

Malati & Malattie

L'acido folico e i folati sono raccomandati durante la gravidanza

di **Gloria Sacconi Jotti**

Il Network Italiano Promozione Acido Folico, istituito nel 2004 e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha elaborato una Raccomandazione che ha diffuso ed è tuttora impegnato a diffondere sul territorio nazionale: «Si raccomanda che le donne che programmano una gravidanza, o che non ne escludono attivamente la possibilità, assumano regolarmente almeno 0,4 mg al giorno di acido folico per ridurre il rischio di difetti congeniti. È fondamentale che l'assunzione inizi almeno un mese prima del concepimento e continui per tutto il primo trimestre di gravidanza». Inoltre, sono raccomandati 4-5 mg di acido folico al giorno per le donne che presentano fattori di rischio per i difetti del tubo neurale e familiarità o precedente gravidanza esitata con difetti del tubo neurale, anamnesi familiare positiva per malformazioni, diabete insulino-dipendente, obesità o epilessia. Acido folico e folati sono vitamine del gruppo B, anche noti con il nome di vitamina B9. La parola deriva dal latino folium, foglia. Fu l'americano Mitchell, negli anni '40, il primo ad impiegare il termine di acido folico per indicare sostanze estratte da foglie di spinaci e rivelatesi efficaci contro alcuni tipi di anemia. È importante distinguere tra acido folico e folati. Questi ultimi sono composti naturalmente presenti negli alimenti, mentre il termine acido folico è riferito alla molecola di sintesi chimica presente nei supplementi vitaminici e negli alimenti arricchiti con queste vitamine. I folati devono essere necessariamente introdotti attraverso l'alimentazione, in quanto il nostro organismo li produce solo in quantità molto limitate. «Acido folico e folati - spiega il direttore del Centro nazionale malattie rare (CNMR), Domenica Taruscio - sono vitamine essenziali per le cellule che nel nostro organismo vanno incontro a processi di differenziazione e rapida proliferazione, come le cellule del sangue e le cellule embrionali. Una carenza di queste vitamine può determinare forme di anemia e, in caso di gravidanza, aumentare il rischio che il feto sviluppi gravi malformazioni congenite. Di qui l'intensa attività del nostro Istituto per diffondere il messaggio».



BUONE NOTIZIE PER LE PENTITE DEL CESAREO

Finalmente anche in Italia ci sono ospedali in cui chi ha avuto un primo figlio con il bisturi può partorire naturalmente

di MARINA PICCONE scrivi a dminforma@mondadori.it

«Cesareo chiama cesareo»: è stata sempre la regola aurea in Italia, dove il numero dei parti con il bisturi è il più alto d'Europa (1 su 3) e uno dei più alti al mondo. Ma ora sono sempre di più le donne che chiedono il parto naturale, anche dopo aver subito in passato il taglio chirurgico. **Il Cristo Re di Roma è uno dei primi ospedali ad aver adottato un protocollo ufficiale per il Vbac (Vaginal Birth After Cesarean), il parto vaginale dopo un cesareo, detto anche travaglio di prova.**

«Negli ultimi 5 anni abbiamo visto raddoppiare il numero delle richieste, che sono passate da 40 a 80 l'anno» dice Carlo Piscicelli, primario di ostetricia e ginecologia del Cristo Re. «Da noi l'82 per cento delle future mamme che ha alle spalle un cesareo riesce a partorire senza problemi per via naturale: la complicazione più temuta del Vbac, la rottura dell'utero infatti, in realtà è un'eventualità rara. Anche quando non tutto va per il verso giusto, può succedere al massimo che si crei un assottigliamento della cicatrice uterina, che ha come unica conseguenza il ricorso al cesareo».

Come funziona Il Vbac non è diverso dal parto di una donna che non ha mai subito un cesareo. È necessaria solo un'attenzione maggiore durante il travaglio per evitare il rischio, se pur raro, di rottura dell'utero. **La precauzione fondamentale, quando c'è una dilatazione avanzata (oltre i 4, 5 cm), è quella di tenere la donna collegata al monitor cardiocografico.**

Questo per sorvegliare le condizioni del bambino e l'andamento delle contrazioni. Vengono consentite solo brevi interruzioni (10-15 minuti). Si decide di ricorrere al cesareo solo quando:

- c'è un arresto della discesa del piccolo nel canale del parto;
- la dilatazione si ferma per oltre due ore;
- si verifica un sanguinamento vaginale significativo;
- tra le contrazioni compare un dolore acuto e insolito;
- si accerta una sofferenza fetale.



La cantante Cristina Aguilera dopo aver avuto il suo primo figlio Max (nella foto) con il cesareo ha scelto di far nascere il secondo con il parto naturale.

Chi può farlo e chi no Secondo le linee guida dell'Istituto superiore di sanità, la possibilità del travaglio di prova dev'essere offerta a tutte le donne, a meno che non ci siano state rotture d'utero o tagli verticali nei parti precedenti. Oppure si siano avuti tre o più cesarei (al Cristo Re non più di uno). **Ci sono poi alcune condizioni che possono ridurre le probabilità di successo del Vbca, come una gravidanza che si protrae oltre le 40 settimane e un peso stimato del bambino superiore ai 4 chili.** «Ma la valutazione viene fatta caso per caso, a seconda delle condizioni generali della donna e dello stato di salute del piccolo» precisa il dottor Piscicelli.

Una guida alla struttura giusta

In Italia il Vbac è possibile solo in poche strutture sanitarie, con forti differenze regionali: più facile al Nord (Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna), meno al Sud. L'indicazione generale è quella di rivolgersi ai reparti maternità dove il numero di nascite è più alto e a quelle che hanno un approccio favorevole al parto vaginale. Per saperne di più sugli ospedali dove è più probabile fare il Vbac clicca su: **www.nascita-nondisturbare.com**, è il sito di una mamma, ostetrica e autrice del libro *Dopo un cesareo* (Bonomi); **www.vbac.it** è il primo sito italiano dedicato al Vbac. Nato da un gruppo di mamme e ostetriche, offre aiuto e informazioni alle donne che vogliono tentare il travaglio di prova.

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

Allattare al seno fa bene al bambino e allo Stato

I pediatri di 5 società scientifiche stilano un documento di promozione rivolto a famiglie e operatori. Il piccolo non nutrito al seno ha bisogno di più cure e sale il peso economico



Allattare al seno è utile non solo per la salute del bambino e delle mamme ma anche per le casse dello Stato con una riduzione dei costi sanitari. Lo sostengono i pediatri di 5 società scientifiche che in un documento di promozione sui benefici rivolto alle famiglie e agli operatori.

Oltre il 90% delle donne italiane allatta al seno il neonato nei primi giorni di vita, anche se in maniera non esclusiva. È ormai certo che il latte materno è indispensabile per la crescita sana di un bambino. Sono questi alcuni dei dati che emergono dal nuovo Position Statement sull'Allattamento al seno e uso del latte materno/umano, per la prima volta sottoscritto dalle Società Scientifiche Pediatriche Italiane Sip, Sin, Sigenp, Sicupp e Simp.

IL BIMBO NON ALLATTATO AVRÀ BISOGNO DI CURE IN PIÙ

L'iniziativa per la realizzazione del documento è partita dal TAS del Ministero della Salute e nasce dalla necessità di tracciare una linea d'azione comune agli operatori del settore, ma di riferimento anche alle famiglie, per una maggiore consapevolezza dei benefici dell'allattamento materno. Dal documento si evidenzia anche un risparmio in termini economici dati dall'allattamento al seno sia alle famiglie che al sistema sanitario: infatti per ogni singolo bambino non allattato al seno si stima un incremento annuale per cure ambulatoriali ed ospedaliere di circa 140 euro.

NEGLI USA SI RISPARMIEREBBERO 10 MILIARDI DI DOLLARI

Negli Stati Uniti si stima che se l'80 % della popolazione riuscisse ad allattare in maniera esclusiva per 6 mesi verrebbero non solo prevenute 741 morti (per morte in culla o Sids, enterocolite necrotizzante del pretermine o Nec e per le basse infezioni respiratorie), ma anche risparmiati 10.5 miliardi di dollari per le cure. Anche per il Servizio Sanitario inglese (NHS) la promozione dell'allattamento al seno porta ad una stima di risparmio economico sostanziale. «Il Documento nasce dalla necessità di tracciare una linea d'azione comune agli operatori del settore ma di riferimento anche alle famiglie» afferma Riccardo Davanzo, Neonatologo, e Presidente del Tavolo Tecnico Allattamento (Tas), Ministero della Salute.

PROMUOVERE L'ALLATTAMENTO

«Bisogna promuovere l'allattamento materno prolungato ed esclusivo nel primo semestre di vita. Fa parte di un percorso nutrizionale che deve proseguire con un divezzamento equilibrato e bilanciato nelle varie componenti e poi nelle età successive. Servono percorsi sociali di sostegno alle donne che allattano, che non creino ostacoli alla sua prosecuzione anche quando le donne riprendono il lavoro», spiega il Presidente SIP Giovanni Corsello

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

E se fosse lui a prendere la pillola anticoncezionale?

