

In ottobre il test di Medicina Prove preparate dalle università

L'annuncio del ministero: «Rimangono la selezione e il numero chiuso»

I rettori

La conferenza dei rettori: «Non possiamo lasciare nel limbo studenti e famiglie»

ROMA «Il test si deve fare, non può esserci il "liberi tutti", il *todos caballeros*», perché per diventare medico serve una «preselezione» ancora prima di entrare all'università. Perciò il sottosegretario all'Istruzione Davide Faraone parla di «pre-orientamento fin dalle scuole superiori». E poi conferma: «Il test di medicina si farà anche quest'anno e sarà in ottobre».

Insomma, tutto come prima. O quasi. Annunci, smentite, passi avanti e poi ritorni. Ma adesso per i futuri medici la strada da percorrere sembra segnata una volta per tutte. Il sottosegretario ci tiene a sottolineare che «in un periodo di transizione bisogna dare dei punti fermi» e il test di ammissione alla facoltà di Medicina è uno di questi, che in molti aspettano da mesi. Basti pensare che alla scorsa prova d'ingresso in aprile parteciparono oltre 70mila candidati per 10mila posti. «Tutto resta uguale», dice Faraone.

Quasi tutto in realtà. Perché l'intenzione del ministero è quella di affidare la preparazione alle prove di ammissione direttamente alle università: «Tre mesi di corso sui test affidati al pubblico e sottratti al privato — dice Faraone —, con domande più specializzate, legate a materie specifiche e meno generaliste, questo per rendere

la selezione più oggettiva in modo da non lasciare spazio a ricorsi». E dal 2016 la preparazione comincerà prima, «bisogna creare un orientamento già dalle scuole superiori, negli ultimi anni, che si aggiunga al corso preparatorio per arrivare al test d'ingresso». Il numero chiuso? «Continuerà a esserci — giura Faraone — e di anno in anno si valuterà la situazione con il [ministero della Salute](#)».

Una scelta appoggiata con favore dalla Crui, la conferenza dei Rettori, che da mesi al ministero chiede «una soluzione immediata» sulla questione delle modalità di ammissione al corso di Medicina («non possiamo lasciare nel limbo migliaia di studenti e di famiglie»), e ha sempre spinto per una selezione all'ingresso. I rettori hanno poi ipotizzato test per la preparazione all'ammissione realizzati dalle università, da rendere disponibili a tutti, anche per combattere, dice il rettore di Tor Vergata Giuseppe Novelli, «quel mercato dei test che a noi non piace».

Non cambia, per il 2015, neanche l'esame di maturità («non vogliamo destabilizzazioni durante l'anno scolastico») e Faraone conferma la presenza dei commissari esterni all'esame: «La mia linea è mantenerli anche in futuro, soprattutto pensando alle scuole private. Non si può lasciare che i membri delle commissioni siano tutti docenti interni».

Claudia Voltattorni
cvoltattorni@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

● Il ministro dell'Istruzione Stefania Giannini aveva proposto l'abolizione dei quiz a risposta multipla per l'accesso a Medicina per introdurre un sistema di selezione diverso a partire già dal prossimo anno accademico

● Per Davide Faraone, sottosegretario all'Istruzione, il numero chiuso «continuerà a esserci e anno per anno si valuterà con il [ministero della Salute](#)»



L'indagine del ministero: "Si fa poco"

IL REPORT è fresco di due settimane fa. Il **ministero della Salute**, tramite il Tavolo tecnico interdisciplinare sull'allattamento al seno, ha studiato come le Asl e gli ospedali italiani sostengano le neo madri nell'alimentazione naturale del bambino. Non esattamente un'indagine scrupolosa. Molte Regioni non hanno risposto all'appello e alcuni dati sono stati raccolti "con un certo grado di approssimazione". Ma, in ogni caso, la conclusione è piuttosto netta: "Il valore dei tassi di allattamento è al di sotto delle raccomandazioni del **ministero della Salute** e dell'Oms", secondo i quali l'allattamento al seno dovrebbe essere esclusivo fino al 6° mese di vita. Inoltre, rileva lo studio ministeriale, si fa poca formazione, solo 10 Regioni su 21 aderiscono al programma Ospedale amico del bambino, solo 53 Asl su 220 hanno attivato gruppi di sostegno all'allattamento "da mamma a mamma".

75%
MADRI CHE
ALLATTANO SUBITO
DOPO IL PARTO

50%
NEONATI ALLATTATI
AL TERZO MESE
DI VITA

30%
ALIMENTAZIONE CON
LATTE MATERNO
AL QUINTO MESE

SE ALLE DIMISSIONI dall'ospedale le madri che allattano sono oltre il 70%, già intorno al 3° mese scendono al 50% e precipita sotto il 30% al quinto mese. L'Oms raccomanda l'allattamento esclusivo fino al 6° mese.



