

Dir. Resp.: Luciano Fontana

SALUTE

La neomamma che allatta smaltisce il grasso accumulato in gravidanza

Vantaggi

Sciogliere l'adipe
viscerale è protettivo
per la salute
del cuore e dei vasi

Il latte materno è il migliore alimento per nutrire i neonati, su questo ormai ci sono pochi dubbi. Ma è una miniera di benefici anche per la mamma.

Lo hanno spiegato ricercatori statunitensi durante il convegno *Excellence in Pediatrics* a Dubai, sottolineando come l'allattamento possa essere considerato una sorta di "quarto trimestre" della gravidanza per la donna, che così ha modo di portare a termine un percorso per cui il suo organismo si è preparato nei nove mesi precedenti. Non farlo è "rischioso", visto che, ad esempio, è stato dimostrato come le donne che hanno allattato complessivamente per meno di un anno abbiano una maggior probabilità di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione, iperlipidemia una volta entrate in menopausa.

I benefici per la neomamma quindi non sono solo psicologici, né si limitano allo sviluppo di un legame più stretto con il figlio: come mostrano anche i dati presentati dall'Osservatorio nazionale sull'infanzia e l'adolescenza, *Paidòss*, l'allattamento serve innanzitutto a mobilitare il grasso accumulato in gravidanza, grasso utile

ad avere l'energia per nutrire un altro essere umano, ma da "smaltire" dopo la nascita. «In parte, infatti, è anche grasso viscerale, più pericoloso per la salute cardiovascolare: "scioglierlo" allattando, non solo fa tornare in forma più velocemente, ma risulta protettivo pure per cuore e vasi» spiegano i ricercatori *Paidòss*.

L'allattamento diminuisce poi il rischio di diabete, perché aiuta a ripristinare una corretta tolleranza al glucosio, che durante i nove mesi spesso viene meno portando in alcuni casi a diabete gestazionale; inoltre, abbassa il rischio cardiovascolare grazie anche a un effetto antipertensivo e di riduzione dei trigliceridi.

E non basta: è noto da tempo che allattare protegge pure dai tumori al seno e all'ovaio, con un "taglio" della probabilità di ammalarsi che si aggira sul 60 per cento. Mettendo in fila tutti questi benefici, si capisce perché pediatri e ginecologi ribadiscano l'importanza di combattere i falsi miti che circolano sull'allattamento. Non è vero, ad esempio, che il seno si "rovinava" ed è una leggenda pure la convinzione di molte che il proprio latte possa essere troppo "leggero" e inadeguato alla crescita del bambino. Non è quasi mai così e basta osservare il neonato per accorgersi se il latte materno non è sufficiente: solo a quel punto si consulterà il pediatra sull'opportunità di un'eventuale aggiunta di latte artificiale.

Alice Vigna

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dalla procreazione assistita una speranza per i trapiantati

Una sostanza prodotta durante la gravidanza potrebbe ridurre i rigetti



Nuove
frontiere

**Al Simer Forum
di Firenze ricercatori
e clinici della medicina
della Riproduzione**

Letizia Cini

UN VUOTO durato 13 anni. La fecondazione eterologa (ovvero quella che richiede il ricorso a un donatore di spermatozoi o di cellule uovo) deve correre ai ripari. Se da un punto di vista della ripresa scientifica le cose stanno andando rapidamente - vedi l'annuncio di un gruppo di ricercatori di Lione, certi di aver ottenuto spermatozoi umani completamente in vitro a partire dal tessuto di un uomo sterile - in Italia sul fronte della reperibilità dei donatori, soprattutto delle ovidonatrici, la parità con altri Paesi europei, in primis la Spagna, è ancora ben lungi dal venire. Il loro numero è insufficiente, lontanissimo dal soddisfare le richieste che arrivano da coppie con problemi di infertilità legati alla sterilità di uno dei partner, che ormai - assicurano gli specialisti - è equamente divisa in un'imparziale fifty-fifty.

Per analizzare questo e molti altri temi, si sono riuniti a Firenze i più illustri rappresentanti del mondo della medicina della Riproduzione, dell'Embriologia e della Genetica per l'edizione numero quattordicesimo del Simer Forum: una full immersion che ha visto esporre le ultime scoperte sulle varie fasi della gravidanza dal concepimento (giorno 0) alla nascita (giorno 270), nell'ambito del progetto '0-270' lanciato lo scorso luglio da Simer e Tecnobios Prenatale per accompagnare le coppie durante tutto il loro per-

corso di programmazione familiare dalla ricerca del figlio alla sua nascita, attraverso i servizi forniti da un'équipe di medici specialisti (ginecologi, ostetrici, urologi, genetisti e psicologi), embriologi e tecnici di laboratorio.

FRA LE MAGGIORI novità emerse nel capoluogo toscano la scoperta del ginecologo americano Eytan Barnea, famoso per essere lo scopritore del PreImplantation Factor (Pif). «Lo studio del funzionamento di tale fattore, una sostanza secreta naturalmente dall'organismo nella fase iniziale della gravidanza per far sì che il corpo materno accetti l'embrione senza rigettarlo, ha permesso di individuare - ha spiegato il professor Barnea - significative analogie con i trapianti e di ipotizzare interessanti applicazioni cliniche in questo campo. Il suo impiego, potrebbe infatti aumentare le probabilità di successo della procedura, riducendo il rischio di rigetto del nuovo organo». Una vera rivoluzione per i tanti trapiantati, costretti a sottoporsi a pesanti terapie per il resto della loro vita.

TORNANDO fra le eccellenze di casa nostra, il professor Carlo Di Renzo, docente universitario di ginecologia e ostetricia, attualmente direttore della clinica di Ostetricia e ginecologia dell'Ospedale di Perugia (tra gli italiani più famosi al mondo per ciò che riguarda la medicina materno-fetale e perinatale), ha sottolineato le ultime novità nell'ambito dell'origine delle malformazioni fetali, mettendo in luce «come tecniche sempre più innovative permettano di individuare molto precocemente le anomalie e, in certi casi, di intervenire, sancendo di fatto lo status del feto non più come appendice della madre, ma come vero e proprio paziente».

Malformazioni fetali Diagnosi sempre più precoce

Il professor Carlo Di Renzo, direttore di Ostetricia a Perugia, ha sottolineato come nuove tecniche permettano di individuare precocemente le anomalie



LA SUPERMAMMA D'ITALIA 35 ANNI DOPO

“Crescere sei gemelli? Difficile Ma trovargli un lavoro è peggio”

La “Signora Giannini” divenne un personaggio negli Anni 80 per un parto record Televisione, rotocalchi, sponsor e conoscenti aiutarono la famiglia diventata maxi

Parla Rosanna Giannini, la supermamma d'Italia che nel 1980 partorì sei gemelli
“Più facile allattarli che trovargli un lavoro”

MICHELE BRAMBILLA
INVIATO A SOCI (AREZZO)

Come Flavia Pennetta, anche Rosanna Cavigli coniugata Giannini è un'italiana da record. Se la tennista è stata la prima connazionale a vincere gli Us Open, la signora Giannini è stata la prima a partorire sei gemelli: fate voi quale delle due imprese sia più impegnativa.

Ma mentre la bella e ancor giovane Flavia può già smettere di prendere a pallate le avversarie e godersi la vita, una mamma non si ritira mai. Neanche ora che i figlioli hanno compiuto i trentacinque anni.

Le due femmine, dopo anni di precariato, hanno solo in questi giorni, e non senza disagi, ottenuto una cattedra di ruolo come insegnanti: per occupare la quale debbono però (ovviamente) affidare i figli piccoli (ancor più ovviamente) ai nonni, che in Italia ormai sono in servizio anche quando dormono. Quanto ai quattro maschi, solo uno ha un lavoro pieno e vive fuori casa: gli altri tre stanno ancora tutti con mamma e papà.

Linda, Letizia, Fabrizio, Roberto, Francesco e Giorgio vennero al mondo dalle 4,17 alle 4,22 dell'11 gennaio del 1980 all'ospedale di Careggi a Firenze e la notizia appassionò l'Italia intera. In tutto il pianeta solo una sola volta, in precedenza, una donna aveva partorito sei gemelli. Era successo alla sudafricana Susan Rosenkowitz e, siccome in questi eventi al limite del miracoloso c'è sempre qualche singolare coincidenza, pure lei aveva partorito un 11 gennaio: sei anni prima, nel 1974.

Maestra elementare la signora Rosanna, impiegato suo marito Franco, se la cavarono anche arrotondando gli stipendi con le copertine del settimanale Gente e con la pubblicità in tv del Dixan. Non fu una passeggiata ma insomma: ce la fecero. E allora ci siamo

chiesti se era più difficile avere sei neonati nell'Italia di trentacinque anni fa o se è più difficile avere sei figli di mezz'età nell'Italia di oggi.

Così, siamo andati a trovare la signora Rosanna, che come allora vive a Soci, una frazione di Bibbiena in provincia di Arezzo, al confine con la Romagna. Anche la casa è la stessa di allora: bianca e pulita, la prima di una serie di villette a schiera. Dietro c'è un po' di giardino. La signora Rosanna, che ora ha 64 anni, è una donna esile e minuta ma come molte donne esili e minute basta guardarla per capire che ha dentro una forza dell'altro mondo. Era così anche allora, tanto che i medici e le ostetriche dell'ospedale di Firenze l'avevano convinta a partorire naturalmente: se non ci fosse stato un distacco della placenta, non le avrebbero fatto il cesareo.

E pensare che aveva paura di non poter avere figli.

«Ero sposata da quasi tre anni e non restavo incinta. Cominciavo a pensare di essere sterile. Allora non c'erano le provette e quest'altre cose di adesso, così mi fecero una stimolazione ovarica».

