- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.247 Fri, 11 Jul 2025, 01:35:16

EDITORIALE

Esperienza, emergenza…

Maurizio Bonati
Dipartimento di Sanità Pubblica
IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche
Mario Negri, Milano
maurizio.bonati@marionegri.it

Imparare (anche) dall'esperienza altrui per procedere è forse la finalità principale delle revisioni sistematiche, delle metanalisi, dell'*Evidence Based Medicine* o più semplicemente dei percorsi formativi ed educativi sia professionali che genitoriali. Per perseguire questo obiettivo bisogna però conoscere le iniziative altrui, i risultati ottenuti e con questi confrontarsi. Vale per la formazione personale, ma ancor più per quella pubblica che coinvolge tutti i cittadini nel presente e nel futuro. Non sembra una caratteristica della salute pubblica italiana quella di apprendere dalla propria e altrui esperienza per programmare o implementare nel tempo interventi e strategie basati su documentata appropriatezza. Anche i recenti dibattiti di interesse nazionale si sono caratterizzati più per le decisioni e interessi dei politici che della discussione tra tecnici (vedi obbligatorietà vaccinale), per gli scontri politici (vedi migranti o *ius solis*) o per i principi morali (vedi il caso "Charlie" o la legge sul biotestamento).

Gli interventi in ambito pubblico sono sempre più caratterizzati/giustificati dall'emergenza che in quanto tale, in apparenza, necessita di decisioni rapide e giustifica limiti e incompletezze, quando non inappropriatezze. Sono spesso le decisioni determinate dalla dominanza della politica sulla scienza e la tecnica.

Alla bella immagine dell'etimologia (emergere) con emergenza ha prevalso il significato distruttivo, scuro, di allarme (*emergency*). Così la condizione di emergenza rappresenta uno stato di pericolo, grave e che necessita di un pronto intervento. Tuttavia la realtà ci dice che molte emergenze permangono nel tempo, cronicizzano e diventano condizioni endemiche.

Eppure esperienza ed emergenza sono espressione dell'attivare, dell'intraprendere (esperire) con appropriatezza interventi/percorsi anche per la salute. Ma questo non sempre succede.

Il recente rapporto statunitense[2] sulla supplementazione di acido folico documenta che nonostante l'obbligo di fortificazione di alcuni cereali di largo consumo avvenuto nel 1998 e le indicazioni che i medici dovrebbero dare alle donne in età fertile, il tasso dei difetti del tubo neurale non diminuisce. La ragione è attribuita al fatto che le concentrazioni ematiche ritenute efficaci per la prevenzione non sono raggiunte all'inizio della gravidanza dalla maggioranza delle gravide americane. Non si alimentano a sufficienza con cibo fortificato, non assumono pillole di acido folico. Un intervento di salute pubblica basato sulla coercizione e sull'informazione attiva che è risultato inefficace. La discussione è ora concentrata su come implementare o modificare gli interventi[2]. Sin dagli inizi degli anni '60 è riconosciuto il ruolo

> Prima o poi, dice il proverbio, la verità viene a galla. È proprio cosí. La verità, e la realtà a cui si riferisce, emerge per forza propria, e non viene costruita con le deboli facoltà degli esseri umani, come hanno immodestamente preteso tanti filosofi.
> **Maurizio Ferraris[1]**

BIBLIOGRAFIA

1. Maurizio Ferraris (a cura di). Emergenza. Torino: Einaudi Editore, 2016.
2. Mitchell LE. Folic acid for the prevention of neural tube defects: the US Preventive Services Task Force Statement on Folic Acid Supplementation in the Era of Mandatory Folic Acid Fortification. JAMA Pediatr 2017; 171: 217-8.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.247 Fri, 11 Jul 2025, 01:35:16