LA CAMPAGNA

Il linfoma non Hodgkin, un nemico da conoscere

**BATTERE
LA MALATTIA**

**Negli ultimi
anni sono
stati fatti
molti passi
avanti**

QUATTRO italiani su cinque non ne hanno mai sentito parlare. Eppure è una malattia del sangue molto diffusa. Si chiama linfoma non Hodgkin, è uno dei punti di forza della ricerca genovese della scuola di Alberto Marmont, e va conosciuto. Per sensibilizzare le persone su questa patologia che colpisce oltre 12.000 persone l'anno in Italia, si punta sulla diagnosi precoce e sulle prospettive di cura, ovvero sul tempo. E proprio il tempo diventa il protagonista di un'originale campagna informativa, dal titolo "Ritorniamo al Futuro - Più tempo contro il linfoma", che simbolicamente sposta indietro nel tempo gli orologi di due ore. Il primo orologio ad andare a ritroso è quello di Palazzo Giureconsulti a Milano: altri seguiranno in varie città nei prossimi mesi.

Il messaggio passa anche attraverso il web con la sfida fotografica #ritorniamoalfuturo sul social network Instagram. «Il linfoma non-Hodgkin è una malattia tumorale del sistema linfatico - spiega Maurizio Martelli, Dipartimento Biotecnologie Cellulari ed Ematologia Università La Sapienza di Roma - che si sviluppa per un'alterazione delle cellule linfocitarie

contenute all'interno di organi come il linfonodi, la milza e il midollo osseo. Si tratta di una malattia molto eterogenea: sono stati infatti descritti numerosi tipi di linfoma non-Hodgkin, ognuno dei quali è caratterizzato da un diverso andamento clinico e prognostico. Pertanto, ci possono essere delle forme molto aggressive che devono essere trattate rapidamente ed altre forme più indolenti nelle quali il trattamento può anche essere posticipato. Infine, nei pazienti in trattamento chemioterapico non si deve dimenticare l'impatto che la malattia ha sul loro tempo quotidiano. Le persone sono infatti costrette a passare molto tempo in ospedale, con lunghe attese e infusioni di farmaci della durata anche di quattro-sei ore, con un significativo peggioramento della qualità di vita».

Negli ultimi anni, anche grazie agli studi condotti a Genova, sono stati fatti enormi passi avanti negli ultimi 10-15 anni e oggi il linfoma non-Hodgkin è fortunatamente una malattia trattabile, con le possibilità di cura nelle forme più aggressive che hanno ormai raggiunto il 70-80 per cento dei casi. E però importante non perdere tempo e garantire a tutte le persone, in ogni parte d'Italia, la possibilità di accedere con tempestività e in completa sicurezza alle moderne modalità di cura per le malattie del sangue, qualunque sia il grado di complessità terapeutica richiesto dalla patologia.

FE. ME.

RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.corriere.it/salute/>

Tumori, il costo dei farmaci per salvare la fertilità a carico delle donne

Cresce il numero dei malati in età fertile e oggi esistono terapie per difendere l'apparato riproduttivo dagli effetti tossici delle cure anticancro, lasciando aperta la possibilità di una gravidanza a chi guarisce

di Vera Martinella



La possibilità di diventare madri dopo il cancro non è più una chimera irraggiungibile, ma una possibilità concreta che può essere ottenuta senza pericoli per mamma e bambino. Rischia però di essere un diritto negato in Italia, dove i farmaci anti-sterilità sono a totale carico delle pazienti, perché non rientrano tra quelli prescrivibili per questo specifico scopo, nonostante numerosi studi scientifici abbiano dimostrato la loro sicurezza ed efficacia. Oggi il numero di guarigioni da tumori è in costante aumento e appare sempre più importante offrire ai malati l'opportunità di godere pienamente della loro vita futura, senza escludere la possibilità di avere figli, resa possibile dai passi avanti fatti dalla scienza.

Cresce il numero dei malati in età fertile

L'argomento riguarda un numero crescente di malati oncologici: bambini, adolescenti e giovani adulti che, superato il tumore, hanno un'aspettativa di vita simile a quella dei coetanei a cui si aggiungono uomini e donne (sempre più numerose) che si vedono diagnosticare la malattia in età riproduttiva. Perché quello alla genitorialità non diventi un diritto negato è necessario un intervento normativo urgente, come hanno evidenziato le associazioni dei pazienti (FAVO - Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia, ANDOS - Associazione Nazionale Donne Operate al Seno, AIMaC - Associazione Italiana Malati di Cancro, Salute Donna) in un appello contenuto nel documento inviato al Ministero della Salute e alla Conferenza Stato-Regioni e presentato a un convegno svoltosi nei giorni

scorsi al Senato. «Ogni anno – spiega Elisabetta Iannelli, segretario FAVO – 5mila donne nel nostro Paese devono confrontarsi con un tumore quando ancora potrebbero diventare madri. Per le giovani donne colpite da tumore è fondamentale poter conservare la fertilità per poter aver una chance di maternità dopo le cure oncologiche, che in molti casi mettono a rischio la capacità riproduttiva. Quali sono le risposte del Sistema Sanitario Nazionale? Purtroppo ancora insufficienti. Il costo dei farmaci è a completo carico delle pazienti, i percorsi clinico assistenziali non sono stati ancora definiti, manca del tutto un osservatorio nazionale che si occupi del problema».