Non pensò di aspettare ancora un po'?

«Avevo 28 anni. Mi sentivo vecchia».

Oggi a 28 anni si comincia a prendere in considerazione l'ipotesi di fidanzarsi.

«Lo so, oggi si fanno i figli a quaranta. Ma per il mondo d'allora ero al limite. Tutti i tempi erano diversi. Ci si diplomava a 19 anni e si trovava subito il lavoro. Chi si laureava, al massimo aspettava i 24:

ma poi si poteva mettere su famiglia».

I suoi figli hanno 35 anni.

«Linda e Letizia sono laureate in lettere, fanno le insegnanti e sono diventate di ruolo adesso. Sono rientrate a buco nella nuova graduatoria. C'erano diciassette posti: Linda è arrivata diciassettesima, Letizia quattordicesima».

Viva la nuova legge sulla buona scuola, allora.

«Insomma. Letizia ha trovato posto a Faella, che è in provincia di Arezzo ma in un'altra vallata, sono 53 chilometri ad andare e 53 a tornare. Linda è un po' più vicina, a Montevarchi, ma fa la serale: parte il pomeriggio e rientra a notte fonda. Comunque hanno accettato, un posto oggi non lo si può rifiutare».

Sono già mamme tutte e due, vero?

«Sì, gli unici due nipoti finora me li hanno dati loro. Letizia ha un bimbo di sei anni, Tommaso, e ora sta ad Arezzo, dopo che era stata qui in casa con noi per sei anni. La aiutano gli altri nonni. Linda ha Vin-



cenzo Giulio, di un anno, e abita qui in fondo al paese».

Andiamo con i maschi. Giorgio?

«Lui è l'unico che ha un vero posto fisso. Vive a Milano e lavora in una società di energie rinnovabili».

Gli altri tre?

«Vivono ancora con noi. Francesco ha un incarico con la Cgil qui a Soci. Roberto ha fatto la scuola per diventare cuoco, sembrava ci fosse tanto lavoro da benedire, invece niente. Si è offerto anche come semplice aiutante da cucina, ma vogliono solo gente al di sotto dei trent'anni. Fabrizio ha una laurea triennale e vuole fare lo scrittore, il poeta. Che vuole che le dica? Declamerà i versi della Divina Commedia. Adesso però ha detto che riprenderà a studiare».

Lei è in pensione?

«Sì, dal 2011. Sinceramente speravo di godermela un po', con mio marito che è pensionato pure lui. E invece più si va avanti e più la vita si complica. In maggio mia mamma, che ha novant'anni, è caduta e si è rotta una costola: da allora la mia famiglia si è fermata».

Quando le nacquerò i gemelli tutta Italia si chiese: e ora come farà questa donna?

«Invece le dico che nell'Italia del 1980 era meno difficile che in quella di oggi. Sarà che allora eravamo tutti più giovani, ma nel mio ricordo facevo meno fatica con i sei neonati. Avevo genitori giovani che ci aiutavano; due fratelli con le loro mogli... Eravamo una comunità. Ogni giorno arrivavano sull'uscio i ragazzini del paese a suonare il campanello: "O Rosanna, che ce ne dai oggi due da curare?" E io gli davvo i piccoli con una fiducia che oggi non potrei più permettermi».

Era un'Italia più solidale?

«Secondo me sì. Attorno a noi c'era una grande attenzione, anche esagerata. Ricevevo lettere da ogni dove. Io rispondevvo, alcuni venivano a trovarci: e io a mettere ordine in casa, a trovare le brandine per farli dormire. Però sapevo anche chiedere. Mi buttavo con l'irruenza della mia giovinezza e non mi vergognavo a chiedere aiuto».

Anche oggi potrebbe chiedere

aiuto.

«Non ne sono più capace. Un po' perché è giusto che i figlioli se la cavino da soli. Ma un po' anche perché con questa crisi non c'è più nessuno che si offra per darti

una mano».

L'Italia vi conobbe grazie alle copertine di Gente.

«Quelli di Gente erano diventati una specie di zii putativi. Sempre molto attenti e molto corretti. Anche la Rai veniva a intervistarci. Arrivavano qui davanti a casa con quattro camion, i cavi, le luci... Ammetto che mi piaceva essere intervistata. Poi però a un certo punto abbiamo chiuso. Da un pezzo, ormai».

Perché?

«Mah, cosa vuole... Troppe chiacchiere, anche qui in paese. Chi mi diceva: "Parli troppo con l'accento di Soci". Qualcun altro invece: "Si sente che parli in modo da non far capire che sei di Soci". E ancora: "Si vede che vai sempre dal parrucchiere", oppure "ti ho vista invecchiata"... Io andavo in tv per cercare di portare un messaggio e mi giudicavano per il rossetto o per la gonna. E poi la gente del paese pensava che la televisione ci pagasse per quelle interviste: lei sa bene che non è così».

Insomma, da anni si è eclissata per colpa delle chiacchiere di paese?

«Non solo per quelle. Anche la tv mi ha delusa. Non andava mai nel profondo. Domande frivole, sempre le stesse. Una volta, anni Novanta, ci invitano all'Antoniano di Bologna a una trasmissione sui gemelli con Frizzi e la Carlucci. Ci dicono: voi state nel pubblico, noi non annunciamo la vostra presenza, sarà una sorpresa per tutti alla fine della trasmissione. Insomma si doveva comparire all'ultimo. Ma fecero tardi. A un certo punto dicono: "Il telegiornale ci chiede la linea, un saluto a tutti i gemelli Giannini". E noi, che si era partiti a mezzogiorno, tornammo a casa a notte avanzata senza aver potuto dire nulla. A un certo punto ho detto basta».

Quando è finita la favola della supermamma d'Italia?

«Direi nel 1999. Fino a quell'anno la mia vita è stata appunto una favola. Dopo, con-

fesso che a volte l'ho vissuta come un incubo».

Che cosa è successo dopo il 1999?

«Sono morti il mio babbo e quello di mio marito. Poi si è ammalato Francesco, che aveva 19 anni. Un giorno fa le esami delle urine per fare attività sportiva e si scopre che i reni si mangiano le proteine. Comincia a peggiorare e nel 2001 va in coma. Una dottoressa della rianimazione ci dice: non ho mai visto un caso così grave».

Che delicatezza.

«Francesco stava morendo».

E poi?

«E poi succede che una domenica mattina il parroco del Duomo di Arezzo, don Alvaro, un sacerdote sempre attentissimo nell'assistere i malati, ci chiede se può andare in ospedale a dargli la benedizione con delle reliquie di padre Pio. Naturalmente gli dicemmo di sì».

Ci raccontò quella domenica mattina.

«Poche ore dopo la visita di don Alvaro ero lì in ospedale e aspettavo che venissero a chiamarmi i medici. Sapevo che dal tono della voce avrei capito subito. Temevo di sentire un "...signora Giannini..." a bassa voce, e invece a un tratto sentii gridare dal fondo del corridoio. "Signora Giannini! Signora Giannini!". Vidi la dottoressa sorridere. Mi disse "Venga a vedere" e mi portò da Francesco. "Vede?", mi disse. "Ieri il respiratore era al massimo e Francesco respirava al venti per cento. Oggi il respiratore funziona al 50 per cento e Francesco respira all'80. Se continua così fra qualche giorno lo stubiamo". In quell'attimo comincio la rinascita. Tre anni dopo, Francesco ha fatto il trapianto del rene».

Che cosa le ha insegnato la sofferenza?

«È un'esperienza che non avrei voluto vivere. Ma mi ha insegnato tanto. Se oggi sono quella che sono, lo devo alla sofferenza. E sa perché? Perché finché si sta bene si pensa di essere bravi e belli e forti; di non aver bisogno di nessuno. Con l'esperienza della croce ci si ritrova nudi. Ed entrano in gioco i legami più importanti. Si capisce quello che conta. L'essenziale. Si levano dalla vita molti fronzoli».

Cambiano anche i rapporti con gli altri?

Dir. Resp.: Mario Calabresi

«Moltissimo. Si capisce chi sono le persone che possono starti vicino. Io fino a quando sono stata la signora Giannini li avevo tutti intorno. Ora che sono Rosanna Cavigli molta gente è sparita. E sono rimasti gli affetti veri».

Sa qual è la domanda più banale che si fa a una persona che ha vissuto una vita speciale?

«No».

E: rifarebbe quello che ha fatto?

«Ma certo che sì. Nonostante le difficoltà di oggi. Nonostante l'Italia di oggi, che è più complicata di quella di allora.

È un'Italia che ci ha insegnato che non ci si può più fidare di nessuno. Politici che rubano, il lavoro che è andato a catafascio... Quando mi sono sposata, i soldi che si guadagnava li si spendeva tutti per far studiare i figli. E si pensava che, fatti studiare, erano sistemati. Oggi non è più così. Però rivivere questa esperienza eccezionale che mi è capitata. Certo cambierei qualcosa, eviterei qualche errore perché senza errori non vive nessuno. Ma vale sempre la pena di mettere al mondo dei figli. Non direi mai: tornassi indietro non lo rifarei».

