

# Gli interventi sulla salute mentale della madre e il loro impatto sullo sviluppo del bambino

Marianna Purgato<sup>\*/\*\*</sup>, Davide Papola<sup>\*</sup>, Chiara Gastaldon<sup>\*</sup>, Corrado Barbui<sup>\*</sup>

<sup>\*</sup> Centro OMS per la ricerca in salute mentale, Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Sezione di Psichiatria, Università di Verona

<sup>\*\*</sup> Department of Mental Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, USA

**Obiettivi:** Valutare l'efficacia degli interventi sulla salute mentale della madre e il loro impatto sullo sviluppo del bambino in contesti a basso-medio reddito.

**Metodi:** Abbiamo condotto una revisione sistematica e meta-analisi di studi randomizzati focalizzati su interventi per la salute psichica della madre sul benessere del bambino.

**Risultati:** Abbiamo raccolto 9 studi (7553 diadi madre-bambino), di cui la maggior parte ha valutato interventi condotti da operatori sanitari. La meta-analisi ha identificato un impatto significativo degli interventi sull'allattamento esclusivo al seno (6 confronti, 3247 partecipanti, Rischio Relativo 1,64, intervallo di confidenza 95% 1,29-2,09).

**Conclusioni:** I risultati enfatizzano l'importanza della salute psichica della madre per migliorare la salute globale della diade madre-bambino. Per massimizzare i risultati degli interventi, la ricerca in futuro dovrà focalizzarsi sulla comprensione dei meccanismi alla base degli esiti osservati.

**Aims:** *To review the impact of interventions with a maternal mental health component on children's outcomes.*

**Methods:** *We report a systematic review of randomized controlled trials conducted in low- and middle-income countries.*

**Results:** *We collected nine randomized controlled trials (7,553 mother-child dyad). The majority of studies were conducted in middle-income countries and were focused on interventions delivered by general health workers through home visits. Meta-analysis identified a significant impact of interventions on exclusive breastfeeding (6 comparisons, 3,247 participants, risk ratio 1.64, 95% confidence interval 1.29-2.09).*

**Conclusions:** *These results highlight the importance of giving attention to maternal mental health in improving overall maternal and child health in low- and middle-income countries, particularly for exclusive breastfeeding. To maximize this impact, future research may analyze the processes through which such impact occurs.*

## Introduzione

I problemi di salute mentale costituiscono una sfida per la sanità pubblica a livello globale, soprattutto in considerazione degli elevati livelli di disabilità a cui sono associati. Ciò vale sia nei Paesi "ad alto reddito" – come per esempio l'Italia, sia nei Paesi in via di sviluppo. In questi ultimi, però, le risorse destinate alla cura dei disturbi mentali sono molto limitate rispetto a quelle disponibili in contesti economici più agiati (circa il 90% in meno). Questa mancanza di risorse si traduce in

un divario tra la necessità di trattamenti e la loro effettiva disponibilità [1].

Per affrontare il problema sono state messe in atto varie strategie di integrazione dei trattamenti *evidence-based*, all'interno di contesti assistenziali non-specializzati come per esempio l'assistenza primaria e quella materno-infantile [2,3].

Questa scelta è stata guidata da una serie di motivi clinici impellenti, alcuni dei quali trasversali a tutti i livelli economici. Il primo motivo è che i disturbi mentali della donna nel periodo pre- e post-par-

tum sono comuni e disabilitanti. Nei contesti a basso e medio reddito le stime di prevalenza di questi disturbi sono del 15,6% durante la gravidanza e del 19,8% nel periodo post-partum. I fattori di rischio associati all'insorgere di queste condizioni includono per esempio difficoltà socio-economiche, gravidanze indesiderate, giovane età, situazioni di violenza domestica, e in alcuni contesti culturali anche il fatto di avere una anamnesi positiva per disagio mentale [4].

Secondo motivo: la sofferenza mentale della madre può avere un impatto negativo sullo sviluppo del bambino. Evidenze scientifiche recenti hanno dimostrato per esempio che i bambini di madri depresse o che soffrivano di sintomi depressivi avevano più probabilità di essere sottopeso o di avere problemi della crescita [5].