Proteggere le ovaie dagli effetti tossici della chemioterapia

Il cancro del seno e i linfomi sono le neoplasie più frequenti nelle donne giovani. Rappresentano il 60 per cento di tutti i tumori nelle under 40 e vengono trattati nella maggior parte dei casi con chemioterapia potenzialmente tossica per la funzione ovarica. «Dai dati della letteratura scientifica si evince che tra le 3mila giovani donne italiane a rischio di infertilità a causa della malattia, circa la metà è interessata a preservare la propria fertilità – sottolineano Lucia Del Mastro, membro del Consiglio Direttivo Nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) e Fedro Peccatori, direttore dell'Unità di Fertilità e Procreazione dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano -. Le tecniche consolidate per prevenire l'infertilità da chemioterapia sono la raccolta di ovociti prima dei trattamenti chemioterapici e la loro crioconservazione e l'utilizzo di farmaci (analoghi LHRH) che proteggono le ovaie durante i trattamenti. Queste tecniche possono entrambe essere applicate alla stessa paziente e hanno un tasso di successo relativamente elevato, con possibilità di gravidanza dopo la guarigione tra il 30 e il 50 per cento a seconda dell'età della donna, dei trattamenti chemioterapici ricevuti e del numero di ovociti crioconservati. Studi eseguiti su centinaia di donne dimostrano che le pazienti trattate con analoghi LHRH durante la chemioterapia hanno un rischio ridotto della metà di rimanere sterili dopo il trattamento, rispetto alle pazienti che hanno ricevuto la sola chemioterapia. D'altra parte il congelamento di almeno 10 ovociti offre il 30 per cento di probabilità di diventare madri». Il costo complessivo per il trattamento farmacologico con LHRH delle donne che ne hanno effettivamente bisogno può essere stimato in 77mila euro all'anno per il Servizio sanitario nazionale. Se poi tutte le pazienti candidate alla preservazione della fertilità si sottoponessero alla crioconservazione degli ovociti, la spesa totale complessiva ammonterebbe a circa un milione e 500mila euro. «Però – afferma Giulia Scaravelli, responsabile del Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita (Istituto Superiore di Sanità) - ancora troppe donne non vengono informate, è determinante la formazione degli operatori e la sorveglianza del fenomeno».

Modificare le norme per poter somministrare i farmaci salva-fertilità

Basterebbe poco per assicurare loro un futuro di maternità oltre la malattia. «Innanzitutto vanno modificate le due Note dell'Agenzia Italiana del Farmaco – continua Iannelli - riconoscendo l'indicazione “prevenzione dell'infertilità nelle pazienti oncologiche” alle gonadotropine necessarie alla stimolazione e raccolta di ovociti (Nota 74) e agli analoghi LHRH che proteggono la funzione ovarica durante la chemioterapia (Nota 51). Sono trattamenti costosi per cui il medico è costretto, sotto sua responsabilità, a prescriberli attraverso un'interpretazione estensiva delle indicazioni, per evitare che siano pagati dalle pazienti. Una riscrittura delle due Note AIFA consentirebbe a queste pratiche terapeutiche diffuse ed efficaci di uscire dalla semi-clandestinità in cui sono mantenute». «È necessario implementare percorsi dedicati per la prevenzione della infertilità nelle pazienti oncologiche in tutte le Regioni italiane con

prestazioni riconosciute dal Sistema Sanitario Nazionale e attraverso strutture multidisciplinari (istituti oncologici, università, ospedali, strutture territoriali e centri di Procreazione Medicalmente Assistita), che diano vita ad una rete di centri di oncofertilità in grado di rispondere tempestivamente (entro 24 ore) alle esigenze delle pazienti – sostiene Cristofaro De Stefano, direttore dell'Unità di Fisiopatologia della riproduzione e sterilità di coppia dell'Ospedale San Giuseppe Moscati di Avellino -. Ridare ai malati la speranza di poter riprogettare l'esistenza dopo il cancro è motivo di vita e recupero di energie anche durante il cancro».

Per le giovani donne malate è importante non perdere tempo

Diversamente da quanto accade nell'uomo, nella donna l'utilizzo di alcune tecniche di crioconservazione è associato a un ritardo nell'inizio dei trattamenti antitumorali: da qui l'importanza di avviare le pazienti il più precocemente possibile agli esperti in questo campo. «La creazione di un network – continua Lucia Del Mastro - consentirebbe di definire percorsi dedicati e riconosciuti, oggi esistenti solo in alcune aziende ospedaliere, e di risolvere un altro importante problema, rappresentato dalla difficoltà delle giovani pazienti oncologiche ad accedere al counselling riproduttivo e ad eventuali successive tecniche di crioconservazione. Ad esempio, all'Ospedale San Martino di Genova è attivo un rapporto di collaborazione tra la struttura di oncologia e quella di medicina della riproduzione, per fornire alle giovani pazienti un percorso privilegiato di accesso al counselling riproduttivo e ridurre il più possibile il ritardo nell'inizio dei trattamenti antitumorali. Le donne, durante la prima visita oncologica, vengono informate dagli oncologi medici sui possibili rischi legati alle terapie anticancro, tra cui il rischio di tossicità gonadica e di infertilità, e vengono loro proposte le strategie disponibili per ridurre questa eventualità».