Il lavoro

I tempi erano diversi. Ci si diplomava a 19 anni e si trovava subito il lavoro. Chi si laureava lo aveva a 24, poi ci si sposava

Precari nell'Italia in crisi

Le due femmine sono diventate di ruolo solo adesso. Dei quattro maschi, solo uno ha un posto fisso. E tre vivono ancora con noi

Il dolore

Finché si sta bene si pensa di essere bravi e forti; di non avere bisogno. L'esperienza della croce ci fa ritrovare nudi

La solidarietà

Eravamo comunità. Arrivavano sull'uscio i ragazzini del paese «Ce ne dai due?», avevo una fiducia che oggi non avrei più

Rifarei tutto

Vale sempre la pena di fare dei figli. Non direi mai: tornassi indietro non lo rifarei

La pensione

Speravo di godermi la pensione con mio marito anche lui pensionato. E invece più si va avanti e più la vita si complica

11 gennaio una data fortunata per i gemelli

— Linda, Letizia, Fabrizio, Roberto, Francesco e Giorgio vennero al mondo dalle 4,17 alle 4,22 dell'11 gennaio del 1980 all'ospedale di Careggi a Firenze e la notizia appassionò l'Italia intera

— In tutto il pianeta una sola volta, prima della signora Giannini, una donna aveva partorito sei gemelli e tutti erano rimasti in vita. Era successo alla donna sudafricana Susan Rosenkowitz

— Siccome in questi eventi al limite del miracoloso c'è sempre qualche coincidenza, pure la donna sudafricana aveva partorito l'11 gennaio: sei anni prima dei Giannini, nel 1974

COPPIA SEPARATA, NUOVA QUESTIONE PORTATA DAVANTI ALLA CONSULTA

La madre non biologica ha diritto di vedere il figlio?

FLAVIA AMABILE

ROMA

Quando due genitori che hanno avuto i figli con la fecondazione eterologa si separano, i bambini hanno il diritto di vedere entrambi perché hanno avuto la possibilità di riconoscerli e il legame viene protetto dalla legge. È incostituzionale non dare la stessa possibilità anche alle coppie omosessuali che abbiano avuto figli con la stessa tecnica solo perché dello stesso sesso? Soprattutto quando invece si è creato un profondo legame tra genitore non biologico e bambini?

A questa domanda per la prima volta è stata chiamata a rispondere la Corte Costituzionale con una decisione della Corte d'Appello di Palermo che ha preferito lasciare alla Consulta la decisione finale su una vicenda legale iniziata un anno fa e che ha già creato una piccola rivoluzione nel compassato mondo del diritto di famiglia italiano.

«Ma a questo punto siamo soprattutto di fronte a una richiesta urgente per il mondo della politica - sottolinea Giuseppina La Delfa, presidente delle Famiglie Arcobaleno - Fino a quando si vorrà continuare a non legiferare lasciando che si creino problemi che poi finiscono per scaricarsi sulle parti più deboli come i bambini? Fino a due anni fa quando l'eterologa non era possibile in Italia. Una differenza era anche legittima, ora davvero non è più ammissibile».

La battaglia giudiziaria è iniziata un anno fa tra due donne di Palermo. In passato si sono amate, hanno provato a creare una famiglia. Una delle due si sottopone alla fecondazione eterologa. Partorisce due gemelli che iniziano a crescere insieme come qualsiasi altra coppia. Provano a ottenere dal Tribunale per i Minorenni il riconoscimento del ruolo di genitore anche per la mamma «sociale» ma prima il Tribunale e poi la Corte d'Appello di Palermo respingono la richiesta. Nel frattempo i gemelli compiono sei anni e la coppia entra in crisi. Si tenta di arrivare ad un accordo ma la mamma biologica è irremovibile: i figli devono vivere con lei. Alla mamma «sociale» non resterebbe che mettersi da parte, per legge non è nessuno. Invece decide di fare ricorso al Tribunale ordinario. Chiede di continuare a frequentare i bambini secondo tempi e modi stabiliti, come in tutte le coppie separate.

La mamma biologica si oppone. Dalle perizie è emerso il profondo legame tra i piccoli e la mamma «sociale» e quindi i danni che potrebbe creare un'interruzione di questo rapporto nell'evoluzione della loro identità. «Per una volta il cuore ha vinto sulla freddezza della legge - commenta Giuseppina La Delfa - Ora speriamo che la Corte Costituzionale capisca come è accaduto ad aprile ma anche che la politica faccia quello che deve fare: i diritti dei bambini non possono essere in balia della sensibilità dei giudici».



Vitamina D: se il sole non basta indispensabile dargli una mano

Arriva una APP in grado di 'calcolare' se l'esposizione ai raggi è sufficiente

Non è certo una novità che il sole, attraverso la sintesi cutanea della vitamina D, sia indispensabile per mantenere la salute delle ossa. Ma... chi ci dice che ne prendiamo in quantità sufficiente per fissare il calcio nelle ossa, per creare una barriera in grado di resistere alle fratture e al 'tarlo' dell'osteoporosi? Arriva finalmente la prima APP italiana che stima l'esposizione ai raggi solari sviluppata da un board scientifico di esperti affiliati alle società scientifiche che la patrocinano, vale a dire Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro (SIOMMMS), Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Gruppo Italiano per lo studio dei Bisfosfonati (GIBS), Gruppo Italiano di Studio in Ortopedia dell'Osteoporosi Severa (GISOOS) e Società Italiana di

Ortopedia e Traumatologia (SIOT), grazie al supporto non condizionato di Abiogen Pharma. «Purtroppo certe abitudini della vita come proteggersi troppo con le creme solari, trascorrere molto tempo in ambienti chiusi come casa e ufficio, riducono la sintesi cutanea di vitamina D - spiega Davide Gatti, Coordinatore regionale GIBS Triveneto occidentale - Consta infatti che il 70% della popolazione italiana è sotto i livelli minimi di vitamina D nel sangue.

Nei casi in cui non si riesca quindi ad assumerne la quantità necessaria attraverso le vie naturali, mettendo a rischio la salute delle ossa, il medico può suggerire la supplementazione di vitamina D. La supplementazione di vitamina D inoltre è suggerita dalla linee guida internazionali fin dai primi giorni di vita, data la scarsa esposizione alla luce solare durante i primi mesi del neonato (l'esposizione solare diretta va evitata prima dei 6 mesi di vita) e le scarse quantità di vitamina D presenti nel latte materno. Negli adulti in presenza di osteoporosi il medico può prescrivere farmaci molto efficaci, capaci di arrestare la perdita di tessuto osseo e favorire un corretto rimodellamento osseo. La terapia comprende solitamente il supporto della vitamina D e un'eventuale integrazione di calcio».

La Settimana della Salute dell'Osso. Coinvolgerà oltre 2.500 farmacie (l'elenco è disponibile su www.salutedelleossa.it) in cui dal 5 al 10 ottobre sarà possibile ricevere consigli sulla prevenzione e ritirare 3 pratiche brochure tematiche - bambini, donne e terza età - con molte informazioni sulle ossa, il mantenimento della loro salute e le malattie che possono colpirle, oltre a sfatare dubbi e falsi miti sul ruolo dell'alimentazione, dell'attività fisica, del sole e della vitamina D. Online da oggi il sito web www.salutedelleossa.it da cui è possibile scaricare le brochure informative e l'APP "Salute delle Ossa", disponibile sia per sistema operativo iOS che Android. Quest'ultima è scaricabile gratuitamente anche da iTunes e Google Play. Attraverso l'APP è anche possibile accedere ad alcuni approfondimenti video realizzati dagli esperti del board scientifico. Attraverso il sito web: http://www.salutedelleossa.it/app_salute_ossa_ios_android.html#scaricaQui



Dir. Resp.: Ezio Mauro

IL CASO

Se la super pillola anti-colesterolo costa al malato 6mila euro l'anno

UMBERTO VERONESI

NEGLI Usa sono stati approvati due anticorpi, il Praulent e il Rephata, per abbassare i livelli di "colesterolo cattivo". Sono in vendita a 14 mila dollari l'an-

no a paziente. Se la nostra Aifa strapperà un prezzo di 6mila euro si arriverebbe a una spesa di mezzo miliardo.

A PAGINA 23 CON UN ARTICOLO DI MICHELE BOCCI

Contro il colesterolo una superpillola da 6mila euro l'anno

È quanto potrebbe costare, a paziente, il rimedio Usa che l'Aifa sta provando a importare a prezzo scontato

Negli Stati Uniti il trattamento è venduto già a 14mila dollari per dodici mesi

Da noi potrebbero ricorrervi i quasi due milioni di malati che assumono statine

MICHELE BOCCI

ROMA. La carica dei superfarmaci non si arresta. Deve ancora essere definitivamente risolta la questione dei costosissimi medicinali per l'epatite C e già si presentano nuovi problemi. Quello più grosso, al momento, non riguarda una malattia, ma un fattore di rischio molto diffuso: il colesterolo alto. Negli Usa sono stati approvati due anticorpi monoclonali, il Praulent (principio attivo alirocumab) di Sanofi e il Rephata (principio attivo evolocumab) di Amgen, che promettono di essere efficaci per abbassare livelli molto alti di Ldl, il cosiddetto "colesterolo cattivo". Anche Ema, l'autorità del farmaco europea, ha dato un primo ok e presto le varie agenzie regolatorie, come l'italiana Aifa, tratteranno il prezzo con le aziende.

Negli Usa i due farmaci sono stati messi in vendita a 14 mila dollari a paziente per ogni anno di trattamento. La

cifra in sé non appare altissima, il guaio è la grande diffusione del problema. Secondo le prime stime, e a stare anche bassi, l'impatto economico potrebbe essere di circa 500 milioni di euro all'anno. Un bel colpo per il fondo sanitario nazionale, anche perché si tratta di una spesa che deve essere sostenuta ogni anno.

All'Agenzia del farmaco la preoccupazione è tangibile, anche perché sempre in questo periodo si dovranno prendere decisioni pure su costosissimi nuovi farmaci contro il cancro e l'Alzheimer.