Due farmaci già in commercio sono in grado di rendere lo sperma incapace di fecondare l'ovulo. Ma è ancora presto per cantare vittoria



Forse non è lontano il giorno in cui la contraccezione entrerà in una nuova era, quella in cui non solo la donna ma anche l'uomo provvederà a prevenire il rischio di gravidanze indesiderate.

Uno studio pubblicato su *Science* e condotto su topi di laboratorio ha infatti dimostrato che due farmaci già in commercio sono capaci di agire su una proteina presente nello sperma e fondamentale per garantire la sua capacità di fecondare l'ovulo.

I medicinali sono la ciclosporina A e tacrolimus, farmaci usati nei trapianti d'organo per ridurre l'attività del sistema immunitario e quindi il rischio di

rigetto. Effetti troppo importanti perché possano essere proprio loro i candidati a divenire il principio attivo del “pillolo”. Ma rappresentano comunque un modello a cui ispirarsi perché riescono a conseguire l’obiettivo che per ora è una chimera: sospendere temporaneamente la capacità maschile di fecondare la donna. Negli esperimenti, i ricercatori giapponesi che hanno condotto lo studio si sono concentrati su una proteina, la calcineurina, sospettata da tempo di svolgere un ruolo nella fertilità maschile. Così i ricercatori hanno prima usato un metodo drastico: hanno spento due geni ritenuti responsabili della codifica di questa proteina. È venuto fuori che, come conseguenza di questo intervento, lo sperma diventava meno fluido e incapace di fecondare gli ovuli.

Avuta la conferma del ruolo di questa proteina, si sono quindi concentrati sulla ricerca di farmaci che potessero inibirla. La ciclosporina A e tacrolimus sono in grado di farlo, così li hanno somministrati ai topi.

Dopo quattro o cinque giorni gli animali diventavano sterili, ma al momento della sospensione del trattamento la fertilità veniva restituita.

Risultato dunque raggiunto. Ora parte la ricerca di un nuovo composto che abbia la capacità di inibire la calcineurina e che abbia effetti collaterali trascurabili.

Impresa non semplice. Ma possibile.

così potrò diventare mamma dopo il tumore al seno

Elisabetta Fabi,
36 anni, romana, cura
i progetti e gli eventi
dell'associazione
IncontraDonna onlus.
Qui è nella sua
casa con il cane Mela.

Elisabetta Fabi aveva 32 anni quando ha scoperto un cancro alla mammella.

«Volevo vincere la malattia, ma sapevo che la chemio compromette la fertilità» dice. «Perciò, prima di curarmi, mi sono sottoposta a una nuova terapia per salvaguardare la possibilità di avere figli»

di MONICA PICCINI scrivile a attualita@mondadori.it

«Ero sdraiata sul divano con il mio futuro marito, Bruno. Ho alzato il braccio e all'improvviso ho sentito un bozzetto sotto al seno. Il giorno dopo sono corsa a fare un controllo: era la fine del 2011, è stato anche l'inizio del mio incontro con il cancro. Avevo solo 32 anni». Per Elisabetta Fabi, romana, laureata in Lettere con specializzazione in Archivistica, la diagnosi di tumore al seno arriva, però, con molto ritardo. «*Ho perso tempo rivolgendomi al centro diagnostico sbagliato. Dopo varie ecografie e una mammografia continuavano a ripetermi: "Non c'è nulla, non si preoccupi". Ma non ero tranquilla*» racconta. Elisabetta si rivolge all'Unità di senologia dell'ospedale Sant'Andrea di Roma. «Sono stata presa in carico dall'équipe

medica della dottoressa Adriana Bonifacino, a cui devo letteralmente la vita. Non mi stancherò mai di ripeterlo: se sentite una pallina o un nodulo sospetto rivolgetevi a un senologo esperto abituato a visitare tantissimi pazienti, come accade in un grande ospedale pubblico». Il percorso che prospettano a Elisabetta non è dei più semplici: asportazione della mammella, chemioterapia e menopausa indotta per mettere a riposo le ovaie. «Ero incredula e piena di rabbia» racconta. «Mi ero appena sposata con Bruno, un figlio non era subito nei nostri programmi, ma sapere che la chemioterapia avrebbe potuto compromettere la possibilità di avere figli è stato un ulteriore macigno».

IN OSPEDALE MI HANNO PROPOSTO DI CONGELARE IL TESSUTO OVARICO: HO DETTO SUBITO SÌ

Cosa accade alla fertilità delle giovani pazienti oncologiche dipende dal tipo di cura, più o meno aggressiva, che può distruggere o ridurre la riserva di ovociti: in Italia si stima che il problema coinvolga tra le 15.000 e le 26.000 donne l'anno. «In quel momento la mia priorità era la guarigione, ma i medici mi hanno suggerito di sottopormi, dopo l'asportazione del seno e prima della chemio, a un intervento sperimentale per salvaguardare la fertilità: la crioconservazione del tessuto ovarico» spiega Elisabetta. «Avevo i requisiti giusti - età inferiore ai 36 anni e test infettivologici negativi - per ricorrere gratuitamente all'operazione. In un'ora di anestesia totale, con una biopsia in laparoscopia e quattro buchini nel pube, mi hanno prelevato dei frammenti di ovaie per congelarli e reimpiantarli una volta finite le cure, se ci saranno le condizioni giuste. Non è detto che funzioni, ma è una carta in più che ci si può giocare per non dover dire addio al desiderio di un figlio e per allontanare gli effetti della menopausa indotta. Purtroppo non tutti i medici sono informati e avvisano le ragazze di questa possibilità: invece bisogna parlarne il più possibile e fare passaparola». L'intervento di Elisabetta è stato eseguito all'ospedale Sant'Orsola di Bologna dal team della dottoressa Raffaella Fabbri, che sperimenta il metodo dal 2010 e che fa circa 70-80 prelievi all'anno, ma ci sono strutture analoghe a Torino e Palermo. La tecnica ha successo nel 25% dei casi: secondo un'indagine americana sarebbero 60 i bambini nati fino a oggi nel mondo con questo metodo. Lo scopo è aiutare le pazienti con tumori ormono-dipendenti a far ripartire naturalmente il ciclo riproduttivo: alcune donne, infatti, tornano a essere fertili da sole dopo la chemio o dopo i 5 anni di menopausa indotta dai farmaci come da protocollo, altre purtroppo restano sterili e non possono più vivere la maternità.

MIO MARITO NON MI HA LASCIATA MAI SOLA

Racconta Elisabetta: «Una settimana prima di andare a Bologna, nel luglio 2013, ho subito un intervento demolitivo alla mammella. È cominciata una fase tosta in cui mi guardavo allo specchio senza capelli, grigia in volto, con i brufoli, senza un

seno... Mio marito Bruno non mi ha lasciata un attimo, mi ha sempre ripetuto che mi vedeva bella e abbiamo trovato un nostro modo di amarci e desiderarci lo stesso». Elisabetta ha reagito al tumore con coraggio, creandosi una rete di sostegno: «Mi sono fatta seguire, oltre che dall'Unità di senologia del Sant'Andrea, da una nutrizionista e da una ginecologa per alleviare i sintomi della menopausa: purtroppo non avere il ciclo vuol dire sopportare ripercussioni a livello fisico, dalle vampate al principio di osteoporosi. Ho continuato anche a fare sport per recuperare l'uso del braccio dopo che mi hanno rimosso i linfonodi». I momenti di sconforto, naturalmente, non sono mancati: «La malattia è democratica, ci fa sentire tutte uguali. Ci sono state giornate "no", per esempio quando le difese immunitarie si abbassavano e dovevo rimandare le sedute di chemio, spostando sempre più in là la fine delle cure. Allora chiamavo le mie amiche: "Sto male, mi vedo brutta, non voglio stare da sola, datemi una mano". E loro correvano da me. Il cancro ti costringe a convivere con l'ansia e il panico e ho imparato a sfogarmi con lo sport: crossfit leggero e hip hop». Per Elisabetta è presto per fare il trapianto di tessuto ovarico: «Ma sono contenta di aver avuto questa possibilità perché mi ha dato una grande sicurezza psicologica. Il dubbio, quando scopri di avere un tumore, è che per te non ci sia un futuro. Se il tuo medico ti consiglia un percorso simile vuol dire, invece, che per te è previsto un "dopo"».

L'Istituto di Sanità ha lanciato l'allarme sulla diminuzione sotto il 95% delle coperture obbligatorie, ma sono quasi duecento i siti che continuano a fare propaganda contro la profilassi. I pediatri: «Abbiamo registrato le prime morti di bambini a causa della pertosse, l'infezione è in crescita». In una ricerca quattro identikit di chi rifiuta la prevenzione. Numero verde del Ministero

Il no ai vaccini corre sul web

**A RIFIUTARSI
DI PROTEGGERE I FIGLI
GIOVANI GENITORI
CHE TROVANO ON LINE
NOTIZIE NON PROVATE
DI EFFETTI COLLATERALI**

IL CASO

Se apriamo cento siti dedicati alle vaccinazioni dei bambini scopriamo che oltre 90 sono gestiti da chi è contrario. Il linguaggio è facile, il testo scorre senza frasi in "medichese", la capacità di persuasione è notevole e far leva sulla diffidenza verso le aziende non trova ostacoli. Da qui, anche da qui, il calo delle vaccinazioni obbligatorie in Italia al di sotto del 95% della copertura. Come dimostrano gli ultimi dati del [ministero della Salute](#) e dell'Istituto superiore.