21 DICEMBRE 2014

Corte Giustizia UE: “L’obesità può costituire un ‘handicap’ sul lavoro. E va pertanto tutelata”

Il caso sollevato in Danimarca dopo il licenziamento di un impiegato comunale. Per la Corte: “Sebbene nessun principio generale del diritto dell’Unione vieti, di per sé, le discriminazioni fondate sull’obesità, questa rientra nella nozione di handicap allorché impedisce, a talune condizioni, la piena ed effettiva partecipazione della persona alla vita professionale su base di uguaglianza con gli altri lavoratori”. [LA SENTENZA.](#)

Per specificare il principio della parità di trattamento, una direttiva dell’Unione stabilisce un quadro generale per la lotta alle discriminazioni in materia di occupazione e di condizioni di lavoro. In forza di tale direttiva sono vietate, in materia di occupazione, le discriminazioni fondate sulla religione, le convinzioni personali, gli handicap, l’età o le tendenze sessuali.

Il caso. Il sig. Karsten Kaltoft è stato per quindici anni alle dipendenze del comune di Billund (Danimarca) in qualità di babysitter. Nell’ambito di tale attività, era tenuto a occuparsi di bambini nella sua abitazione. Il 22 novembre 2010, il comune ha posto fine al suo contratto di lavoro. Sebbene il licenziamento fosse motivato da un calo del numero di bambini di cui occuparsi, il comune non ha indicato le ragioni per le quali la sua scelta è caduta sul sig. Kaltoft. Durante tutta la vigenza del suo contratto di lavoro, il sig. Kaltoft è stato considerato obeso ai sensi della definizione fornita dall’Organizzazione mondiale della sanità (OMS). La questione dell’obesità del sig. Kaltoft è stata sollevata durante il colloquio di licenziamento, ma le parti non concordano sul modo in cui sarebbe stata discussa. Il comune nega, infatti, che l’obesità facesse parte delle ragioni del licenziamento del sig. Kaltoft. Il Fag og Arbejde (FOA), un’organizzazione sindacale che agisce per conto del sig. Kaltoft, ritenendo invece che tale licenziamento derivi da una discriminazione illegittima fondata sull’obesità, ha adito un giudice danese per far constatare tale discriminazione e richiedere il risarcimento del danno.

Il ricorso alla Corte UE. Il tribunale di Kolding (retten i Kolding, Danimarca) chiede alla Corte di giustizia di precisare se il diritto dell’Unione vieti in modo autonomo le discriminazioni fondate sull’obesità. In via subordinata, chiede se l’obesità possa costituire un handicap e se rientri nell’ambito di applicazione della direttiva.

Nella sua sentenza la Corte rileva, innanzitutto, che il principio generale di non discriminazione è un diritto fondamentale che costituisce parte integrante dei principi generali del diritto dell’Unione. Tale principio vincola quindi gli Stati membri allorché una situazione nazionale rientra nell’ambito di applicazione del diritto dell’Unione.

A tale proposito, la Corte ricorda che nessuna disposizione dei Trattati e del diritto derivato dell’Unione in materia di occupazione e di condizioni di lavoro contiene un divieto di discriminazione fondato sull’obesità in quanto tale. La direttiva sulla parità di trattamento in materia di lavoro non menziona l’obesità quale motivo di discriminazione e il suo ambito di applicazione non deve essere esteso al di là delle discriminazioni fondate sui motivi tassativamente elencati.

Inoltre, nemmeno la Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea è applicabile a una situazione del genere. La Corte constata poi che il fascicolo non contiene alcun elemento che consenta di ritenere che un licenziamento asseritamente fondato sull’obesità in quanto tale rientri nell’ambito di

applicazione del diritto dell’Unione.

Le conclusioni della Corte. La Corte conclude, di conseguenza, che, il diritto dell’Unione non sancisce alcun principio generale di non discriminazione in ragione dell’obesità in quanto tale, per quanto riguarda il lavoro e le condizioni di occupazione.

Quanto alla questione se l’obesità possa costituire un “handicap” ai sensi della direttiva, la Corte ricorda che l’oggetto della stessa è stabilire un quadro generale per la lotta, in materia di occupazione e di condizioni di lavoro, alle discriminazioni fondate su uno dei motivi elencati nella direttiva, tra i quali figura l’handicap. La nozione di handicap ai sensi della direttiva si riferisce a una limitazione risultante segnatamente da menomazioni fisiche, mentali o psichiche durature, la quale, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione della persona alla vita professionale su base di uguaglianza con gli altri lavoratori.