In Italia ci sono circa un milione 800 mila persone che assumono statine, i vecchi medicinali per il colesterolo, quasi tutti ormai con il brevetto scaduto. Per acquistarli si spendono oltre 600 milioni all'anno. I due nuovi anticorpi hanno avuto prima di tutto l'autorizzazione per un tipo di ipercolesterolemia, quella familiare e cioè ereditaria, che colpisce le persone già da

giovani ed è generalmente più complessa da controllare. Ne soffrono circa 600 mila italiani, dei quali circa la metà vengono trattati. Visto che però i nuovi farmaci sono indicati come seconda ipotesi, cioè quando non funzionano le statine, si stima che potrebbero averne bisogno più o meno 80 mila persone.

Se Aifa strapperà un buon prezzo, anche di appena 6mila euro a trattamento, si arriverebbe comunque a una spesa di circa mezzo miliardo. Ma se in Agenzia la trattativa si fermerà a un prezzo più alto, i costi allora lieviteranno, e pure di molto. Stesso effetto



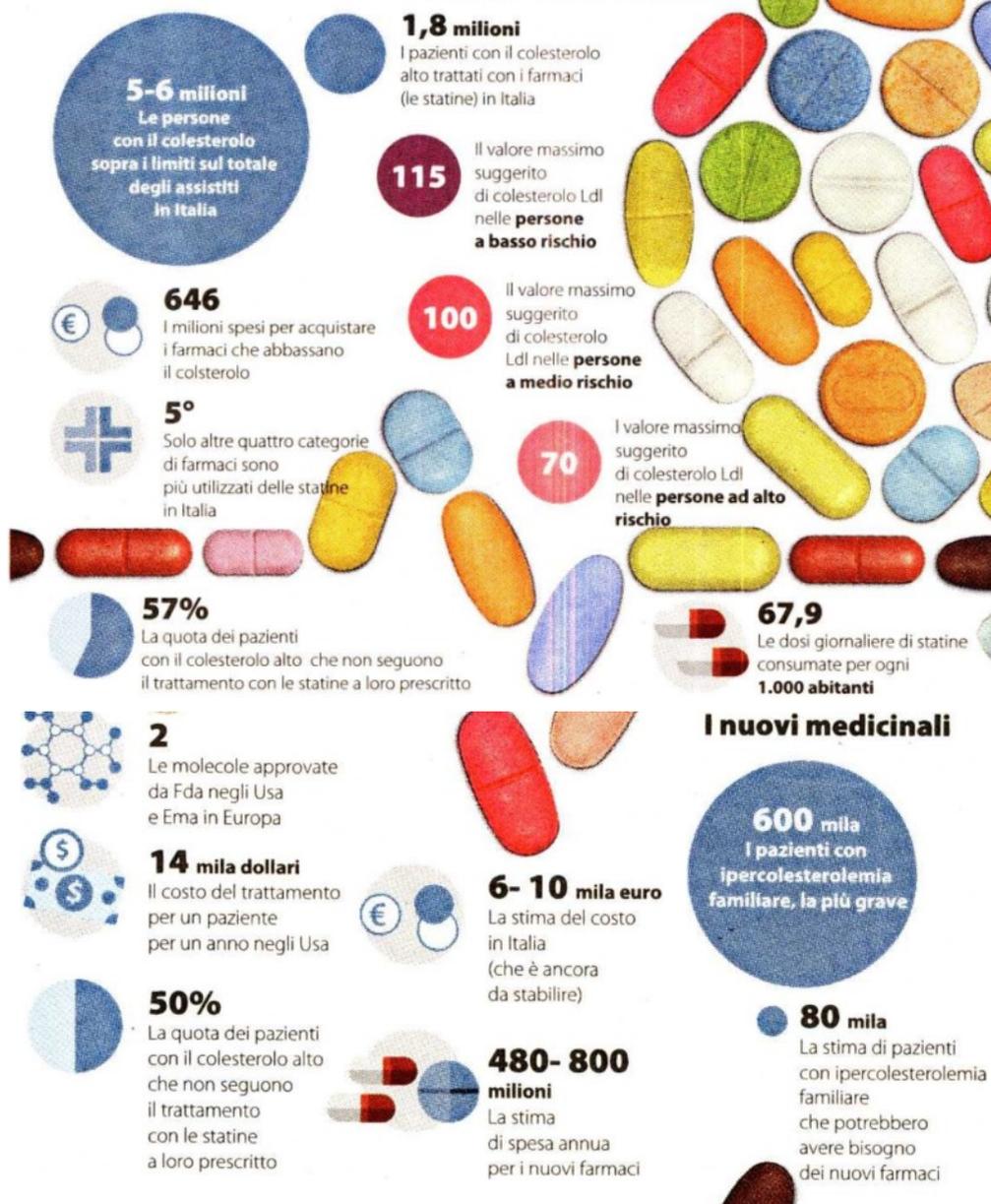
potrebbe aversi in un altro caso. I nuovi anticorpi sono indicati anche per le persone con ipercolesterolemia non familiare alle quali le statine danno effetti collaterali. La corte di persone da trattare potrebbe aumentare, visto che molti potrebbero chiedere al proprio medico di passare ai nuovi farmaci perché con i vecchi accusano disturbi vari. Non si può escludere che le industrie eserciteranno varie pressioni su dottori e pazienti per far aumentare il più possibile il numero delle persone trattate.

Quello dei fattori di rischio, tra l'altro, è da sempre uno dei settori in cui le aziende farmaceutiche esercitano il cosiddetto *disease mongering*, cioè la mercificazione delle malattie, per spingere le persone a consumare medicinali facendole sentire, appunto, malate.

Uno dei sistemi è quello di spingere le società scientifiche ad abbassare i valori massimi, come quelli del colesterolo. Oggi, per chi non è a rischio, il limite è considerato 115, un tempo era addirittura 200. Molto spesso gli stili di vita corretti (alimentazione, moto, eccetera) permettono di tenere sotto controllo l'Ldl anche senza farmaci, ovviamente se i valori non sono sballati. Ma le buone abitudini non sono redditizie per chi commercia medicinali.

ORIPRODUZIONE RISERVATA

Colesterolo e farmaci



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Medicina

Colesterolo alto
«familiare»
Nuove terapie

di **Adriana Bazzi**

SALUTE

Se il **colesterolo alto** è familiare

Nelle ipercolesterolemie dovute a un'anomalia genetica le cure standard a volte non bastano. Per questi casi si propone una nuova (ma costosa) classe di farmaci

Effetti

Alla diminuzione delle Ldl consegue una riduzione di eventi cardiovascolari

Trattamenti

Dieta e statine restano comunque la prima linea di intervento contro il disturbo

Prima la dieta, poi le statine e, se il colesterolo non si riduce entro i limiti considerati normali, si può adesso ricorrere a una nuova classe di farmaci (anticorpi monoclonali) capaci di abbassare le Ldl (il colesterolo cosiddetto cattivo) di oltre il 50 per cento.

«Si sa che l'ipercolesterolemia rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari — spiega Maddalena Lettino, cardiologo all'Istituto Humanitas di Milano — e si sa anche che la diminuzione della forma Ldl (il colesterolo trasportato dalle lipoproteina a bassa densità, mentre le Hdl, ad alta densità, sono considerate protettive) porta a una riduzione di infarti e ictus».

Colesterolo come fattore di rischio cardiovascolare, ma anche come una vera e propria malattia.

«Il colesterolo diventa malattia — precisa Alberto Zambon, lipidologo all'Università di Padova — nelle ipercolesterolemie familiari in cui un'anomalia genetica fa sì che i livelli

di colesterolo nel sangue siano superiori ai 300-500 mg (nelle forme cosiddette eterozigoti dove è difettoso solo un gene, ndr) con valori di Ldl superiori a 200 mg. O addirittura superiori ai 400 mg nelle forme omozigoti».

Le statine, anche ad alto dosaggio, rappresentano la prima linea di intervento in queste situazioni.

«Ma con queste terapie non sempre si riesce a portare le Ldl al di sotto dei 200 mg — dice Zambon — e in almeno un caso su cinque non si raggiungono livelli ottimali».

Anche se le statine rimarranno il farmaco di prima scelta, in caso di fallimento si potrà contare sui nuovi anticorpi monoclonali inibitori dell'enzima Pcsk9: alirocumab e evolocumab.

Entrambi hanno già avuto o stanno ottenendo l'approvazione delle autorità regolatorie negli Stati Uniti e in Europa e dovrebbero essere disponibili in Italia nel giro di un anno.

E di entrambi si è parlato al congresso europeo di cardiologia (Esc), appena conclusosi a Londra, con una serie di studi che hanno analizzato benefici e rischi.

Il più ampio finora condotto è l'Odyssey (20 mila pazienti) che, in un sottogruppo di malati (oltre mille) con ipercolesterolemie eterozigoti, ha dimostrato che l'aggiunta di alirocumab alla migliore terapia standard disponibile riduce di un ulteriore 56 per cento il colesterolo Ldl. La somministrazione è per via sottocutanea, con un auto-iniettore, due volte al

mes e la dose dipende dal valore iniziale delle Ldl (le dosi sono ancora da mettere bene a punto e gli studi clinici in corso stabiliranno quelle ottimali).

Effetti collaterali? Se le statine possono provocare dolori e disturbi muscolari, per i nuovi anticolesterolo si parla di reazioni nel sito di iniezione, dolori articolari e muscolari e infezioni respiratorie e urinarie, reazioni che però non sono preoccupanti.

Per ora i nuovi farmaci hanno dimostrato di abbassare il colesterolo, ma dovremo aspettare il 2017 per capire se davvero riducono anche infarti, ictus e arteriopatie periferiche (i primi dati dell'Odyssey dicono di sì).