Un allarme che, in pochi giorni, si è trasformato in emergenza: per il 12 ottobre è convocata la commissione Salute delle Regioni per approvare il nuovo piano nazionale vaccini, è stato attivato il numero verde del ministero (800 56 18 56 attivo il lunedì dalle 10 alle 18, con esperti in grado di rispondere a ogni dubbio), le farmacie aderenti a Federfarma si sono dette disponibili a fare prevenzione. Tocca fare presto, ripetono gli esperti. O si rischia il ritorno di malattie dimenticate come la difterite (alcuni casi in Spagna), il morbillo (lo scorso anno per complicanze è

morta una bimba a Roma), e la pertosse. Denuncia la Società italiana di pediatria: «Stiamo assistendo al ritorno di malattie che credevamo debellate - ricorda il presidente della Società Giovanni Corsello - Un esempio tra tutti è la morte di bambini per pertosse, infezione che sta avendo una recrudescenza durante i primi mesi di vita, proprio per la diminuzione della copertura vaccinale».

LA SFIDUCIA

Il calo di fiducia nelle vaccinazioni (leggere [www.altrainformazione.it](#) come [www.vaccinareinformati.org](#)) ha, di fatto, surclassato le informazioni dei medici. È una rete che supera i nostri confini che, secondo la Federazione dei pediatri «tende a fare proseliti, mentre tutti quelli che considerano le vaccinazioni per quello che sono, ovvero la più potente arma di prevenzione contro le infezioni, non usano il web per informare». Parliamo di una galassia che, in Europa, ha creato movimenti anti-vaccini organizzati. Forti, in alcuni casi, di un atteggiamento negazionista legato anche a minoranze religiose o particolari filosofie di vita.

Le mamme e i papà giovani di oggi sono cresciuti abbeverandosi alle informazioni on line, non stupisce che, navigando ci si possa imbattere in quasi duecento siti che si battono per la libertà di scelta. Anche per le vaccinazioni obbligatorie (antidifterica, anti-tetanica, antipolio, antiepatite B alle quali nell'esavalente si ag-

giunge haemophilus b e pertosse) dal momento che in molte Regioni è accettato il "dissenso informato".

MALE INFORMATI

Una liberatoria firmata dai genitori che, dopo aver spiegato le loro ragioni ai medici della Asl, scelgono di dire no. Per paura degli effetti collaterali, per scarsa fiducia nei confronti della copertura, certi che i danni della profilassi potrebbero essere maggiori di quelli della malattia dalla quale dovrebbero proteggere.

Chi dice no? Disinteressati, pigri, male informati e calcolatori: ecco i quattro identikit di chi rifiuta le vaccinazioni. A disegnare i profili è una ricerca firmata dalle università tedesche di Erfurt e Aquisgrana in collaborazione con quella americana Rutgers basata sull'analisi dei fattori che influenzano le decisioni. Il lavoro è stato pubblicato su "Policy insights from the behavioral and brain sciences".

I "disinteressati" non mostrano sensibilità verso la profilassi. Per sensibilizzarli gli esperti raccomandano campagne tese a indurre maggiore consapevolezza. I "pigri" sono definiti come coloro cui manca la forza di volontà e «si lasciano scoraggiare dalle difficoltà legate a spostamenti e costi», i "male informati" hanno una conoscenza non corretta che distorce il rischio mentre i "calcolatori" appartengono al gruppo che soppesa pro e contro e pendono per il no se le informazioni sono contraddittorie.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Bambini, vaccinazioni in picchiata

«Tornano morbillo e pertosse»

Allarme dei medici: «Siamo al limite della soglia di sicurezza»

Alessandro Malpelo

ROMA

SEMBRAVANO ricordi relegati al passato. E invece le malattie infettive, come la rosolia o la varicella, tornano prepotentemente alla ribalta, proprio quando parevano debellate. A lanciare l'allarme sono gli specialisti di igiene e microbiologia, alla luce dei dati sul calo delle vaccinazioni pubblicati dal Ministero della Salute. Parliamo delle epidemie dimenticate come la difterite, che è riapparsa più aggressiva in Spagna, o delle ondate di morbillo, che ha causato ricoveri (e talvolta decessi) nei nostri ospedali per severe complicanze. «Con il calo delle vaccinazioni che osserviamo – spiega Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità – siamo al limite della soglia di sicurezza, ed è necessario varare con urgenza il nuovo piano nazionale di prevenzione riunendo attorno al tavolo l'Aifa e le regioni».

Scende sotto il 95% la copertura

PREVENZIONE

Il ministro Lorenzin
«Combattere i pregiudizi,
tutelare i più deboli»

contro poliomielite, tetano, difterite ed epatite B. Va peggio per le vaccinazioni raccomandate contro morbillo, parotite e rosolia: calate del 4% nel giro di 12 mesi. Viene meno quella che è definita immunità di gregge, cresce cioè la probabilità che i bambini non vaccinati vengano contagiati.

IL FENOMENO, sottolinea il presidente della Società Italiana di Pediatria, è già in atto: «Assistiamo al ritorno di malattie che sembravano sconfitte – sottolinea il presidente dei pediatri italiani, Giovanni Corsello – basti vedere quanto accade con la pertosse, è in atto

una recrudescenza che colpisce i bambini in tenera età, legata al ca-

lo della copertura vaccinale».

Ma come si esce da questa fase di stallo, alimentata da paure irrazionali? «Dobbiamo suscitare maggiore consapevolezza, spiegare che i rischi maggiori sono legati proprio a chi non si vaccina – sostiene Sergio Pecorelli, presidente dell'Aifa, Agenzia italiana per il Farmaco –, ricordando che i vaccini salvano due milioni e mezzo di vite umane l'anno, al ritmo di 5 al minuto, e ancora oggi una malattia come il morbillo può risultare mortale».

Occorre fare leva sui genitori, si

dice. Le famiglie, in una percentuale non trascurabile di casi, manifestano paure immotivate e ritrosie. Ma occorre anche rimettere ordine nel calendario delle vaccinazioni, che spesso varia incomprensibilmente da una regione all'altra.

«IL DIRITTO a vaccinarsi deve poter essere riconosciuto a tutti – rincara il ministro Beatrice Lorenzin –, ma occorre contrastare certi fenomeni di controcultura, anche per tutelare i più deboli e sfortunati, quelli che non possono essere immunizzati in quanto presentano controindicazioni».

I dati indicano un tasso di vacci-

nazioni al di sotto degli obiettivi minimi previsti. C'è il ritorno della pertosse e del morbillo. Oltre alla ricomparsa, in Europa, di alcune malattie che erano state debellate ormai da molti anni, come la poliomielite. Meriterebbe attenzione anche il vaccino contro la meningite da meningococco, una piaga tristemente nota in pediatria che ora si può scongiurare. Ma la paura irrazionale dei vaccini ha fatto breccia anche tra gli adulti. Prova ne siano le migliaia di morti per complicanze legate al virus dell'influenza, l'anno scorso, dovute al flop della campagna vaccinale. Si impone una inversione di tendenza.



Pericolo di contagio

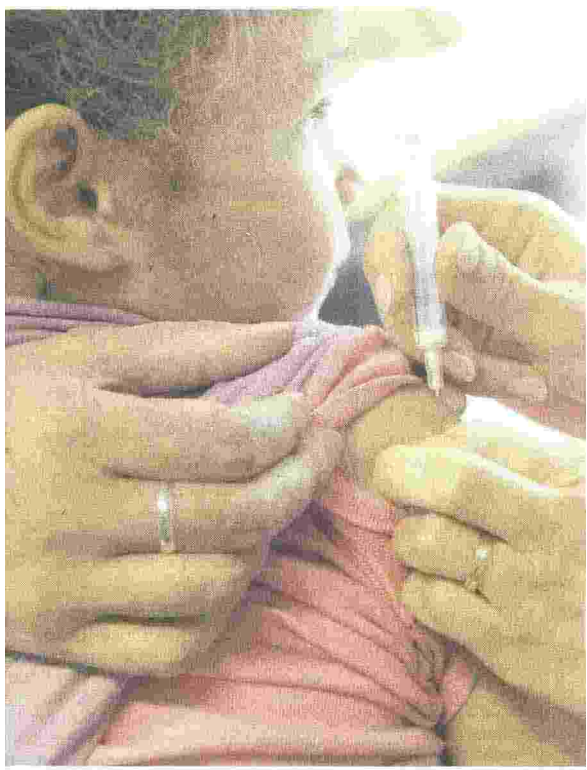
I dati dell'Istituto Superiore di Sanità indicano un tasso di vaccinazioni sotto gli obiettivi minimi previsti. Sono sotto il 95% le vaccinazioni per poliomielite, tetano, difterite ed epatite B. Sotto l'86% le vaccinazioni contro il morbillo, diminuite di oltre 4 punti percentuali in dodici mesi. Ad esempio il morbillo è una malattia a elevata contagiosità che può causare panencefaliti e complicanze polmonari. La pertosse può provocare crisi di soffocamento nei lattanti