Tale nozione si riferisce non soltanto a un’impossibilità di esercitare un’attività professionale, ma altresì a un ostacolo a svolgerla. Infatti, la direttiva si propone di attuare la parità di trattamento e mira segnatamente a garantire che una persona con disabilità possa accedere a un lavoro o svolgerlo. Inoltre, sarebbe in contrasto con la finalità della direttiva che l’origine dell’handicap rilevasse ai fini della sua applicazione.

Inoltre la Corte rileva che la definizione della nozione di handicap precede la determinazione e la valutazione delle misure di adattamento appropriate che, conformemente alla direttiva, i datori di lavoro devono attuare, in funzione delle esigenze delle situazioni concrete, per consentire ai disabili di accedere a un lavoro, di svolgerlo o di avere una promozione (a meno che dette misure comportino per il datore di lavoro un onere finanziario sproporzionato). La mera circostanza che nei confronti del sig. Kaltoft non siano state adottate siffatte misure di adattamento non è sufficiente a ritenere che non possa essere considerato come un soggetto portatore di handicap ai sensi della direttiva.

Per tali motivi la Corte conclude che qualora, in determinate circostanze, lo stato di obesità di un lavoratore comporti una limitazione, risultante da menomazioni fisiche, mentali o psichiche, che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione della persona interessata alla vita professionale su base di uguaglianza con gli altri lavoratori e qualora tale limitazione sia di lunga durata, una siffatta condizione rientra nella nozione di “handicap” ai sensi della direttiva. Tale sarebbe il caso, se l’obesità del lavoratore non gli consentisse di partecipare alla vita professionale in ragione di una mobilità ridotta o dell’insorgenza di patologie che gli impediscano di svolgere il suo lavoro o che determinino una difficoltà nell’esercizio dello stesso.

A questo punto, secondo la Corte, spetta al giudice nazionale determinare se l’obesità del sig. Kaltoft rientri nella definizione di handicap.

Fonte: Ufficio stampa Corte di Giustizia UE

Dispositivi medici, report della Salute: spesa 2013 in aumento del 4,6 per cento



Quello dei dispositivi medici è uno dei maggiori driver del miglioramento della salute della popolazione. Un settore ad alto tasso di innovazione tecnologica (un brevetto ogni 50 minuti in Europa), sempre più centrale anche sul fronte dei costi sostenuti dal Ssn: nel 2013 per l'acquisto di dispositivi medici il Ssn ha infatti speso circa 5,6 miliardi di euro (pari al 37,3 % del totale dei costi per acquisto di beni sanitari). Un dato che rispetto al 2012 segna una crescita a livello nazionale del 4,6 per cento. E' la fotografia che emerge dal «Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del Ssn per l'acquisto di dispositivi medici» del ministero della Salute.

Sempre nel 2013, il totale della voce "beni sanitari" ha registrato un incremento del 2,9 per cento. Un dato che evidenzia come i dispositivi medici abbiano un incremento più elevato rispetto alle altre componenti dell'aggregato beni sanitari.

Sfondato il tetto di spesa del 4,8 per cento. Non a caso, il tetto di spesa del 4,8% del finanziamento sanitario complessivo, previsto dalla attuale normativa, è stato sfondato di circa 452 mln di euro con una percentuale del 5,2 per cento. Sono solo 5 le regioni che presentano una spesa inferiore al limite previsto, tre delle quali, Campania, Calabria e Sicilia, sottoposte alle regole del piano di rientro.

Anche se, avverte il rapporto, «sebbene in alcune regioni si siano registrati valori elevati rispetto al tetto previsto gli stessi devono essere valutati con estrema cautela in considerazione del fatto che le modifiche intervenute nelle voci relative ai beni sanitari dei modelli di rilevazione dei conti economici, hanno comportato delle difficoltà interpretative circa la corretta allocazione dei costi

nelle nuove voci».

Una spesa fortemente concentrata. A fare la parte del leone dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi, dispositivi per apparato cardiocircolatorio, dispositivi impiantabili attivi e dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta. Si tratta delle prime quattro categorie della Classificazione nazionale dei dispositivi medici (Cnd) che rappresentano, nel 2013, circa il 54,4% della spesa totale per i dispositivi medici. E si arriva all'80% includendo anche le quattro categorie successive: dispositivi da sutura, dispositivi per medicazioni generali e specialistiche, dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia, dispositivi di protezione e ausili per incontinenza.

La categoria Cnd a maggiore assorbimento di spesa è rappresentata dai dispositivi protesici e impiantabili e prodotti per osteosintesi, con un valore economico rilevato nel 2013 di oltre 711 milioni di euro, pari al 22% della spesa complessiva rilevata. La seconda categoria Cnd a maggiore spesa è rappresentata dai dispositivi per l'apparato cardiocircolatorio, con una spesa di circa 405 milioni (12,6% del totale), seguita dai dispositivi impiantabili attivi e dai dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta.

Le cifre del settore. In Italia, il settore dei dispositivi medici è caratterizzato da un alto livello di innovazione e mostra un forte dinamismo. Nel 2012 il numero di società produttrici, distributrici o integrate verticalmente di dispositivi medici attive in Italia è pari a pari a 4.940, con un incremento del 200% rispetto al 1994.