preventivo dell'acido folico osservando l'effetto preventivo in donne che si alimentavano con cibi ricchi di vitamina B9: cereali, arance, pomodori, legumi, verdure a foglia scura. Negli anni '90 alcuni *clinical trial* hanno contribuito a definire il dosaggio efficace, documentando che la supplementazione di 0,4-0,8 mg/die di acido folico iniziata nel trimestre prima del concepimento e mantenuta per almeno tutto il primo trimestre è efficace nel ridurre il rischio di anencefalia e spina bifida del feto. Solo con l'obbligatorietà per i produttori di cereali di addizionare 0,14 mg di acido folico ogni 100 g di prodotto prima della commercializzazione il tasso di difetti del tubo neurale è diminuito del 35%, ma comunque insufficiente e lontano dall'obiettivo di salute pubblica stabilito. In Italia la fortificazione dei cibi non è stata imposta, nonostante sia stato richiesto dalla comunità scientifica. L'efficacia dell'informazione attiva è scarsa nonostante che a partire da 2005 l'acido folico sia distribuito gratuitamente dietro presentazione di ricetta. Pur non conoscendo i livelli ematici raggiunti, solo il 23,5% di un campione rappresentativo di partorienti ha dichiarato di aver assunto acido folico[3]. Tutto da fare quindi per individuare azioni efficaci e durature, condivise e partecipate che coinvolgano competenze e conoscenze diverse[4].

La lezione dell'acido folico per la sanità pubblica nazionale e internazionale dovrebbe far riflettere sull'impatto degli interventi (anche coercitivi), sull'analisi dei fattori che possono minarne l'efficacia e sulle modalità di contrasto/implementazione.

Tutto questo non è patrimonio culturale e operativo italiano come dimostra anche la conduzione del recente decreto di legge sull'obbligatorietà vaccinale: l'emergenza (vera? per il morbillo?) ha fatto ignorare l'esperienza e la conoscenza.

In proposito è interessante guardare ancora negli USA. Nel 2015 a seguito di un'epidemia di morbillo la California, seguita dalla Virginia e dal Mississippi, ha introdotto l'obbligatorietà vaccinale per l'ammissione scolastica. In altri Stati l'opposizione dei cittadini ha impedito di adottare un analogo provvedimento. Anche la coercizione ha alimentato gli oppositori, ma ancor di più ha ampliato la quota degli indecisi, di chi non sa, non sa decidere, non vuole delegare, non ha piena fiducia nei medici…: la quota maggiore dei genitori che non fa vaccinare o ritarda le vaccinazioni dei propri figli, e degli adulti non vaccinati; negli USA come in Italia[5,6]. Cosa ci dice inoltre l'esperienza americana e anche quella australiana[7]? Che l'introduzione dell'obbligo è utile per mantenere alte le coperture dei bambini che frequentano l'asilo, che però già sono alte. Quindi se la popolazione target non è solo quella che frequenta l'asilo, ma tutta la popolazione di 0-5 anni, la sola coercizione non basta. È quello ipotizzato anche per l'Italia[8]. Altre forme nuove, innovative rispetto alla sola vecchia "informazione attiva" risultata insufficiente o inefficace, devono essere individuate, attivate e valutate[5].

Quindi? L'esperienza altrui ci conferma che se l'obbedienza è cieca i risultati attesi sono scarsi o nulli. L'obbedienza critica che implica coinvolgimento, condivisione, comprensione è quella a cui tendere[9] e la sua mancanza è una delle croniche emergenze nazionali: "una verità che emerge per forza propria"[1]. **R&P**

3. Nilsen RM, Leoncini E, Gastaldi P, et al. Prevalence and determinants of preconception folic acid use: an Italian multicenter survey. Ital J Pediatr 2016; 42: 65.

4. Bortolus R, Oprandi NC, Rech Morassutti F, et al. Why women do not ask for information on preconception health? a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth 2017; 17: 5.

5. Opel DJ, Schwartz JL, Omer SB, et al. Achieving an Optimal Childhood Vaccine Policy. JAMA Pediatr 2017; doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1868.

6. Valsecchi M, Speri L, Simeoni L, Campara P, Brunelli M (a cura di). Regione Veneto. Indagine sui determinanti del rifiuto dell'offerta vaccinale in Regione Veneto. Rapporto 2011. https://prevenzione.ulss20.verona.it/docs/RicercheScelteVaccinali/Indagine-Determinanti-Scelta-Vaccinale-Report.pdf (accesso del 14 luglio 2017).

7. Beard FH, Leask J, McIntyre PB. No Jab, No Pay and vaccine refusal in Australia: the jury is out. Med J Aust 2017; 206: 381-3.

8. Clavenna A, Bonati M. Obbligo vaccinale e potenziale impatto per l'accesso ai servizi per l'infanzia. Ricerca & Pratica 2017; 33: 102-11.

9. Bonati M. L'obbedienza non è (più) una virtù. Ricerca & Pratica 2017; 33: 99-101.