Indici di diffusione

In Italia le malattie per le quali sono state condotte vaccinazioni di massa sono state pressoché debellate (difterite, poliomielite) o ridotte a un'incidenza più bassa (tetano, epatite B, meningite da Haemophilus influenzae tipo B). Per altre malattie, tipiche dell'età pediatrica, si era pervenuti a una diminuzione dell'incidenza grazie all'aumento delle coperture vaccinali (pertosse, morbillo, rosolia, parotite) ma ora questi indici stanno tornando a salire

Regioni scoperte

Le vaccinazioni obbligatorie, insieme alla vaccinazione antiinfluenzale per soggetti considerati a rischio, sono incluse nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e offerte gratuitamente in tutto il Paese anche se i livelli di copertura assicurati nelle diverse realtà geografiche non sono omogenei e non tutti gli obiettivi di controllo delle malattie prevenibili sono stati raggiunti, cioè ci sono differenze significative tra una regione e l'altra



✓ Obbligatorie

In Italia sono obbligatorie, per tutti i nuovi nati, le seguenti vaccinazioni: antidifterica, antitetanica, antipolio, antiepatite virale B. L'antidifterica e l'antitetanica si somministrano insieme attraverso il vecchio vaccino combinato (DT) oppure col vaccino trivalente

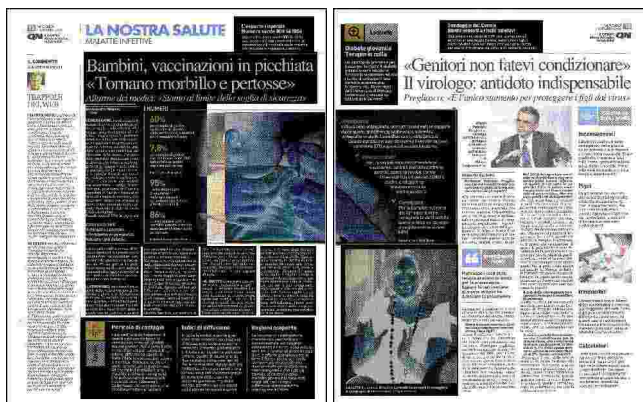
✓ Raccomandate

Per i nuovi nati sono raccomandate le vaccinazioni contro il morbillo contro la parotite, contro la rosolia, contro l'Haemophilus influenzae b (Hib) e contro le infezioni da pneumococco e da meningococco C

✓ Consigliata

Per le bambine nel corso del 12° anno di vita è consigliata la vaccinazione contro le infezioni da ceppi di papillomavirus umano (HPV)

Fonte Ministero della Salute



Gentile: l'Ue incentivi le vaccinazioni «Calo preoccupante in età pediatrica»

— «Il rischio di una recrudescenza di malattie dimenticate perché debellate da un'efficace strategia promossa nel passato ormai si appalesa come concreto: 100.000 nuovi casi di morbillo denunciati recentemente in Europa sono il risultato della crescente disaffezione dell'opinione pubblica rispetto all'opportunità di sottoporre a vaccinazione soprattutto i soggetti in età pediatrica». A sostenerlo è l'eurodeputata Elena Gentile, secondo la quale i vaccini hanno salvato circa 2 milioni di persone non solo dal rischio di morte ma anche di complicazioni fortemente invalidanti con gli immaginabili costi socioeconomici. «Le campagne di disinformazione molto spesso legate al pregiudizio non sostenuto da rilevanti prove scientifiche sul rapporto causale tra vaccinazioni e insorgenza di alcune patologie - spiega - hanno determinato una netta diminuzione dei soggetti cui sono stati somministrati i vaccini». In Italia il calo dei soggetti vaccinati comincia ad essere ben al di sotto dei livelli di guardia. Se la percentuale dei soggetti sottoposti a trattamento contro il tetano, la difterite e l'epatite B, è scesa sotto il 95%, «ancora più rilevante è la diminuzione dei soggetti in età pediatrica immunizzati contro il morbillo, la parotite e la rosolia che non superano l'86% della popolazione di riferimento. Ho chiesto alla Commissione di promuovere un'efficace campagna d'informazione sui vantaggi indiscutibili delle vaccinazioni in uno alla promozione di interventi nei confronti di tutti gli Stati membri»..



Salute. Per le amministrazioni del Nord, Lazio e Basilicata

Sanità, spunta un fondo per le regioni «virtuose»

APPUNTAMENTO

Martedì prossimo incontro finale dei Governatori con l'Esecutivo per individuare cosa prevedere nella manovra per il 2016

Roberto Turno

ROMA

■ Costi standard crescono in sanità. Ma con cautela. Con un avamposto in preparazione, tanto voluto da quelle regioni che possono vantare conti che tengono (ma sempre meno e sempre con più fatica) e che insieme possono vantare qualità avanzata delle cure. In sostanza dal Nord non solo padano e leghista fin sopra il Lazio. Per queste regioni infatti con la legge di Stabilità 2016 potrebbe essere confezionato un premio a sorpresa: un "fondino", di quota ancora da stabilirsi, all'interno del Fondo sanitario nazionale. Insomma, un premio di "virtuosità", una compensazione che ormai tutti i governatori con la coscienza sanitaria a posto, e non solo quelli di centrodestra, rivendicano rispetto al Mezzogiorno, fatta eccezione per la Basilicata e, appunto, il Lazio, una delle regioni storicamente più impantanate in vecchi debiti, anche se i bilanci sembrano migliorare.

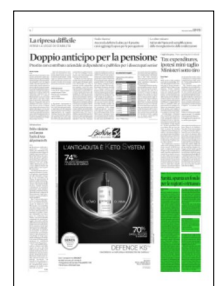
Il capitolo "buoni acquisti" - in sostanza la capacità di spendere bene, rilanciando insieme la spending review - dovrebbe essere appunto uno dei principali fattori premiali di questa operazione allo studio del Governo e in discussione con le regioni. Quelle del Nord, intanto. Un'operazione che ha preso un primo contorno nel vertice di lunedì a Palazzo

Chigi con Renzi, Lorenzin e De Vincenti da una parte, e quattro governatori (Chiamparino, Maroni, Rossi, Bonaccini) dall'altra. Assente Padoan. Una prima presa d'atto del problema («da Renzi c'è stato un impegno», giura però il lombardo Roberto Maroni). In attesa che dapprima i governatori domani discutano tra loro del "se, come e quanto", e che poi martedì in un incontro finale col Governosi decida cosa (ese) davvero prevedere con la manovra 2016. Manovra che a quel punto sarà pressoché pronta per il varo in Consiglio dei ministri, e dunque nel caso si dovrà procedere di gran carriera.

Tanto più che, nient'affatto sbollita la contestazione sui tagli a 208 prestazioni «inappropriate» per le quali sia Renzi che Lorenzin hanno teso una mano ai medici, sia regioni che sindacati tengono ancora alto il tiro contro i tagli ai fondi per il 2016. Tagli che Renzi continua a non considerare tali: per il premier i 11 mld annunciati per il 2016 costituiscono 1 mld in più del 2015, non 2 in meno rispetto ai 113 previsti anche dalla Nota di aggiornamento al Def.

Ma anche a partita sui fondi è destinata a chiudersi proprio a ridosso del varo della manovra. Lorenzin ha ricordato esplicitamente al premier che avanzano i contratti, che i Lea costeranno 900 mln (circa 450 mln più di quanto stimato inizialmente) e che come per la scuola c'è da risolvere il rebus del precariato e quello del turn over. Insomma: 111 mld sarebbero pochini, spending o non spending. Che si arrivi a 112 mld e tutti vivranno felici e contenti?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



quotidianosanita.it

Martedì 06 OTTOBRE 2015

“Malattie non trasmissibili assorbono 80% della spesa”. Al via il piano triennale per la prevenzione della Fondazione Lorenzini

Il progetto è incentrato sulla stesura di linee guida da parte di una commissione di esperti. Il documento sarà elaborato insieme al Ministero della Salute e dell'Istruzione e ai rappresentanti di medici, del mondo del lavoro, dell'agricoltura e dell'impresa, dello sport e dell'informazione.

Per ogni miliardo investito in prevenzione se ne risparmiano tre per esami, cure e riabilitazione in dieci anni. Le malattie non trasmissibili in Italia sono infatti responsabili di 9 decessi su 10 e rappresentano l'80% della nostra spesa sanitaria italiana. All'intera collettività le patologie cardiovascolari costano 16 miliardi l'anno, i tumori 6 miliardi, i disturbi respiratori cronici invece 14. Obesità e diabete richiedono al sistema sanitario rispettivamente 11 e 5 miliardi per controlli e terapie. Sono tutte malattie che si possono ridurre adottando fin da giovanissimi stili di vita sani. Per questo la Fondazione Giovanni Lorenzini lancia un piano triennale con l'obiettivo di diffondere a 360° la cultura e la pratica della prevenzione. La nuova iniziativa è stata presentata oggi **all'Auditorium del Ministero della Salute** ed è indirizzata a tutto il sistema Paese: dalla popolazione ai vertici delle istituzioni politiche e sanitarie, dai neonati agli anziani, dagli italiani agli stranieri presenti sul territorio nazionale.