Complessivamente le imprese di dispositivi medici impiegano 41.931 lavoratori, con un incremento medio annuo del 9,5% tra il 2004 e il 2012. Il settore ha fatturato complessivamente 13,5 miliardi di euro con un tasso annuo di crescita del 4,7% tra il 2004 e il 2012.

Gli Stati Uniti d'America sono leader mondiale nella produzione e nel consumo di dispositivi. Nel 2013, il mercato statunitense era equivalente a più di 125 miliardi di dollari (Espicom, 2014), con previsioni di un tasso di crescita media annuale dal 2013 al 2018 del 6,1%. Complessivamente il mercato americano rappresenta il 40% del mercato mondiale, seguito dall'Europa che detiene il 25% del mercato, dal Giappone con il 17% e dal resto del mondo con circa il 15 per cento.

In Europa, il settore genera un fatturato di circa 100 miliardi di euro l'anno e impiega oltre 575.000 persone. Il 70% del fatturato totale in Europa è generato in Germania, Francia, Gran Bretagna, Italia, e Spagna.

L'8% circa del fatturato globale è reinvestito in ricerca e sviluppo, equivalente a circa 8 miliardi di euro l'anno e, mediamente, al deposito di un brevetto ogni 50 minuti. In Europa, l'industria dei dispositivi medici si compone di circa 25.000 imprese, il 95% delle quali sono piccole e medie imprese, e principalmente piccole e micro imprese. La stessa compagine è ravvisabile nel mercato statunitense, dove il 67% delle imprese ha meno di 20 dipendenti.

<http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2014-12-19/dispositivi-medici-report-salute-125649.php?uud=AbBTpPoK>

► **L'INCHIESTA** ► Medici e industrie,
il grande business del latte in polvere

Quanti mangiano sulla pappa dei bimbi neonati

di Paola Zanca

Lo dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità. E lo ribadisce il Ministero della Salute. Il latte materno fa bene ai bambini, l'allattamento artificiale, se possibile, è da contenere. Ma in Italia sul business della pappa dei neonati mangiano in molti. ► pag 8 - 9

L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ PARLA CHIARO: L'ALLATTAMENTO AL SENO VA SOSTENUTO E NON SI POSSONO PUBBLICIZZARE I PRODOTTI ARTIFICIALI. EPPURE LA GARA TRA NATURA E AZIENDA COMINCIA PRESTO. GIÀ IN OSPEDALE, APPENA USCITI DALLA SALA PARTO

La guerra del latte: polvere di affari

DI CHE TURNO

SEI? OGNI MESE

UN MARCHIO

CONSIGLIATO:

CERTE INDUSTRIE

FARMACEUTICHE

SI SPARTISCONO

LA FORNITURA

CON L'AIUTO

DI PEDIATRI AMICI

di Paola Zanca

Signora, ma lei... che intenzioni ha?". È un pomeriggio di metà marzo e in una stanza di una clinica convenzionata di Roma, c'è una neonata che non ha nemmeno compiuto ventiquattr'ore. Parto naturale, tutti stanno bene. Eppure questo pediatra di esperienza sente il bisogno di fare una domanda con tono da melodramma. La signora in questione, per la verità, nel clima di preoccupazione immotivata è immersa dal momento in cui le hanno tagliato il cordone ombelicale. Ha pro-

vato, come da manuale, ad attaccare al seno la sua piccola che ha appena visto la luce. E un'infermiera dai modi spicci l'ha allontanata dicendo "non abbiamo tempo da perdere". Ha tentato, come si insegna, ad allattarla poche mezz'ore più tardi, sentendosi rispondere che "può stare qui tutta la notte, tanto non le esce niente". E poi, è arrivato quel pediatra, con il tono da fine del mondo, a chiederle cosa pensasse di fare con quella bambina affamata che ha solo una richiesta: un misurino di Nidina 1, latte in polvere, marca Nestlé.

Il benvenuto al mondo è scritto nella lettera di dimissioni dall'ospedale. E per ogni donna è opera ardua dover cominciare la lotta contro le lusinghe del mercato appena messo piede fuori dalla sala parto. Allattare al seno - lo dicono decenni di letteratura scientifica - fa bene alla salute di madre e figlio, è economico, pratico, sostenibile e riduce pure i costi per la collettività, perché diminuisce il bisogno di cure mediche. Eppure, quello che è suc-



cesso a metà marzo in quella clinica, non è né un'eccezione né una sfortunata casualità: il sostegno all'allattamento materno spesso scarseggia e altrettanto spesso viene consigliata l'alternativa artificiale. A dire il vero, dal 1981, ci sarebbe in vigore un "Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno" messo a punto dall'Organizzazione mondiale della Sanità. E agli operatori del settore, quel Codice, ricorda che "svolgono un ruolo essenziale nel guidare le pratiche di alimentazione dei lattanti, incoraggiando e facilitando l'allattamento al seno, e fornendo consigli oggettivi e coerenti alle madri ed alle famiglie". Eppure, negli ospedali italiani, sembrano esserselo dimenticato in tanti. Lo dice il Report sull'allattamento al seno appena pubblicato dal **ministero della Salute** (lo illustriamo brevemente qui sopra, ndr): "In molti punti nascita non si applicano o si applicano solo parzialmente o senza particolare successo le modalità organizzative ed i protocolli assistenziali, che invece sono notoriamente facilitanti l'avvio dell'allattamento al seno".

