, la probabilità di trasmissione locale di Zika, "se non vengono prese misure per mitigare la minaccia, è moderata in 18 Paesi della regione europea", mentre è **elevata in alcune aree geografiche limitate: l'isola di Madeira e la costa nord-orientale del Mar Nero**. Questo significa che le zone in cui è presente la zanzara *Aedes aegypti*, primario vettore Zika, hanno "un'alta probabilità di trasmissione locale del virus"; **18 Paesi (33%) hanno un rischio moderato, a causa della presenza di *Aedes albopictus***, vettore secondario di Zika. Infine 36 Paesi (66%) hanno un rischio basso, molto basso o assente, a causa della mancanza di zanzare *Aedes* o delle condizioni climatiche adatte per il loro sviluppo.

I risultati di un questionario sulla risposta a livello nazionale alla minaccia di Zika indicano poi che **41 Paesi (79%) hanno una capacità "buona e molto buona", anche se questa variava notevolmente da Paese a Paese. Combinando probabilità di trasmissione locale e capacità di risposta, i ricercatori hanno stimato il rischio di un'epidemia di virus Zika**. I risultati mostrano che **"in tutta la Regione europea dell'Oms il rischio è da basso a moderato durante la tarda primavera e l'estate"**. Ecco dunque che le raccomandazioni per gli Stati europei variano: per quelli con alta e moderata probabilità di trasmissione locale del virus Zika, l'Oms raccomanda un rafforzamento delle attività di controllo del vettore, per impedire l'introduzione e la diffusione di zanzare (in particolare nelle aree con *A. aegypti*). Occorre anche dotare gli operatori sanitari di sistemi per rilevare in modo precoce la trasmissione locale del virus Zika e segnalare il primo caso di trasmissione locale, così come le complicazioni da infezioni, entro 24 ore dalla diagnosi.

E ancora: assicurare le competenze e le capacità di eseguire i test e attivare protocolli per spedire campioni di sangue all'estero; incoraggiare a intervenire sui siti di riproduzione delle zanzare; consentire alle persone a rischio, in particolare alle donne in gravidanza, **di proteggersi dalle infezioni, anche attraverso la trasmissione sessuale**; infine mitigare gli effetti del virus Zika e delle sue complicanze. Tutti gli altri Paesi "dovrebbero concentrarsi su l'adozione di strategie di controllo del vettore in base alla probabilità di trasmissione locale del virus Zika, rilevando casi importati in modo precoce e fornendo consigli per la salute pubblica dei viaggiatori da e verso i Paesi colpiti, anche per quanto riguarda la trasmissione sessuale".

"Siamo pronti a sostenere i Paesi europei in caso di epidemie di virus Zika", dice **Nedret Emiroglu**, direttore della Divisione malattie trasmissibili e sicurezza della salute dell'Oms Europa. "Il nostro sostegno è assicurato ai Paesi della regione impegnati a prepararsi e rispondere ai rischi per la salute, come Zika. Si tratta di un aspetto fondamentale della riforma del lavoro dell'Oms in caso di emergenza". L'Oms convocherà una consultazione regionale in Portogallo il 22-24 giugno per esaminare queste conclusioni e identificare i bisogni, i punti di forza e le lacune dei vari Paesi in materia di prevenzione e risposta alle malattie da virus Zika.