“Quest'anno avremo 363mila nuovi casi di tumore - sottolinea **Sergio Pecorelli**, Presidente della Fondazione Lorenzini e Rettore dell'Università di Brescia Health&Wealth -. Nel prossimo decennio più del 7% degli uomini del nostro Paese correrà il rischio di avere una malattia cardio-vascolare. Tra le donne sono invece le patologie più diffuse mentre quelle respiratorie croniche colpiscono oltre 7,5 milioni di persone di entrambi i sessi. Sono diabetici e obesi il 6% e il 10% della popolazione adulta. Patologie diverse ma che presentano gli stessi principali fattori di rischio: fumo, sedentarietà, dieta squilibrata, abuso di alcol, utilizzo di sostanze nocive come doping e droga. Per combattere questi comportamenti scorretti serve una vera e propria rivoluzione culturale. Nei prossimi tre anni saremo impegnati in un progetto che inizierà con la stesura di linee guida da parte di una commissione di esperti. Vogliamo individuare una serie di proposte concrete e realizzabili per promuovere la prevenzione come stile di vita degli italiani”.

“Il documento - prosegue Pecorelli - sarà elaborato insieme al Ministero della Salute e dell'Istruzione e ai rappresentanti di medici, del mondo del lavoro, dell'agricoltura e dell'impresa, dello sport e dell'informazione. Solo così potremo raggiungere tutti gli angoli della società italiana”. “I nuovi genitori saranno i destinatari privilegiati dei nostri messaggi educazionali - sottolinea **Alberto Giovanni Ugazio**, Presidente della Commissione Scientifica della Fondazione Giovanni Lorenzini e Direttore del Dipartimento di Medicina Pediatrica Ospedale Bambino Gesù di Roma -. I primi mille giorni di vita, cioè il periodo che va dal concepimento ai primi 24 mesi del piccolo, sono davvero cruciali per il nostro benessere futuro. I comportamenti della madre durante la gravidanza, l'allattamento o meno al seno, l'alimentazione seguita, alcuni vizi pericolosi come fumo o alcol sono tutti fattori che incidono sulla salute dell'individuo. E poi ovviamente ci sono i vaccini, presidi sanitari indispensabili nella lotta contro patologie molto pericolose. In Italia, le attività di immunizzazione hanno raggiunto il punto più basso degli ultimi 10 anni. Da troppo tempo, assistiamo ad una sempre maggiore diffidenza verso questi atti medici. Dobbiamo spiegare molto bene ai genitori ma anche a bimbi e ragazzi tutti i benefici delle vaccinazioni”.

“Negli ultimi 20 anni - afferma Giuseppe Novelli, Rettore dell'Università di Roma “Tor Vergata” - la ricerca medico-scientifica ha dimostrato chiaramente che alcuni fattori ambientali dei primi momenti della vita influenzano l'insorgenza di una malattia non trasmissibile anche a distanza di 10 anni. Si tratta di meccanismi molto complessi sui quali gli scienziati devono ancora far piena luce. Questa è un'ulteriore dimostrazione che l'approccio preventivo deve coprire l'intero arco della nostra vita: dal concepimento alla terza età”.

Nel nuovo progetto di prevenzione della Fondazione Lorenzini un ruolo importante sarà quello affidato alle scuole e Università. “Qui si formano i futuri cittadini e la classe dirigente del Paese - sostiene **Stefano Paleari**, già Rettore dell'Università di Bergamo -. È importante intervenire con una corretta informazione sui temi delicati e molti importanti come il benessere. Ma anche puntare sull'innovazione che deve diventare una degli assi portanti del Paese. Un processo di medio periodo che va iniziato con l'attività di educazione e sensibilizzazione tra tutti gli studenti”.

“Con grande piacere abbiamo deciso di collaborare a questo progetto - commenta **Ranieri Guerra**, Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute -. Per garantire la sostenibilità al nostro sistema sanitario nazionale dobbiamo incentivare tra tutti i cittadini gli stili di vita sani, l'adesione a esami preventivi e le vaccinazioni. Educare tutta la popolazione alla salute è un importante investimento per il futuro dell'interno Paese”.

L'INCHIESTA / 1 Oggi i risultati ufficiali

La scuola sforna somari? Per i test di Medicina, sì

FELTRI A PAG. 19

Test di Medicina, il mistero del flop di una generazione

L'INCHIESTA

Tutti somari?/1 Oggi le graduatorie finali. Ma oltre la metà degli aspiranti medici è risultata insufficiente. Che cosa è andato storto?

» STEFANO FELTRI

O

ggi viene pubblicata la graduatoria finale, con tutti i nomi, del test di ingresso alle facoltà di Medicina e chirurgia che si è tenuto un mese fa. Circa 11 mila ragazze e ragazzi avranno la possibilità di cimentarsi con una delle facoltà più difficili. E altri 40 mila la certezza di esserne esclusi. Resta una grande curiosità: come è possibile che oltre la metà dei partecipanti, il 52 per cento, sia risultata insufficiente? 27.663 aspiranti medici su 53.164 non sono riusciti a ottenere neppure i 20 punti (su 90 totali) per essere ammessi alla graduatoria.

DALLE ANALISI del sito *Skoola.net* si vede che la situazione sta peggiorando. Da tre anni c'è la graduatoria nazionale per i test di Medicina. Ogni anno la percentuale degli insufficienti aumenta: erano il 38 per cento nel 2013, il 42 nel 2014 e il 52 nel 2015. E questo nonostante il numero di quelli che tentano la prova si sia ridotto (-16.000 in tre anni), grazie anche a un test psicoattitudinale che quest'anno è stato abbinato alla domanda di iscrizione. E allora come si spiega questo tracollo? Cercare la risposta significa immergersi nel sistema educativo italiano, affrontare domande

che di solito restano escluse dai dibattiti sull'istruzione, concentrati più sulla condizione dei docenti che su quella degli studenti. Nelle prossime settimane cercheremo, qui sul *Fatto*, le domande e le risposte. Intanto guardiamo il test.

C'è chi sostiene che tutti debbano avere la possibilità di entrare all'università, la scrematura arriverebbe poi dagli esami. Una legge del 1999 stabilisce però che alcune facoltà possano introdurre il numero chiuso. Tra queste c'è Medicina. Da anni l'avvocato Michele Bonetti, spesso a fianco dell'Udu, il principale sindacato di studenti, si batte contro il numero chiuso. E nel suo duello con lo Stato ha contribuito a determinare la struttura attuale dei test. Fino al 2012, le graduatorie erano su base locale: si poteva diventare studenti di Medicina con 30 punti al test in alcune università (di solito del Sud) ed essere esclusi con 40 in un'altra (di solito al Nord). L'avvocato Bonetti ha denunciato il caso alla Corte costituzionale, studenti ugualmente bravi avevano destini opposti, ma prima che la Consulta si esprimesse è cambiato il test. Graduatoria nazionale, test nelle singole università, si indicano le preferenze per la città e i posti sono assegnati ai migliori. Ma il sistema nel 2014 dimostra una falla enorme: da Bari mandano il pacco con le risposte dei candidati al Cineca, il consorzio che a Bologna deve correg-

gerli al computer, ci sono 49 buste su 50 e il plico sembra manomesso. Nell'ateneo pugliese gli studenti dovevano tenere la carta d'identità aperta sul banco al momento della distribuzione dei compiti, rendendo teoricamente possibile associare il nome al codice alfanumerico del compito. E questo è "sufficiente a ritenere violato il principio di imparzialità e trasparenza nello svolgimento delle prove selettive a evidenza pubblica, la cui osservanza va osservata in astratto, senza cioè prova concreta della sua violazione", secondo la sentenza del Tar del Lazio.

SE ERA DIFETTOSA la selezione a Bari, veniva falsata tutta la graduatoria nazionale, visto che in Puglia erano stati potenzialmente ammessi studenti che rubavano il posto ad altri. I giudici si sono trovati a un bivio: annullare il concorso o ammettere gli studenti in sovrannumero che avevano fatto ricorso. "Quelli che ho seguito io e che sono stati ammessi sono 7916", spiega l'avvocato Bonetti. Che ha due soluzioni al problema: o abolire



il numero chiuso o almeno introdurre codici a barre e un lettore a infrarossi per identificare i compiti così da garantire l'anonimato teorico ed evitare i ricorsi. Che quest'anno sono quasi zero, grazie a piccole variazioni nelle procedure di abbinamento tra compiti ed etichette (sono a rischio solo le università in cui il commissario ha aiutato studenti imbrantati ad attaccare i codici).

Abolire il numero chiuso non si può, dice il professor Alberto Lenzi che guida la Conferenza permanente dei presidenti dei corsi di laurea, è medico e ha lavorato col ministero per il test. "Formare un medico costa fra i 300 e i 500 mila euro, in sei anni gli studenti pagano circa 6 mila euro di tasse universitarie, lo Stato ci deve mettere la differenza. Non sarebbe sostenibile togliere il numero chiuso e il test, per quanto imperfetto, è il metodo più oggettivo di selezione", spiega il professor Lenzi.