E qui si gioca la partita. Perché questi farmaci sono costosi e uno studio dell'Institute for clinical and economic review di Boston, segnalato dal *British Medical Journal*, ha valutato che, in base ai benefici promessi, che il loro costo dovrebbe essere un terzo rispetto a quello proposto (negli Stati Uniti per l'alirocumab è di 14.600 dollari all'anno, per l'evolocumab di 14.100).

Molti però non sono d'accordo con la metodologia adottata dall'istituto.

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'iniziativa

Una settimana di consulti gratuiti con gli esperti

Almeno una persona su 500, nella popolazione italiana (all'incirca 120 mila individui) ha un'ipercolesterolemia eterozigote (significa che ha un gene, correlato al metabolismo del colesterolo, alterato). Ma la stima è per difetto: si pensa che questa condizione interessi almeno una persona su 200 (almeno 300 mila soggetti). Ecco perché la Società italiana per lo studio dell'aterosclerosi (Sisa) ha pensato di organizzare la Settimana Nazionale

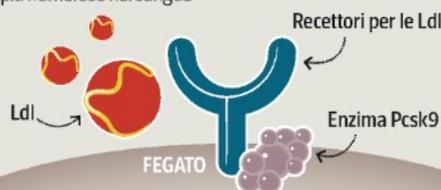
dell'ipercolesterolemia familiare dal 24 al 29 settembre (il 24 si celebra in tutta Europa la Giornata Europea dedicata alla malattia) durante la quale è prevista per i cittadini la possibilità di contattare i centri specializzati Sisa per ricevere consulti e informazioni gratuite sui problemi legati a questa condizione. Aderiscono alla manifestazione i 38 centri per lo studio delle dislipidemie che afferiscono al Progetto Lipigem: l'elenco completo è disponibile sul sito www.sisa.it.

IL MECCANISMO D'AZIONE

La nuova classe di farmaci **anti-Pcsk9** (*anticorpi monoclonali*) è indicata nei pazienti con elevati livelli di **colesterolo Ldl** (spesso di origine familiare) che non rispondono al classico trattamento con le statine

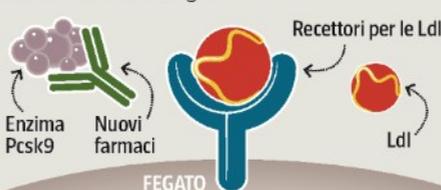
QUANDO SI HA IL COLESTEROLO ALTO

Normalmente il **colesterolo Ldl** si lega a **recettori** presenti sul fegato e da questo viene eliminato. In chi ha una ipercolesterolemia, un enzima chiamato **Pcsk9** si lega ai quei recettori e, distruggendoli, **impedisce il loro «aggancio» con le Ldl**, che di conseguenza rimangono più numerose nel sangue



QUANDO SI ASSUMONO I NUOVI FARMACI

Il farmaco si lega all'enzima **Pcsk9** impedendo a quest'ultimo di agganciarsi al recettore e di distruggerlo. Così i recettori aumentano, captano le Ldl e le tolgono dalla circolazione del sangue



Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

SALUTE

Vaccinazione

Il rischio di tetano non va sottovalutato

Avete controllato lo stato della vaccinazione antitetanica? Pochi ci pensano e dimenticano i richiami, da eseguire ogni dieci anni circa. Per gli amanti dell'hobbistica e del giardinaggio, però, essere in regola con il vaccino è ancora più indispensabile, perché le occasioni per prendere il tetano non mancano. La malattia è provocata da un batterio, il *Clostridium tetani*, che produce una tossina pericolosa per sistema nervoso centrale e muscolatura: le sue spore sono molto diffuse e sopravvivono a lungo nell'ambiente. Se ne trovano ad esempio nel terreno (soprattutto se è stato concimato, perché il batterio viene eliminato con le feci da cavalli, mucche e ovini). Gli attrezzi arrugginiti, eventualmente "inquinati" dalle spore, possono essere un veicolo di infezione se ci si ferisce; i lavori in giardino inoltre sono sempre un po' a rischio visto l'uso di concimi. Per questo è meglio fare regolarmente i richiami di vaccino, che contiene la tossina inattivata ed è perciò del tutto sicuro.



SALUTE

La scelta degli anticoagulanti che proteggono dall'ictus e dall'embolia polmonare

Prevenire l'ictus da fibrillazione atriale e l'embolia polmonare da trombosi venosa delle gambe (fibrillazione atriale e trombosi venosa) portano alla formazione di coaguli di sangue che poi arrivano al cervello o ai polmoni, provocando danni anche mortali) è un imperativo della pratica clinica, ma che farmaci usare?

I vecchi anticoagulanti che inibiscono la vitamina K e impediscono la formazione di trombi (il classico warfarin) o i nuovi Noacs, anticorpi monoclonali (ce ne sono tre sul mercato e uno in arrivo) che fanno lo stesso mestiere, anzi sono anche più efficaci, ma ancora non vengono ben accettati da medici e pazienti per il rischio di emorragie? Se lo domanda un editoriale del *New England* e se lo sono domandati gli specialisti a Londra in occasione dell'Esc, il congresso della società europea di cardiologia.

«I nuovi anticoagulanti sono efficaci e sicuri — commenta Riccardo Cappato, direttore del Centro di Ricerca delle aritmie cardiache all'Istituto Humanitas di Milano) — e sono superiori nel prevenire ictus e embolie polmonari rispetto al warfarin. In più: non richiedono controlli della coagulazione, non interagiscono con i cibi e nemmeno con altri farmaci come il warfarin».

Tanto per dare un numero: gli inibitori della vitamina K riducono del 66 per cento il rischio di ictus nei pazienti con fibrillazione atriale, i nuovi anticoagulanti dell'80 per cento.

«I quattro nuovi farmaci (rivaroxaban, apixaban e edoxaban), che inibiscono il fattore Xa della coagulazione, e il dabigatran che inibisce la trombina — precisa Cappato — funzionano nel prevenire non solo ictus da fibrillazione atriale, ma anche embolie polmonari da trombosi venosa cronica delle gambe e il rischio di embolie in chi, per esempio, è immobilizzato dopo una frattura ossea o un intervento chirurgico».

«L'eparina per puntura sottocutanea non è più necessaria — commenta Cappato —. La possono sostituire i nuovi anticoagulanti somministrabili per bocca. Per certi versi questi sono trattamenti rivoluzionari».

Rimane il problema degli effetti collaterali, primo su tutti il rischio di emorragia. Se per il warfarin esistono antidoti specifici, per i nuovi anticoagulanti no (anche se si stanno studiando): si può soltanto ricorrere a terapie standard (come la somministrazione di fluidi o di plasma sanguigno). Comunque i dati della ricerca rassicurano. «Lo studio Xantus, il primo condotto nel "mondo reale" (ha valutato cioè le terapie prescritte dai medici al di fuori da sperimentazioni) e pubblicato sull'*European Heart Journal* — ha confermato John Camm, cardiologo alla St George's University di Londra — ha dimostrato che i rischi di sanguinamento legati alla somministrazione del rivaroxaban sono inferiori a quelli del warfarin, a parità di efficacia».

A. Bz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Prevenzione Campagna al via a metà ottobre

«Quest'anno fate i vaccini anti influenza»

Appello del ministero dopo il crollo del 2015: protetto solo il 49% di anziani

Monica Tiezzi

In Italia l'anno scorso si sono registrate le più basse percentuali di vaccinazione antinfluenzale: solo 49 su 100 ultra64enni, il dato più basso degli ultimi dieci anni rispetto ad un massimo di circa il 70%.

A Parma il picco delle vaccinazioni anti-influenzali è stato registrato nel 2005: quell'anno si misero in fila negli ambulatori dei medici di base e in quelli dell'Ausl quasi 70 anziani su 100. Da allora è stato un calo continuo, con il dato «drammatico», lo definiscono all'Ausl di Parma, del 2014: una copertura vaccinale del 42,2%, la percentuale più bassa in Regione, che ha una media del 50,6%.

La mancata vaccinazione antinfluenzale comporta alti costi sociali e umani: l'ultima epidemia stagionale a Parma e provincia ha fatto morire due parmigiani (54 in tutta l'Emilia Romagna) e ne ha spediti 12 in rianimazione (169 in tutta la regione).

Per questo, in vista dell'arrivo della nuova stagione influenzale e dell'avvio della campagna di vaccinazione gratuita per soggetti a rischio (di solito a metà ottobre), il Ministero della

Salute corre ai ripari e gioca d'anticipo con una circolare con le raccomandazioni per la prevenzione e il controllo della diffusione dell'epidemia. Mentre il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** (vedi a fianco) convoca fotografi e giornalisti per far immortalare la vaccinazione pediatrica dei suoi due gemellini.

Il ceppo principale che ci accompagnerà nell'inverno 2015-2016 è l'H1N1, protagonista già delle passate stagioni. Il nuovo appello a vaccinarsi contro quello che viene definito «un problema di sanità pubblica» che provoca ogni anno circa 40.000 morti nell'Ue, soprattutto tra gli anziani, è accompagnato da dati epidemiologici. Il virus A H1N1, pur se isolato già nel 2009, si è dimostrato, lo scorso anno, ancora aggressivo. L'anno scorso si sono ammalati 108 assistiti su 1.000. Parecchi quelli gravi, 485, e 160 i decessi rispetto ai 93 episodi gravi, dei quali 16 decessi, del 2013-2014. Solo il 7,6% dei casi gravi segnalati, però, sottolinea il documento elaborato dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero, si era sottoposto a profilassi a inizio stagione.