Ogni anno l'associazione Ibfam redige un rapporto che illustra nel dettaglio tutti i casi di violazione del Codice dell'Oms. Anche per il 2014, per scriverli tutti, ci sono volute 107 pagine.

Le segnalazioni di lettere di dimissioni con specificata la marca di latte da usare sono vietate dal Codice. Eppure le danno a Roma, a Cosenza, a Novara, a Firenze: dappertutto. Recitano la formula di rito: "L'alimento migliore per ogni bambino è il latte materno (...). In caso di necessità, qualora venisse a mancare il latte materno, si consiglia integrazione con alimento per l'infanzia". E poi ecco il nome del momento: a chi si affida ai consigli della direzione sanitaria farà un certo effetto scoprire che se suo figlio fosse nato un mese prima o un mese dopo, il latte raccomandato sarebbe stato un altro. Il meccanismo della "turnazione" funziona così: le

aziende, in accordo con le strutture ospedaliere, stabiliscono un calendario annuo. A gennaio si usa Milupa, per dire, a febbraio Humana, a marzo Aptamil e così via. Una pratica, dicevamo, vietata dal Codice ma anche da una legge italiana del 2009 e sanzionata più volte dall'Antitrust, visto che le multinazionali fanno cartello e organizzano la turnazione tagliando fuori le aziende minori. Spiega il Rapporto Ibfam: "Le principali ditte si spartiscono il privilegio di offrire forniture gratuite o a basso costo di latte artificiale ai reparti maternità, ben consapevoli che durante il periodo in cui viene usato un certo tipo di latte

questo sarà anche consigliato alle dimissioni, con un ritorno di pubblicità e vendite che compensa ampiamente l'investimento iniziale".

L'ultima inchiesta che ha portato all'arresto di 12 pediatri livornesi è di meno di un mese fa: scoraggiavano l'allattamento materno e suggerivano l'uso di latte artificiale. Ora sono ac-

cusati di corruzione, perché, secondo l'accusa, quei consigli alle neo mamme erano dati in cambio di telefonini, televisori, weekend a Parigi e viaggi a Sharm El Sheik. Gentili omaggi delle aziende farmaceutiche. "Quelle identificate dall'indagine sono mele marce - tuonò allora il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** - una macchia per tutti certo, ma il cesto è sano".

In mezzo a quel cesto sano, comunque, ci sono anche quelli che non disdegnano i convegni a Bilbao o a Marrakech, quelli che frequentano i campus a Capri: nulla di illegale, se non che dietro a questi eventi internazionali, ovviamente, ci sono tutte le più grandi aziende farmaceutiche e alimentari del settore.

Al ministro **Lorenzin** dovrebbe far drizzare le antenne il report appena pubblicato dal Tavolo tecnico a cui abbiamo accennato già sopra. Paola Negri, presidente Ibfam Italia, nella riunione di novembre a cui è stata invitata, ha raccontato la sua esperienza di consulente per l'allattamento a Firenze e posto l'attenzione sull'ultima frontiera del business neonatale: i lattati di crescita.

Ultima frontiera Allungare l'età: così sono nati i prodotti "di crescita"

Mai sentiti? Sono una trovata degli ultimi 4 - 5 anni e rientrano in pieno nelle strategie di *up-ageing* che le aziende produttrici stanno sperimentando: perchè limitare al primo anno di vita l'offerta alimentare dedicata ai bambini? Allungare l'età dei bisogni è la strada maestra per trovare spazio per nuovi profitti. Spiega una ricerca commissionata dalla Heinz (la multinazionale della Plasmon, per intenderci) che "la categoria *baby food* è fondamentale per tutti i distributori perchè permette di fidelizzare i consumatori con uno scontrino medio più alto (+25 per cento) e genera traffico nel punto vendita in ragione della maggiore frequenza di spesa".

Anche in questo caso, poco importa che l'Organizzazione mondiale della Sanità abbia ripetutamente bollato i lattati di crescita come "inutili": se si decide di proseguire l'allattamento oltre l'anno di vita, basta il latte materno. Altrimenti, si può introdurre il latte vaccino o ricavato da altri cereali (riso, avena e simili). Eppure, un buon motivo per affidarsi ai lattati di crescita, per la Società italiana di Pediatria c'è: "Rappresentano un'arma in più per prevenire carenze di alcuni micronutrienti. Tali carenze sono frequenti quando i bambini assumono latte vaccino e soprattutto quando ne assumono notevoli quantità, anche per la riduzione dell'appetito che ne può conseguire".

Aggiunge la Sip: "È spesso arduo il passaggio da una alimentazione esclusivamente latte ad una che comprende anche altri alimenti e non sempre è facile l'adattamento del bambino e della sua famiglia ad una alimentazione variegata e più ricca di nutrienti". Meno male che ci aiutano Heinz, Nestlé e Danone.