Sarà oggettivo, ma anche implacabile. Per evitare condizionamenti, viene preparato lontano da Roma, ci pensa la società specializzata in valutazione Cambridge Assessment, una commissione del ministero sceglie tra le domande elaborate in Inghilterra e adattate ai programmi scolastici italiani. Quest'anno il ministro dell'Istruzione Stefania Giannini ha chiesto che ci fossero meno domande di logica e ragionamento e più domande sulle nozioni (chi-

mica e biologia). Anche se più domande scientifiche ci sono, più sono penalizzati gli studenti del liceo classico. La variazione è stata comunque minima: i quesiti di logica sono passati da 23 a 20, quelli di cultura generale da 4 a 2.

È STATO comunque un disastro. Una spiegazione cinica è la seguente: il test è volutamente troppo difficile, in modo che migliaia e migliaia di studenti siano così lontani dal punteggio soglia d'ammissione che non osano neppure fare ricorso. Ma questo non spiega perché il numero di insufficienti aumenta mentre il punteggio dei 1000 più bravi, secondo *Skuola.net*, cresce dal 55,3 del 2014 al 55,43 del 2015 e il punteggio soglia scende da 34 a 30,40. Sembra, insomma, che gli studenti bravi diventino più bravi mentre la media si abbassa e il numero di poco preparati sale. Ma poco preparati per cosa?

Il professor Alberto Lenzi dice che si stanno deteriorando i programmi della scuola superiore, che c'è troppa tecnologia e troppe poche nozioni, che gli studenti non reggono lo stress dei test a scelta multipla. Oppure è colpa del fatto che gran parte del punteggio (30 punti su 90) deriva dal saper pensare, materia che nessuna scuola insegna. Nelle prossime puntate cercheremo di trovare una risposta.

s.feltri@ilfattoquotidiano.it

1. continua

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cos'è andato storto

Spiegare perché il 52 per cento dei ragazzi che ha provato a fare il test di Medicina non è riuscito a fare neppure il punteggio minimo significa indagare la qualità del sistema educativo italiano. In una serie di articoli cercheremo di capire quali competenze acquisiscono gli studenti e se sono sufficienti. Se avete storie o commenti, scrivete a s.feltri@ilfattoquotidiano.it



52%

Insufficienti
Percentuale di studenti non entrati in graduatoria nel 2015; erano il 42% nel 2014 e solo il 38 nel 2013, primo anno di graduatoria nazionale



20

La soglia Nel test ci sono 90 punti per 60 domande, 1,5 punti per la risposta giusta, -0,4 per l'errore. 20 punti si fanno con 14 risposte giuste

Liberalizzazioni. La Camera vota per le restrizioni

Le medicine «C» con ricetta restano in farmacia

SENZA SORPRESE

L'Aula conferma il no alle vendite in parafarmacie e corner della Gdo, ma apre ai flussi di capitali. Bersani: «Crescerà la concentrazione»

Roberto Turno

ROMA

■ Niente parafarmacie né corner della Gdo: il mercato da 3 mld dei farmaci C con ricetta (pagati interamente dai cittadini) resta nelle farmacie, in quelle private convenzionate col Ssn e in quelle comunali. Ma al tempo stesso le società di capitali, le catene che vanno tanto in voga e che in tutto il mondo hanno fatto in fretta di esercizi di vendita di pillole e affini, potranno esercitarsi anche in Italia e fare shopping di farmacie. Senza limiti (oggi di 4 punti vendita). Con tanto di dosi massicce di capitali e di capacità gestionali e massimizzazione dei profitti. Addio, o quasi, vecchia Italia delle farmacie, quella dei piccoli capitali, delle gestioni personali e familiari che conosciamo da sempre e che ha fatto la storia della distribuzione italiana dei farmaci. Presto si cambierà registro. Anche se la bandierina dell'esclusiva della vendita dei farmaci C con ricetta resta (per ora?) appannaggio dei banconi della farmacia convenzionata col servizio sanitario pubblico.

Senza sorprese rispetto alle

attese, anche se non senza quell'ansia da prestazione che caratterizza i momenti delle votazioni, l'aula della Camera ha approvato ieri gli articoli (32 e 32 bis) del Ddl concorrenza che cambia, in parte, le carte in tavola alla voce "distribuzione farmaceutica". La maggioranza ha tenuto e ha confermato in pieno il testo delle commissioni in sede referente, respingendo tutte le richieste di modifica piovute, per un verso o per l'altro, da M5S e Sel, in particolare, ma anche da Fi per quanto riguarda l'apertura alle società di capitali. Nella maggioranza soltanto Scelta civica ha fatto resistenza contro il mantenimento dei farmaci C con ricetta solo alle farmacie.

Le categorie - farmacie, parafarmacie, Gdo - naturalmente hanno continuato fino all'ultimo a fare guerra di dichiarazioni. Con le farmacie che hanno mantenuto il totem dei farmaci con obbligo di ricetta, quasi (quasi) nascondendo a sé stessi l'insidia che tra breve dovranno affrontare con le catene delle società di capitali che presto daranno la scalata alle loro mura e ai loro diritti di vendita dei farmaci rimborsati dal Ssn. Qualcosa come 11 mld di euro. Oltre ai 3 mld dei farmaci C con ricetta, mercato appetitoso anche se leggermente in calo del 2% a fine 2014. Un mercato, quello dei C con ricetta, che peraltro rappresenta una conquista

anche per le società di capitali proprio nel momento in cui acquisteranno le farmacie.

Il Ddl «liberalizza i capitali in un mercato protetto. L'effetto è un'ulteriore concentrazione»: così Pier Luigi Bersani (Pd), che da ministro diede il primo scossone al settore, ha commentato il voto di ieri. Aggiungendo che «non è certo un bel segnale per i giovani farmacisti, unici a non poter esercitare la professione in regime privatistico. Come un dentista o un avvocato».

Nel testo che andrà al Senato non mancano altre novità. L'incompatibilità di chi partecipa alle società di capitali con attività nel settore della produzione e informazione del farmaco e con l'attività di medico. La liberalizzazione degli orari. La possibilità nei piccoli comuni in cui cala la popolazione, di chiedere lo spostamento della farmacia altrove nella regione, salvo pagare una tassa di concessione una tantum di 5 mila euro. Pillole, rispetto alle vere pillole che conquisteranno le società di capitali. Ma che non otterranno né parafarmacie né Gdo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NETWORK ▾

L'Espresso

R&E LE INCHIESTE

LAVORO ANNUNCI ASTE



Medicina

Home

Alimentazione

Forma & Bellezza

Medicina

Prevenzione

Ricerca

Benessere donna

Video

No della Camera ai farmaci di fascia C nelle parafarmacie

Bocciato l'emendamento di Scelta civica. La relatrice Galgano: "C'è stato il veto di una forza di governo". Si riapre lo scontro tra Federfarma-farmacisti e i fautori della liberalizzazione. Conad: "Hanno vinto le lobby"

06 ottobre 2015



Notifiche



ROMA - La Camera ha bocciato l'emendamento di Scelta civica al Ddl concorrenza che puntava alla liberalizzazione della vendita dei farmaci di 'fascia c' - i farmaci su ricetta, ma a totale carico di chi li acquista - nelle parafarmacie. Governo e relatori avevano espresso parere negativo su quello che invece Adriana Galgano, presentatrice della proposta, aveva presentato come "emendamento bandiera" del gruppo.

Il segretario politico di Scelta civica nonché sottosegretario all'Economia, Enrico Zanetti, nei giorni scorsi aveva sollecitato l'esecutivo a non esprimersi con un parere e a rimettersi, in sede di votazione, al volere dell'assemblea. In caso contrario, aveva annunciato, il gruppo non avrebbe escluso il voto contrario sull'intero provvedimento. Galgano ha dichiarato, in aula, che sull'orientamento dell'esecutivo ha influito, "il veto di una forza di governo del quale facciamo parte". Sullo stesso tema erano stati presentate e respinte analoghe proposte anche da Sel e da Marco Di Stefano (Pd).

Contro il provvedimento erano intervenute nei giorni scorsi sia Federfarma che le associazioni dei farmacisti e lo stesso ministro della Sanità, [Beatrice Lorenzin](#). Lo scontro si è incentrato sulla effettiva convenienza della liberalizzazione, ma anche la 'qualifica' dei titolari delle parafarmacie. "I soggetti che, come i liberi farmacisti e i portatori di interessi della Grande distribuzione organizzata (Gdo) continuano a insistere per portare la ricetta medica fuori farmacia, sbandierano argomentazioni strumentali prive di fondamento - aveva dichiarato Federfarma - sia quando affermano che tale misura porterebbe grandi risparmi per i cittadini che quando ipotizzano un aumento dei posti di lavoro". Federfarma affermava che nel caso della precedente liberalizzazione dei farmaci senza obbligo di ricetta, decretata nel 2006, non ci fu alcun risparmio rispetto a quello di 400 milioni previsto dai fautori del provvedimento.