Il risultato della diffusione di notizie, rivelatisi infondate, sulla presunta pericolosità del vaccino, hanno fatto crollare il numero di persone vaccinate in Italia. Gli esperti quindi rinnovano l'appello, sperando, stavolta, in un maggior successo. In particolare, da metà di ottobre a fine dicembre, il vaccino antinfluenzale gratuito verrà fornito a donne al secondo e terzo mese di gravidanza, a chi soffre di alcune malattie, agli over 65 e agli operatori sanitari. Non è invece previsto per bambini in condizioni normali di salute. Chi, come loro, non rientra nelle categorie per cui è raccomandato può comunque decidere di farlo, acquistandolo in farmacia e ricordando che la protezione comincia due settimane dopo l'inoculazione e dura per sei-otto mesi.

Accanto alla profilassi, ricorda il Ministero, l'altra indispensabile arma è l'igiene personale, a partire dal frequente lavaggio delle mani, veicolo di trasmissione del virus. Ma anche buone norme di educazione come quella di coprirsi la bocca mentre si starnutisce o si tossisce, possibilmente non con la mano ma con l'interno del braccio. Infine, si consiglia a chi ha febbre associata a malattie respiratorie, specie in fase iniziale, di restare a casa. **o**



«Punturina» ai gemelli della Lorenzin

■ «Hanno pianto per trenta secondi ed è finita lì... Tutto benissimo!». Così il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** ha commentato, nei giorni scorsi, la prima vaccinazione (la esa-valente) dei suoi gemellini Francesco e Lavinia - poco più di tre mesi - nell'ambulatorio Asl di via Plinio, a Roma. «Sono serena. Nessuno più di me in Italia ha i dati e la casistica degli effetti collaterali. Non bisogna avere paura delle vaccinazioni perché salvano la vita ai nostri bambini e ai bambini che sono intorno a loro».



Pazienti ancora poco liberi di scegliere **cure europee**

Non decolla la Direttiva Ue del 2011 sulla mobilità sanitaria

Criticità
Una Relazione della Commissione mette in luce ritardi e ostacoli nell'attuazione del provvedimento

Farsi visitare in un ospedale europeo specializzato per una determinata malattia, accedere a terapie non ancora disponibili nel proprio Paese, oppure ricevere oltre confine la prestazione di cui si ha bisogno nei tempi giusti, se le attese sono troppo lunghe nello Stato in cui si risiede.

Il diritto di ogni cittadino europeo a scegliere di curarsi in un altro Stato dell'Ue (anche in strutture private) - con esclusione di prestazioni sanitarie a lungo termine, trapianti e vaccinazioni -, pagando le spese per le cure e poi ottenendo il rimborso, è riconosciuto dalla Direttiva 24 del 2011, che doveva essere recepita da tutti gli Stati membri con leggi nazionali entro il 25 ottobre 2013.

A distanza di due anni, però, otto cittadini europei su dieci ancora ignorano i loro diritti e, anche quando ne sono consapevoli, spesso non sanno come farli valere concretamente.

A rilevarlo è la recente Relazione della Commissione europea sul funzionamento della Direttiva, che passa in rassegna lo stato di attuazione delle principali disposizioni contenute nella norma: dalla mobilità dei pazienti, all'utilizzo dell'autorizzazione preventiva, alle pratiche di rimborso.

Va detto che i dati forniti da 26 dei 28 Stati membri (Malta e Lettonia non hanno risposto ai questionari) non sono facilmente confrontabili: in molti casi riguardano solo una parte del 2014, poiché la Direttiva è stata recepita in ritardo da diversi Paesi (compreso il nostro), in altri casi sono incompleti. È certo, però, che la mobilità sanitaria dei pazienti ne-

gli Stati dell'Unione è estremamente ridotta. E l'Italia non fa eccezione.

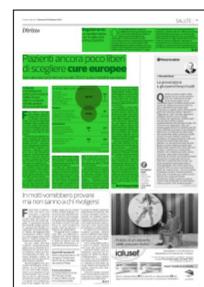
I principali motivi? La carenza di informazioni dei cittadini europei (vedi articolo sotto) e la «presenza di ostacoli considerevoli per i pazienti». «In generale, — sottolinea la Commissione — i dati trasmessi dagli Stati membri non sembrano giustificare sistemi di autorizzazione preventiva (vedi box) su vasta scala: il numero di persone che ne fanno uso, infatti è troppo ridotto». Inoltre, continua il Rapporto Ue, alcuni degli attuali sistemi di autorizzazione preventiva sono «complessi» e in molti casi, poi, non è chiaro per quali trattamenti siano richiesti.

Per esempio, 14 Stati richiedono l'autorizzazione preventiva sia in caso di «ricovero per almeno una notte» (ma nessuno ha specificato quali prestazioni siano comprese), sia per «cure altamente specializzate», ma appena nove Paesi membri hanno indicato per quali trattamenti. Quanto alle cure non soggette ad autorizzazione preventiva, dei 26 Stati che hanno risposto solo 23 hanno fornito dati completi sui rimborsi versati ai pazienti.

«Già in occasione del recepimento della Direttiva nel nostro Paese (col Decreto legislativo n.38/2014) — commenta Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale dei Diritti del Malato-Cittadinanzattiva — avevamo espresso timori ora confermati dal Rapporto della Commissione: invece di rimuovere gli ostacoli alla libera circolazione dei pazienti, c'è il rischio che se ne aggiungano altri con l'introduzione della richiesta di autorizzazione preventiva per diverse prestazioni. In tempo di crisi, poi, non tutti possono permettersi di anticipare le spese in attesa del rimborso».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Luciano Fontana

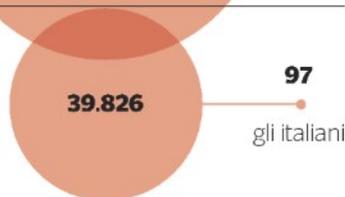
Gli effetti delle nuove regole (dati 2014)

Gli europei che hanno chiesto informazioni per cure in un Paese Ue diverso dal proprio (dato su 24 Paesi)



Rimborsi

Gli europei che hanno fatto cure programmate (non soggette ad autorizzazione preventiva) in un altro Paese Ue e sono stati rimborsati



Autorizzazioni

Gli europei che hanno chiesto l'autorizzazione preventiva per particolari cure all'estero*



Gli europei che sono stati autorizzati alle cure transfrontaliere



* necessaria per il rimborso; in 14 Paesi per ricovero anche di un giorno e per cure altamente specializzate, in altri per diverse prestazioni prestabilite; 7 Paesi non la prevedono

Fonte: Rapporto Commissione europea 2015

Corriere della Sera

Regolamento

La via alternativa con il nulla osta prima di partire

Oltre che dalla Direttiva europea, la possibilità di ricevere cure programmate in un altro Stato dell'Unione europea è prevista anche dai Regolamenti comunitari in materia di sicurezza sociale. In tal caso però serve un'autorizzazione preventiva concessa, di norma, se si tratta di prestazioni erogabili dal proprio Servizio sanitario e che non possono essere garantite nei tempi giusti sotto il profilo medico nel Paese di residenza. Le spese

sono pagate direttamente dal proprio Sistema sanitario. La Direttiva del 2011 elimina la necessità di autorizzazione preventiva, ma consente agli Stati membri di avvalersene in alcune situazioni. Prima di partire è meglio, quindi, informarsi presso il Punto di contatto nazionale. In generale, le prestazioni di cui si usufruisce in un altro Paese Ue si pagano e, al rientro nello Stato di appartenenza, si richiede il rimborso (in Italia, all'Asl di residenza).

M. G.F.

SALUTE

In molti vorrebbero provare ma non sanno a chi rivolgersi

Sportelli nazionali

Solo una persona su 10 conosce l'esistenza dei Punti di contatto nei diversi Paesi

Comunicazione

Le delucidazioni sono fornite per email, in alcuni Stati anche con colloqui diretti

Fornire tutte le informazioni necessarie per consentire ai pazienti che vogliono curarsi in un altro Paese dell'Unione europea di fare una scelta adeguata. È la principale funzione dei «Punti di contatto nazionali», prevista dalla Direttiva europea sulle cure transfrontaliere. Ebbene, dal Rapporto della Commissione europea risulta che nella maggior parte degli Stati Ue i Punti di contatto nazionale sono rimasti al palo.

Nel 2014, infatti, sono state registrate complessivamente appena 109.223 richieste di informazioni nei 26 Paesi membri (Lettonia e Malta non hanno fornito dati). Tre Stati - Germania, Finlandia e Austria - da soli hanno ricevuto quasi il 75% delle richieste registrate.

I dati del Rapporto sono confermati dall'indagine svolta a ottobre 2014 da Eurobarometro, per conto della Commissione, su un campione di circa 28 mila europei: solo un cittadino su dieci sa dell'esistenza dei Punti di contatto nazionali e, di questi, li ha contattati appena il 19%. Eppure, dal son-

daggio risulta che un europeo su due sarebbe disposto a recarsi in un altro Stato dell'Unione per ricevere cure programmate. Gli intervistati vorrebbero informazioni soprattutto sul loro diritto a curarsi in un altro Paese Ue, sugli standard di qualità delle prestazioni e i rimborsi che spetterebbero.

Il Rapporto della Commissione rileva, poi, differenze significative tra i diversi Punti di contatto nazionali sia rispetto al modo di operare che alla qualità delle informazioni. Alcuni Stati hanno previsto diversi Punti di contatto nazionali a disposizione dei pazienti, altri li hanno introdotti a livello regionale, ma collegati a quello nazionale. Anche i canali di comunicazione utilizzati sono diversi: tutti forniscono informazioni per email, alcuni anche per telefono o contatto diretto.