Twitter:@paola_zanca

Bambole, macchinine e videogame Ecco come sceglierli in sicurezza

Più controlli e occhio all'etichetta. L'Iisg: «Italia in prima fila»

1	Avvertenze e istruzioni	2	L'età consigliata	3	Parti elettriche	4	Rumori e pericoli
---	-------------------------	---	-------------------	---	------------------	---	-------------------

Il marchio CE e il nome di produttore e distributore sono obbligatori

I giocattoli con piccole parti non sono adatte ai bimbi sotto i 3 anni

I giochi elettrici con parti che si scaldano non sono adatti agli under 8 anni

Attenzione a stringhe, parti appuntite e suoni troppo rumorosi

Presto la campagna dell'Ue sull'incolumità dei più piccoli

La Commissione e il Parlamento europeo promuovono la Campagna sulla sicurezza dei giocattoli con il marchio CE: sarà presentata lunedì prossimo a Roma da Tajani e Sassoli

Laura Alari
■ COMO

OCCHIO all'etichetta, alle istruzioni e all'ambiente. Ma soprattutto usiamo quel buonsenso che gli adulti, molto più dei piccoli, dovrebbero possedere. Sono le regole su cui si fonda la guida all'acquisto sicuro. Poche, semplici ma fondamentali per orientarsi nella giungla delle offerte che spesso e volentieri nascondono trappole pericolosissime a prezzi stracciati. «La prima raccomandazione è proprio quella di scegliere non dico prodotti di marca, ma almeno di aziende riconoscibili e facilmente rintracciabili», spiega Natale Consonni, che in questo campo sarebbe una garanzia anche solo per il nome di battesimo. E che in realtà è molto di più, in quanto direttore dell'Istituto Italiano Sicurezza dei Giocattoli (Iisg), che da anni conduce battaglie di grande successo a tutela dei bambini in tutte le aree giochi, comprese scuole materne e asili nido. Otto test diversi, dalle prove meccaniche a quelle tossicologiche, per capire se un giocattolo è idoneo.

SCEGLIERE bene, prima di tutto: «L'etichetta sulla confezione dev'essere ben leggibile, così come la conformità alla legge europea, tutto scritto in lingua italiana a cominciare dalle avvertenze. Se il prodotto risponde a tutti questi requisiti, vuol dire che sono già stati effettuati tutti i controlli necessari a garanzia della sicurezza». Un altro aspetto importante è quello del packaging, perché non

Danimarca, passione Lego Sono anche sui francobolli

I mattoncini e i pupazzetti della Lego, oltre ad essere impacchettati sotto l'albero di Natale di molti bambini, arrivano anche sui francobolli della loro patria, la Danimarca

tutti dopo l'acquisto si preoccupano di leggere le istruzioni: «Bisogna controllare che l'imballaggio sia stato rimosso correttamente in tutte le sue parti, per evitare che magari qualche piccolo pezzo possa provocare danni al bambino». Terzo punto, l'attenzione ambientale: «Quando non si usano, i giocattoli vanno riposti perché anche quello più innocuo, se lasciato in mezzo al pavimento, può diventare pericoloso».

Un compito di solito riservato agli adulti e sono proprio loro, i più grandi, ai quali Consonni attribuisce il ruolo più importante: «Per scegliere il giocattolo giusto non basta guardare l'età consigliata dal produttore, bisogna conoscere a fondo il bambino e la sua capacità di sviluppo intellettuale. La supervisione dell'adulto e il suo buonsenso diventano fondamentali e vengono prima di tutte le altre regole».

CERTO, visto il prosperare di videogames e imitazioni di iPad, una nuova legge sarebbe gradita: «Anche solo per stabilire dei punti fermi, visto che il mondo ormai viaggia a velocità supersonica. Ma intanto l'associazione che riunisce le aziende del settore ha stilato un documento volontario dove si garantisce che i contenuti di questi giochi rispettano i valori etici e morali a tutela del bambino. Ed è già un bel passo avanti». Non a caso l'Italia, dice Consonni, ha una profonda cultura della sicurezza: «Tra i Paesi europei siamo in prima fila con Inghilterra, Francia e Germania». Una volta tanto...



I RISULTATI DI UNA RICERCA CONDOTTA NEGLI STATI UNITI DALL'UNIVERSITÀ DELL'INDIANA

FASTIDI DA MENOPAUSA? LA CURA È ACCUDIRE BIMBI E NIPOTINI

DONNE, siete infastidite dai sintomi della menopausa? Accudite i nipotini o comunque seguite dei bambini! Secondo una ricerca apparsa su *Menopause* e condotta all'Università dell'Indiana su donne che avevano subito l'asportazione delle ovaie avere i bimbi che gironzolano intorno ridurrebbe le "caldane" e i sudori notturni. Il motivo è forse da ricerca nell'azione dell'ossitocina, l'ormone che si libera durante il parto e potrebbe avere un'azione anche in questa epoca della vita.