Durissimo il commento del gruppo Conad, tra i leader della grande distribuzione, al voto della Camera: "Il no alla liberalizzazione dei farmaci di fascia C è una decisione presa contro i cittadini - si legge in una nota della catena - . Se la liberalizzazione del mercato farmaceutico avesse interessato anche la vendita di farmaci di fascia C i cittadini avrebbero risparmiato dai 500 agli 800 milioni


 I PIÙ
LETTI
I PIÙ
CONDIVISI

Francia, 17 morti per una tempesta in Costa Azzurra. Danni in Toscana

Usa, spari in un college in Oregon: 9 morti. Ucciso il killer. "Voleva sapere nostra religione"

Senato, bagarre in aula su gesto osceno di Barani. Grasso: "D'ora in poi rigore assoluto"

Afghanistan, raid Usa colpisce ospedale di Maf. Per governo Kabul vi si nascondono terroristi

Prelato polacco si dichiara gay. Il Vaticano: "Dovrà lasciare incarichi". Lui: "Omofobia paranoica"

Test per emissioni: "Così barano tutti"

Riforma Senato, ora il nodo dell'art.2. Governo: non tagliamo voti segreti

Siria, raid aerei russi. L'opposizione: "Bombardano noi, non l'Is"

Jovanotti in Messico per 'Pieno di vita', il video su Repubblica.it

La Svezia vuole le 6 ore: lavorare meno e meglio, per avere più tempo per sé

Crozza si fa in tre: imita il gruppo 'Il Volo' e canta i tagli alla Sanità

Afghanistan, raid Usa colpisce ospedale di Maf. Per governo Kabul vi si nascondono terroristi

Pizza, sole, calcio e balli: così l'Italia del Sud conquista BuzzFeed

I dipendenti assaltano la sede Air France, la polizia salva un manager dal linciaggio

Non solo Roma, Firenze e Venezia: l'Italia dei piccoli centri che piace agli americani

La gestualità italiana è materia universitaria: la insegna un siciliano

la Repubblica

tvzap

Segui su

l'anno, in un comparto che su base Italia pesa il 30 per cento in più rispetto ai farmaci di automedicazione già liberalizzati. Invece, ancora una volta, si è preferito tutelare le lobby che, forti di posizioni acquisite quanto irrinunciabili, hanno interessi che non sono certi quelli dello sviluppo e della crescita del Paese".

Alla Camera è passato invece un altro emendamento allo stesso ddl, in base al quale le farmacie dei piccoli comuni (con meno di 6.600 abitanti) che risultano ormai in sovrannumero rispetto alla popolazione potranno chiedere il trasferimento in un altro comune della stessa regione. Per perfezionare il trasferimento della farmacia bisognerà pagare una tassa governativa una tantum pari a 5000 euro. L'Aula ha approvato l'intero articolo 32 sulla maggior concorrenza nella distribuzione dei farmaci.


[farmacie](#) [Parafarmacie](#) [farmaci fascia c](#) [camera](#) [ddl concorrenza](#)


© Riproduzione riservata


06 ottobre 2015

STASERA IN TV

 21:20 - 00:00
Capitani coraggiosi


 21:15 - 22:45
N.C.I.S. - Stagione 10 - Ep. 15 - 17

 21:10 - 23:20
L'onore e il rispetto - Ep. 6

 21:10 - 23:35
La fabbrica di cioccolato

[Guida Tv completa »](#)

CLASSIFICA TVZAP SOCIALSCORE

 **1. X Factor**
81/100

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

Altri articoli dalla categoria »



No della Camera ai farmaci di fascia C nelle parafarmacie

Bambini con malattie croniche, ecco gli sport più indicati



Medicina, un Nobel dedicato ai paesi poveri

[Fai di Repubblica la tua homepage](#)

[Mappa del sito](#)

[Redazione](#)

[Scriveteci](#)

[Per inviare foto e video](#)

[Servizio Clienti](#)

[Pubblicità](#)

[Privacy](#)

Divisione Stampa Nazionale — Gruppo Editoriale L'Espresso Spa - P.Iva 00906801006 — Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di CIR SpA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

MEDICINA

Alzheimer: l'emergenza che la Sanità ha ignorato

DI TODARO PAGINA 30

L'Alzheimer diventa un'emergenza ma la Sanità non se n'è accorta

Il Piano nazionale per le demenze è rimasto in larga parte lettera morta
Così adesso molte famiglie sono costrette all'assistenza "fai da te"

**Marco
Trabucchi**
Psichiatra

RUOLO: È PROFESSORE
DI NEUROPSICOFARMACOLOGIA
ALL'UNIVERSITÀ TOR VERGATA
E DIRETTORE DEL GRUPPO
DI RICERCA GERIATRICA DI BRESCIA



FABIO DI TODARO

Il futuro è nelle mani dei bambini. «Sta a noi adulti far capire loro che si può giocare e ridere assieme al nonno malato di Alzheimer», dice Marco Trabucchi, ordinario di neuropsicofarmacologia all'Università di Roma Tor Vergata e direttore del gruppo di ricerca geriatrica di Brescia.

Serve il contributo di tutti per aiutare gli oltre 1,2 milioni di italiani colpiti dalla più diffusa forma di demenza senile. A causarla - spiega Claudio Mariani, docente di neurologia all'Università Statale di Milano - «è la perdita di neuroni in diverse aree della corteccia cerebrale: il deficit di autonomia nelle attività parte da qui». Il tunnel, per chi ci entra trascinandosi con sé la famiglia, è senza uscita. Nessuna cura risolutiva è dietro l'angolo. Ecco perché non si esagera, quando si parla di un'emergenza di salute pubblica: nel mondo ci sono 46,8 milioni di persone affette da una forma di demenza e la cifra è destinata a raddoppiare ogni 20 anni.

Ritmo di crescita: una nuova diagnosi ogni 3,2 secondi. Ma finora in pochi hanno guardato negli occhi la realtà.

Le responsabilità. Il Piano Nazionale Demenze è stato approvato l'anno scorso. Nel documento sono inserite le indicazioni per migliorare le cure e l'assistenza: agli anziani e ai parenti. Ma l'autonomia delle singole Regioni in materia di spesa sanitaria ha fatto sì che, finora, solo in poche aree i propositi siano stati tradotti in azioni.

«Oltre le buone intenzioni, lo Stato non è andato - denuncia Gabriella Salvini Porro, presidente della Federazione Alzheimer Italia - Nessun fondo è stato stanziato per supportare i malati. Così molte Regioni, chiamate a tenere i conti in ordine, hanno dato la priorità ad altre esigenze». Mentre il Sud indossa la maglia nera, al Nord alcune realtà si sforzano di rimanere sulla scia dei modelli tracciati all'estero. Ma verso quali approdi mira un Paese che tollera malati di «serie A» e «serie B»?

A casa o in residenza? La quotidianità è riconoscibile nel Mezzogiorno dall'espansione della comunità delle badanti e al Nord dal ricorso alle residenze sanitarie assistenziali (Rsa): sono al momento l'unica soluzione che garantisce una bocciata di ossigeno ai parenti, quando l'Alzheimer diventa incompatibile con l'autonomia. «Viviamo in uno Stato che ha preferito il "fai-da-te": riconosce in maniera diffusa pensioni e inden-

nità, ma lascia alle famiglie l'onere di gestire una malattia che toglie energia ogni giorno», dichiara Nicola Ferrara, ordinario di medicina interna e geriatria all'Università Federico II di Napoli e presidente della Società di Gerontologia e Geriatria.

Ma un posto in una Rsa - quasi sempre strutture private convenzionate - può costare anche 2 mila euro al mese. Altrettanti, per paziente, ne spende ogni Regione. Conta quasi nulla, dunque, una sentenza della Cassazione - la 4558 del 2012 - che, richiamando il diritto alla salute, prevedeva che assistenza e prestazioni sanitarie fossero a carico del Servizio sanitario. In queste strutture, dove il malato può rimanere per il resto dei suoi giorni, gruppi di specialisti lavorano a tutela del benessere dell'anziano. «Si svolgono attività in giardino e si organizzano colloqui individuali e letture - racconta Marika Le Penne, assistente sociale all'Istituto Geriatrico Golgi di Abbiategrasso -. Abbiamo di fronte degli esseri umani e ogni giornata vissuta al loro fianco è unica. Le reazioni di queste persone sorprendono anche noi».



California, il governatore cattolico firma la legge sul suicidio assistito

Il tormento di Jerry Brown: mi sono anche consultato con l'arcivescovo Tutu

La scelta

«Mi sono chiesto cosa vorrei io sul letto di morte. E ho scelto di non negare un diritto»

DAL NOSTRO INVIATO

NEW YORK «Questa non è una legge normale, qui si parla di vita e di morte. Ho esaminato con attenzione gli argomenti degli oppositori di questo provvedimento. Ho esaminato la questione anche sotto il profilo religioso e teologico. Ho parlato con l'arcivescovo Desmond Tutu (l'amico di Nelson Mandela, ndr) e con i familiari di Brittany Maynard. Ho discusso con un vescovo cattolico, con alcuni medici e anche amici, che hanno posizioni diverse. Mi sono chiesto cosa vorrei per me sul letto di morte. E ho deciso di non negare le possibilità offerte da questa legge ai cittadini: l'ho firmata». Parola di Jerry Brown, governatore della California

L'introduzione della possibilità del suicidio assistito per i malati terminali nel grande Stato della West Coast sta provocando effetti sismici in tutta l'America per almeno tre motivi. In primo luogo per il peso della California, un territorio immenso con quasi 40 milioni di abitanti (fin qui si erano pronunciati per questo intervento estremo solo Stati piccoli: Montana, Vermont, Washington State ed Oregon). Poi l'impatto della «crociata» di Brit-

tany, la ragazza californiana malata terminale di cancro che un anno fa, esponendo davanti alle telecamere la sua agonia e la decisione di farla finita quando la sofferenza fosse arrivata al punto di farle perdere anche la dignità di essere umano, costrinse l'America a una dolorosa riflessione. Infine per la scelta del governatore di ratificare la nuova legge, rendendola così esecutiva.