E in Italia? Da noi il Punto di contatto nazionale, istituito presso il [Ministero della Salute](#), ha ricevuto solo 467 richieste di informazioni tramite l'apposito format sul sito.

«Non è stato pubblicizzato e i Punti di contatto regionali non sono stati ancora attivati — sottolinea Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale dei Diritti del Malato-Cittadinanzattiva —. È mancata, inoltre, una vera campagna di comunicazione per informare i cittadini sui loro diritti, ma anche rispetto agli standard di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie».

I Punti di contatto nazionali sono in grado di dare anche informazioni sui Sistemi sanitari degli altri Paesi dell'Unione.

M. G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



AL VOLANTE



L'ultimo divieto, non si fuma coi figli in auto

◦ BUTTAFUOCO, MINNUCCI,
SCANZI, SOFFICI A PAG. 17

TOLLERANZA ZERO Arrivano pure le immagini "dissuasive"

Non si potrà fumare in auto con minori: l'ultimo divieto

Direttive comunitarie
Il ministro **Lorenzin**
si dice pronta
a far proprie le norme
europee sul tabacco

» CATERINA MINNUCCI

Una ragazza che spunta sangue, un bambino che si accende una sigaretta già in tenera età, un uomo disperato per problemi di impotenza, la diminuzione delle probabilità di concepire, l'aumento del rischio aborto spontaneo, fino alla cecità. Queste potrebbero essere solo alcune delle immagini choc che occuperanno il 65 per cento della confezione dei nuovi pacchetti di sigarette in commercio.

IL MINISTRO della Salute Beatrice Lorenzin ha annunciato che entro fine mese il Consiglio dei ministri intende approvare il provvedimento che recepisce la direttiva europea sul tabacco. Nel decreto saranno contenute, oltre alle avvertenze combinate fra testo e immagini a colori sulle sigarette, il divieto di vendita ai minori di 18 anni anche di quelle elettroniche, l'inasprimento delle sanzioni per la

vendita ai minori e online, con revoca della licenza per i tabacchi, quello del fumo in auto in presenza di minori e donne in gravidanza, l'abolizione dei pacchetti da dieci, divieto di pubblicare i dati sul contenuto di catrame e nicotina (informazione considerata ingannevole). Alla presentazione della nuova campagna del **ministero della Salute** contro il fumo, ribattezzata *Ma che sei scemo?*, - con 4 spot che hanno per protagonista l'attore Nino Frassica e che veicolano, un doppio messaggio abbinando all'obiettivo della campagna altri suggerimenti di comportamenti positivi: usa il casco, non fare selfie alla guida, rispetta gli animali - il ministro **Lorenzin** ha spiegato: "Estenderemo il divieto di fumo anche ai prodotti di nuova generazione, come i prodotti del tabacco a potenziale rischio ridotto. Ancora non sono diffusi, ma la nostra decisione è vietarli sotto i 18 anni". Secondo i dati Istat, nel 2014, in Italia i fumatori sono circa 10,3 milioni (19,5%) sui 52,3 milioni di abitanti con età superiore ai 14 anni. La popolazione dei tabagisti si divide in 6,2 milioni uomini (24,5%) e 4,1 milioni donne (14,8%). Il 70% dei consumatori inizia a fumare prima dei

18 anni e il 94% prima dei 25 anni.

A DIECI ANNI dalla legge, voluta nel 2005 dall'ex ministro Girolamo Sirchia, che ha stabilito il divieto di fumare negli spazi pubblici e sul posto di lavoro, nonché, da qualche anno, nelle aree all'aperto di pertinenza delle scuole e sulle banchine di treni e metropolitane, il numero di fumatori è diminuito di oltre il 6%. A gennaio 2015 con l'estensione del divieto anche a stadi, spiagge e parchi, il ministro **Lorenzin**, aveva proposto (invano) di bandire le scene di fumo da film e serie Tv in quanto diseducativo, scatenando una rivolta nel mondo del cinema.

IN EUROPA la prima a bandire il consumo è stata la Francia già nel 1992, mentre la Spagna ha optato, solo nel 2006, per un divieto parziale: i proprie-



taridiesercizi pubblici possono scegliere se applicarlo o meno. Invece fumare a New York ormai è quasi impossibile, cicche bandite anche al parco e sul marciapiede, è permesso solo a sei metri dalla porta d'ingresso di un edificio. Gli Usa sono stati i pionieri della lotta al tabagismo: in California c'è una legge antifumo sul posto di lavoro dal 1994, e un divieto per gli spazi chiusi dal 1998, e anche tutti gli altri stati federali sono molto rigide. L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha stimato che il consumo di tabacco uccide attualmente quasi 6 milioni di persone ogni anno, cifra che potrebbe raggiungere gli otto milioni entro il 2030.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

▪ NEL 1972

su indicazione dell'Ue l'Italia vietò di pubblicizzare i prodotti per fumatori. A partire dal 1991 su ogni prodotto da fumo compare per la prima volta la scritta a caratteri cubitali: "il fumo è nocivo". Con la "Legge Sirchia" del 2005 è arrivato il divieto nei locali pubblici. Dal 2014 bandite anche in spiaggia e nei cortili delle scuole



L'ultima trovata

Nella pubblicità progresso Nino Frassica dice a chi fuma: "Ma che sei scemo?"

LaPresse

CATERINA SOFFICI

Non è così che smetteranno, impedirlo alla guida è giusto

Volete che un adolescente si butti a capofitto in una cosa? Proibitegli di farla. Ergo, non c'è cosa più stupida che vietare la vendita di sigaretta ai minori. Perché se il minore vuole comprare le sigarette, non sarà certo il divieto a impedirglielo. Anzi, il proibito ha il fascino del proibito, appunto. E poi ci sono mille modi con cui aggirare i divieti, dai falsi ID agli escamotage di farsi comprare le sigarette da ragazzi più grandi e via inventando. Quindi, per me ex fumatrice (non sono certo state le proibizioni a farmi smettere) e favorevole alla liberalizzazione delle droghe leggere (figurarsi) questa parte della nuova legge antifumo in arrivo mi pare una idiozia. Inasprire le sanzioni per chi vende sigarette ai minori semplicemente non serve a niente. In un paese come l'Italia poi, il ritiro della licenza, sarebbe solo un favore al mercato nero. Lo stesso dicasi per le scritte ammonitorie e le immagini raccapriccianti: esistono in commercio bellissime custodie per coprire il tutto. Assolutamente favorevole invece alla parte che vieta il fumo in macchina o fuori da certi reparti degli ospedali. Questa è una cosa buona e giusta, perché un minore nella pancia o in una macchina che diventa una camera a gas non ha altro modo di difendersi.



Al Forum di Bologna

Foto choc, chi fuma se ne frega

Per uno studio australiano le immagini sui pacchetti non influiscono sul calo dei tabagisti

■ ■ ■ ALESSIA PEDRIELLI

■ ■ ■ Spaventare il fumatore senza perdere gettito. Ecco, in soldoni, il complicato equilibrio in cui tentano di destreggiarsi i governi europei, e quello italiano in primis, in materia di fumo. Da un lato l'obbligo di dissuadere i fumatori dal consumo di sigarette, dall'altro la paura che le nuove frontiere, quelle del fumo virtuale, sempre più avanzate, finiscano per sostituire, davvero, una delle maggiori entrate dei monopoli di Stato. Nei paesi sviluppati i fumatori «classici» sono sempre meno e la nuova frontiera è fatta di «hardware per l'autosomministrazione di nicotina». L'Italia però, come al solito, tenta di rallentare come può il corso degli eventi. A spese, stavolta, anche dell'economia del Paese, deprivata, con regole incerte, di nuovi investimenti. Nella lotta al fumo tradizionale, archiviata, almeno in parte, l'idea dell'accisa «pazza» (che altro non farebbe se non alimentare il mercato nero) adesso si punta al «pacchetto anonimo». Seguendo la recente direttiva europea, e nonostante gli studi che ne dimostrano l'inefficacia, anche l'Italia si prepara a rivestire i pacchetti di sigarette con immagini di trachee recise e piedi in cancrena, rendendo il marchio pressoché invisibile. Poco o niente, invece, si fa per chi vorrebbe investire nei nuovi prodotti, tra cui praticamente tutte le multinazionali del tabacco, convinte, ben prima dei governi, che sia ora di moltiplicare l'offerta e permettere

al cittadino di scegliere.

Di questo si è parlato al Global Tobacco and Nicotine Forum 2015, meeting mondiale, che ha riunito nei giorni scorsi a Bologna, produttori e rappresentanti del settore. I big del tabacco si sono confrontati sulla situazione e hanno presentato i primi risultati dello studio che sconfessa l'efficacia del pacchetto anonimo. «Lo studio è partito nel 2012, anno in cui il governo australiano ha aumentato la dimensione delle immagini choc sui pacchetti portandole dal 30% al 75% della superficie», spiega Michiel Reerink, vice presidente e global regulator strategy della Japan Tobacco International (Jti). «Lo stesso governo ha voluto testare l'efficacia di questa scelta con una ricerca ufficiale», e dalle prime evidenze appare chiaro che «il trend dei consumi non si è modificato». Per i produttori la vera alternativa alla fustigazione del marchio, sarebbero i nuovi prodotti, a partire dall'e-cigarette che un recentissimo studio britannico della Public Health England ha sdoganato come «meno dannose del 95% rispetto al fumo vero». In Italia però è difficile districarsi tra questi temi. Il governo ha deciso di imporre su questi prodotti una iper tassazione che ha dissuaso i consumatori e li ha spinti verso mercati on line e quindi meno sicuri. Ha allineato la detassazione dovuta ai prodotti elettronici a quella dei cosiddetti «heat not burn», che un po' di tabacco, invece, lo contengono.



Due immagini choc che verranno applicate in Italia sui pacchetti di sigarette



LiberoSalute

STOCCOLMA, EASD 2015. Bisogna ottimizzare i fondi per la ricerca e l'assistenza, ma anche i pazienti debbono cambiare stili di vita

Diabete in aumento, ormai fuori controllo

■ ■ ■ ANDREA SERMONTI

Il diabete ha superato 'quota mezzo miliardo' di persone in tutto il mondo. Il dato è emerso nella sua drammaticità al 51° Congresso della European Association for the Study of Diabetes (EASD) appena conclusosi a Stoccolma, «e i tassi di crescita sono ben superiori alle stime pur pessimistiche di 10-20 anni fa - commenta il presidente della Società Italiana di Diabetologia Enzo Bonora - abbiamo raggiunto nel 2015 numeri che pensavamo di raggiungere nel 2030, e se va avanti così fra altri 15 anni veramente avremo un miliardo di persone con il diabete nel mondo. Cifre che alcuni anni fa erano state utilizzate 'provocatoriamente' e che ora si stanno drammaticamente materializzando».

Per individuare cosa determina il di tipo 2

Fotografare il diabete 'appena nato'

■ ■ ■ Uno studio italiano della Società Italiana di Diabetologia 'fotografa' per la prima volta il diabete sul nascere, svelando le sue radici. Lo studio è importante perché dà le indicazioni per confezionare una terapia anti-diabete davvero su misura, declinata sulla base del difetto predominante alla base del diabete. Lo studio VNDS (Verona Newly Diagnosed type 2 Diabetes Study) nasce appunto con l'intento di caratterizzare in dettaglio le componenti che contribuiscono a determinare il diabete di tipo 2 nel momento stesso in cui viene diagnosticato, ed è frutto di un lavoro decennale condotto

presso la Divisione di Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo dell'Università di Verona. "Il momento in cui viene fatta diagnosi di diabete - afferma il primo autore dello studio, il dottor Marco Dauriz, membro della Società Italiana di Diabetologia - rappresenta una finestra temporale privilegiata per poter apprezzare la frequenza e l'entità dei difetti di secrezione e azione insulinica, prima che venga avviata una terapia farmacologica. Caratterizzare le componenti patogenetiche al momento della diagnosi è importante per individuare una strategia terapeutica il più possibile personalizzata.

Sarebbe 'arrugginita' dai radicali liberi

Bambini, scoperta un'insulina 'alien'

■ ■ ■ Scoperta un'insulina 'alien' che potrebbe contribuire alla comparsa del diabete nei bambini, scatenando la formazione di autoanticorpi che potrebbero avere un ruolo nella comparsa di diabete di tipo 1, il diabete dei giovani e dei bambini. Il dosaggio di questi anticorpi realizzabile con uno specifico test messo a punto dagli autori dello studio potrebbe aiutare ad individuare precocemente i soggetti destinati a sviluppare in futuro diabete di tipo 1, mentre l'insulina modificata potrebbe in futuro diventare un obiettivo terapeutico per prevenire, appunto, il diabete di tipo 1. I team di ricerca italiani e inglesi

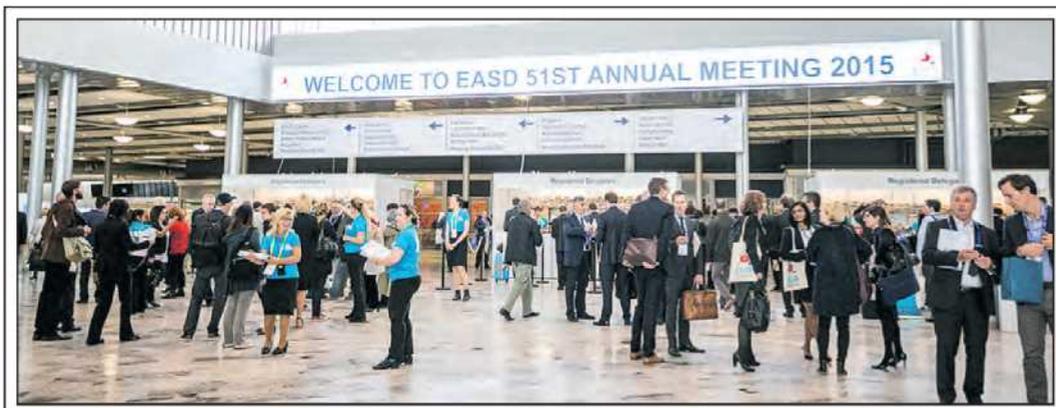
hanno messo a punto un esame per rilevare la presenza di questi anticorpi diretto contro l'insulina 'alien' e ritengono che la loro scoperta possa portare a nuove strategie di trattamento. "Questo studio - spiega il Dottor Rocky Strollo, Endocrinologia e Diabetologia, Università Campus Bio-Medico di Roma e membro della Società Italiana di Diabetologia - dimostra che l'autoimmunità pancreatica può essere indotta da modifiche ossidative dell'insulina. Il prossimo obiettivo sarà di valutare se questo test potrà consentire di identificare precocemente i soggetti destinati a sviluppare in futuro il diabete tipo 1".



Ma due enzimi ne ridurrebbero la crescita 'Grasso fa grasso', più negli obesi

■ ■ ■ Le cellule staminali del grasso viscerale degli obesi sono particolarmente portate ad accumulare grasso, perchè carenti di due enzimi, SIRT1 e SIRT2. Lo ha scoperto una ricerca condotta dal dottor Sebastio Perrini, del gruppo del professor Francesco Giorgino, dipartimento di Endocrinologia dell'Università di Bari e membri della Società Italiana di Diabetologia e presentato a Stoccolma al congresso dell'EASD, che apre dunque la strada alla possibilità di 'riprogrammare' le cellule staminali 'vocate' al grasso, innalzando la concentrazione di queste due proteine e fa-

cendole così 'scendere di taglia'. Dallo studio è emerso chiaramente che le cellule staminali del grasso viscerale dei soggetti obesi mostrano una maggiore tendenza a differenziarsi in cellule adipose mature, cioè a generare tessuto adiposo. "Il nostro studio - afferma il dottor Sebastio Perrini - ci aiuta a comprendere meglio i meccanismi che regolano lo sviluppo del tessuto adiposo, e potrà consentire di elaborare strategie farmacologiche mirate, in grado di controllare l'espansione del tessuto adiposo e le patologie associate alla obesità ed al sovrappeso".



CONGRESSO DI EPATOLOGIA &

«Le epatiti C e B potranno essere curate»

L'epatologia, cioè lo studio delle malattie del fegato, è uno dei campi della medicina che più di ogni altro negli ultimi anni ha avuto degli sconvolgimenti epocali. In particolare ciò è avvenuto nel trattamento dell'infezione da virus C (Hcv). Le nuove terapie sono ormai una realtà anche nel nostro Paese e la disponibilità delle nuove cure consente, per la prima volta, al clinico di curare in maniera definitiva l'infezione cronica da Hcv. Il titolo del congresso, che si è svolto a Catania nei giorni scorsi, lo esplicitava bene: «Le nuove sfide in epatologia».

I lavori sono stati aperti dal direttore generale dell'Arnas Garibaldi, Giorgio Santonocito, dal direttore amministrativo, Giovanni Annino, dal direttore generale dell'Asp, Giuseppe Giammanco, e dal delegato alla sanità del sindaco, Francesco Santocono. Presie-

duto dai due specialisti Maurizio Rusello e Gaetano Scifo, direttori rispettivamente dei reparti di epatologia del «Garibaldi» e medicina dell'«Umberto I» di Siracusa, il meeting ha visto la partecipazione di oltre cinquanta relatori provenienti da tutt'Italia e di cen-



GAETANO SCIFO E MAURIZIO RUSSELLO

tocinquanta tra medici, farmacisti, biologi e infermieri, che hanno acquisito i crediti formativi Ecm del [ministero della salute](#).

Il dato importante emerso dal congresso è che non solo l'epatite C ma anche l'epatite B potrà presto essere curata. «Il virus B e il virus C rappresentano le due principali cause di epatite cronica, cirrosi ed epatocarcinoma in Italia e nel resto del mondo - ha spiegato Rusello - nel 2015 sono stati commercializzati anche in Italia nuovi farmaci con meccanismo d'azione diretto contro l'Hcv, che assicurano l'eradicazione

dell'infezione in oltre il 90% dei pazienti trattati. La sfida dei prossimi anni sarà di trattare tutti i pazienti portatori del virus allo scopo di eliminare tale infezione dalla popolazione. Anche la cura dell'epatite B ha raggiunto l'obiettivo di sopprimere la replica virale e, nei prossimi anni, sarà possibile non solo bloccare l'Hbv, ma anche eliminarlo dalle cellule del fegato, impedendone la trasmissione».

Altri temi affrontati nel simposio il danno da accumulo di grasso nel fegato correlato all'insulinoreistenza, che diventerà nei prossimi anni la prima causa di epatopatia, per l'epidemia di diabete mellito e obesità del mondo occidentale, la tossicità epatica da farmaci e la gestione del paziente con cirrosi epatica che nella fase di scompenso e con epatocarcinoma richiede elevate competenze cliniche e notevoli costi sociali e sanitari.

«L'approccio multidisciplinare delle malattie del fegato - ha concluso Rusello - si è dimostrato indispensabile non solo per aumentare l'efficacia terapeutica, ma anche per ridurre i costi e l'inappropriatezza».