Brown non è un politico come un altro: è un uomo anziano (78 anni) che comincia a riflettere sulla fine della vita. Un cattolico che da giovane studiò dai gesuiti ed entrò in seminario con l'intenzione di diventare sacerdote. Ma poi abbandonò tutto sei giorni prima di prendere i voti, tornò agli studi laici, diventò avvocato e poi un leader politico molto amato.

Stato progressista, con una popolazione cattolica molto consistente, la California ha discusso a lungo dei limiti delle cure per i malati terminali, dei rischi dell'accanimento terapeutico, della possibilità di consentire, in casi estremi e sotto controllo medico, ai pazienti di togliersi la vita. Ma un provvedimento in questo senso non era mai stato approvato e questo, un anno fa, spinse Brittany a trasferirsi con i genitori e al fidanzato in Oregon per potersi legalmente suicidare quando le sue sofferenze fossero diventate insopportabili.

La sua scelta di raccontare tutto al settimanale *People* e poi alle tv americane la rese una specie di «star della sofferenza».

Abbiamo visto questa bellissima ragazza spiegare la sua scelta quando ancora stava relativamente bene, le immagini dell'ultima vacanza felice al Grand Canyon, il ritorno davanti alle telecamere quando il tumore che le cresceva nel cervello cominciava a deformarle il volto. Lei mostrava la pillola che l'avrebbe uccisa, indicava una data per farla finita. Ma nel giorno scelto per il suicidio assistito, decise di andare avanti ancora un po': «Ce la faccio ancora, io amo la vita, non me la toglierò fino a quando non diventerò troppo doloroso andare avanti».

Poi, nelle ore finali del dramma, la scelta di evitare la morte-spettacolo e la richiesta della famiglia ai media: con la sua testimonianza Brittany spera di aver dato un senso alla sua morte, un contributo alla causa della morte con dignità. «Ma ora spegnete le telecamere, lasciateci soli col nostro dolore».

Da allora il dibattito in California è ripreso con vigore e, nonostante l'opposizione della Chiesa, per la quale il suicidio è comunque un peccato, il Parlamento di Sacramento, la capitale dello Stato, ha varato la legge ratificata ieri da Jerry Brown. Mentre, secondo gli attivisti di «Compassion and Choices», dopo il caso Maynard altri 24 Stati americani hanno cominciato a prendere in considerazione norme dello stesso tipo.

Massimo Gaggi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SCOMPENSO

Nuova cura allunga la vita agli anziani

Luisa Romagnoni

— Sono almeno 15 milioni le persone in Europa che convivono con lo scompenso cardiaco. Quasi 600 mila in Italia. Pazienti di età avanzata, per lo più di sesso femminile che, nonostante le terapie esistenti, devono affrontare ripetute ospedalizzazioni ed un elevato rischio di mortalità (muore circa il 30 per cento degli scompensati a livello cardiaco a un anno dalla diagnosi, il 50 per cento, nell'arco di cinque anni). Ridurre la mortalità e le riospedalizzazioni, è una priorità. Si parte dalla prevenzione, con la diagnosi tempestiva, dieta e attività fisica. Poi occorre investire in ricerca, per identificare nuove soluzioni terapeutiche, efficaci nel migliorare la sopravvivenza. In questo senso, un esempio chiaro è LCZ696 (sacubitril/valsartan), molecola capostipite di una nuova classe farmacologica, gli Arni (inibitori dell'angiotensina e della neprilisina). Il farmaco, sviluppato da Novartis, si annuncia come un avanzamento straordinario, nel trattamento dello scompenso cardiaco cronico: secondo dati dello studio Paradigm-Hf, LCZ696 ha

mostrato di ridurre in modo significativo sia il rischio di morte cardiovascolare del 20 per cento, rispetto alla terapia standard con Ace inibitore enalapril e sia i ricoveri ospedalieri del 21 per cento. Evidenze che hanno portato il Comitato per i medicinali per uso umano (Chmp), ad adottare parere positivo per la molecola. Una decisione, questa, che pone le basi per una probabile approvazione del medicinale, nei pazienti con scompenso cardiaco cronico e con funzione ventricolare sinistra ridotta, in tutta Europa, entro la fine dell'anno. «I risultati sorprendenti ottenuti nel corso dello studio clinico Paradigm-Hfmi hanno portato a credere che, una volta approvato, questo farmaco innovativo potrebbe sostituire rapidamente gli ACE-inibitori, che hanno rappresentato le fondamenta terapeutiche per più di 20 anni», ha dichiarato John McMurray, professore dell'università di Glasgow, Scozia e uno dei due principal Investigator. «Migliaia di vite potrebbero essere prolungate e migliaia i ricoveri evitati, grazie ai peptidi natriuretici (ormoni benefici per il cuore), inibendo il sistema nocivo Raas».



VISIONE Insufficienti e ritardati i trattamenti nei Centri oftalmologici

Diabetici a rischio cecità

Nonostante le efficaci terapie ora disponibili per bloccare la malattia

Luigi Cucchi

La retinopatia diabetica è una delle più comuni complicanze che colpiscono i pazienti diabetici. In Italia oggi ne soffre oltre un milione di persone; considerando il progressivo invecchiamento della popolazione e le ormai note tendenze demografiche, si può essere certi che, senza adeguate scelte di politica sanitaria e drastici interventi organizzativi di contrasto, questa patologia colpirà un segmento sempre più ampio della popolazione, con conseguente esplosione dei costi non solo sanitari ma anche sociali.

A dircelo è uno studio molto recente condotto presso i gestori delle strutture oculistiche del Paese da alcuni ricercatori universitari guidati dal professor Vincenzo Atella, direttore del Center for Economic and International Studies (Ceis) Università di Roma - Tor Vergata. La ricerca evidenzia drammaticamente che oggi un paziente con retinopatia diabetica può peggiorare la sua condizione o addirittura perdere la vista semplicemente per il fatto che i trattamenti cui viene sottoposto sono insufficienti o ritardati e questo soprattutto per carenze produttive dei centri oftalmologici. Il fatto è ancor più grave se si considera che oggi, grazie alla con-

tinua innovazione, sono disponibili terapie altamente efficaci e capaci di bloccare l'evoluzione della malattia. Il vero problema è avere accesso alle cure in modo tempestivo mentre le liste di attesa sono uno dei maggiori ed insormontabili ostacoli. Verrebbe da dire che abbiamo il pane, ma non i denti.

Secondo la ricerca, c'è oggi una notevole disparità e disomogeneità di offerta terapeutica sul territorio: solo il 37 per cento delle strutture sono in grado, pur con qualche difficoltà, di far fronte alla domanda attuale, ma non potranno reggere l'urto della crescita demografica che è già in corso; mentre il 42 per cento dei centri non riesce già ora a smaltire la domanda che cresce costantemente con il contestuale allungamento delle liste di attesa.

Questo preoccupante scenario per l'89 per cento degli intervistati si spiega con l'inadeguatezza delle risorse economiche per la spesa farmaceutica e per il rafforzamento degli organici, la cui carenza risulta diffusa su tutto il territorio. Una situazione che, per il 77 per cento degli intervistati, produce un inesorabile peggioramento delle condizioni dei pazienti, quando non la totale perdita della vista, con una crescita esponenziale dei costi indiretti e socia-

li che l'evoluzione della patologia produce inevitabilmente. Un dato può indurci a riflettere: in Italia il numero delle persone affette da cecità è doppio rispetto alla Francia e al Regno Unito, e i costi diretti e indiretti che da questa derivano ammontano a circa due miliardi di euro.

Da questa fotografia della retinopatia diabetica derivano quattro raccomandazioni in termini di scelte di politica sanitaria per recuperare il tempo perduto e recuperare una virtuosità di sistema. In primo luogo vanno aumentati i livelli di finanziamento ai dipartimenti di oculistica delle aziende sanitarie: la tempestiva erogazione delle terapie (iniezioni intravitreali) è già oggi troppo spesso compromessa dall'inadeguatezza degli spazi logistici. Vanno poi rafforzate le capacità organizzative e di programmazione degli operatori. Utile è predisporre percorsi diagnostico-terapeutici che consentano di velocizzare i processi di lavoro e utilizzare farmaci a più lunga azione terapeutica. Vanno sviluppate le attività di prevenzione e di screening mediante il coordinamento di medici di base, pediatri e diabetologi. Vitale una convergenza di azioni a livello centrale e regionale come è avvenuto in Veneto per l'edema maculare diabetico.



EFFICACIA
Il 42% dei Centri oftalmici non riesce in modo tempestivo le visite ai pazienti che sono in grande aumento