Terzo, sebbene negli ultimi anni la ricerca sull'efficacia dei trattamenti incentrati sulla salute mentale nei Paesi in via di sviluppo abbia avuto una notevole espansione, non esistono a oggi studi sistematici che valutino l'impatto di questi interventi sullo sviluppo del bambino.

In questo lavoro presentiamo una revisione sistematica e meta-analisi sull'efficacia di interventi incentrati sulla salute mentale della madre, e il loro impatto sullo sviluppo del bambino nei contesti a basso-medio reddito. Le implicazioni di questo lavoro verranno discusse anche in relazione al contesto italiano.

## Metodi

### Strategia di ricerca

Abbiamo eseguito una ricerca bibliografica su Pubmed/MEDLINE, PsycInfo, Cochrane Register of Controlled Trials (CENTRAL), Embase, Web of Science, CINAHL e Popline aggiornata a no-

vembre 2015. Abbiamo cercato studi non pubblicati sui siti internet delle seguenti organizzazioni: Global Health Library, UNFPA, UNICEF, OMS, World Bank, Emergency Nutrition Network, ALNAP and Eldis, fino a dicembre 2015. Non abbiamo applicato restrizioni rispetto a data di pubblicazione, stato e linguaggio di pubblicazione.

#### Criteri di inclusione/esclusione

Abbiamo raccolto studi controllati randomizzati che: (1) descrivessero interventi nel periodo pre- e post-natale con una componente dedicata alla salute mentale della madre; (2) fossero stati condotti in Paesi definiti “a basso-medio reddito” secondo i criteri della *World Bank* [6]; e (3) includessero indicatori di esito relativi alla salute del bambino, alla sua alimentazione e/o al suo sviluppo.

#### Selezione degli studi

Due revisori hanno valutato in modo indipendente i titoli e gli *abstracts* raccolti tramite la strategia di ricerca e hanno raccolto gli articoli potenzialmente rilevanti.

#### Raccolta dei dati e valutazione del rischio di distorsione degli studi inclusi (risk of bias)

I dati sono stati estratti in modo indipendente da due revisori, che si sono focalizzati su variabili come: disegno di studio, caratteristiche e numerosità del campione, indicatori di esito relativi allo sviluppo del bambino, risultati e *risk of bias*. Per la valutazione del *risk of bias* abbiamo usato il *Cochrane Risk of Bias tool* [7].

#### Analisi dei dati

Gli studi inclusi sono stati confrontati rispetto a popolazione, misurazione degli esiti, caratteristiche degli interventi e metodologiche che potessero contribuire a una eterogeneità clinicamente significativa nell'interpretazione dei risultati.

Dal punto di vista quantitativo, dove possibile e appropriato, abbiamo meta-analizzato i dati degli studi e abbiamo espresso i risultati come rischio relativo (RR) con un intervallo di confidenza (CI) del 95% per i dati dicotomici, e differenza media standardizzata (*Standardized Mean Difference - SMD*) con un CI del 95% per i dati continui. Per le analisi abbiamo usato il software Review Manager versione 5.2. (The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration. Review Manager - RevMan-5.2. Copenhagen). Per gli studi che utilizzavano una randomizzazione a cluster, abbiamo considerato il coefficiente di correlazione intra-cluster (ICC) e lo abbiamo assunto a 0.05 se non riportato. Ab-

biamo condotto un'analisi per sottogruppi confrontando gli interventi focalizzati sulla salute mentale della madre con interventi integrati.

#### Risultati

La strategia di ricerca ha condotto a 9694 risultati (database e siti web) e a 24 risultati aggiuntivi (controllo referenze degli studi inclusi) (Figura 1). Dopo la rimozione dei duplicati (n=1436) abbiamo analizzato titoli e *abstracts* di 8282 articoli. Abbiamo identificato 142 articoli potenzialmente rilevanti e analizzato nove studi che rispondevano ai criteri di inclusione (14 articoli). Uno studio è rimasto in attesa di valutazione perché non vi erano informazioni sufficienti per valutarne l'includibilità [8].

#### Distribuzione degli studi nei diversi contesti economici

I dati analizzati provengono da studi condotti in diversi Paesi a medio e basso reddito. Tre studi sono stati condotti in Sud Africa, due in America Latina (un trial in Cile e un trial multicentrico condotto in Argentina, Brasile, Messico e Cuba), due in Pakistan, uno in Iran e uno in Siria.

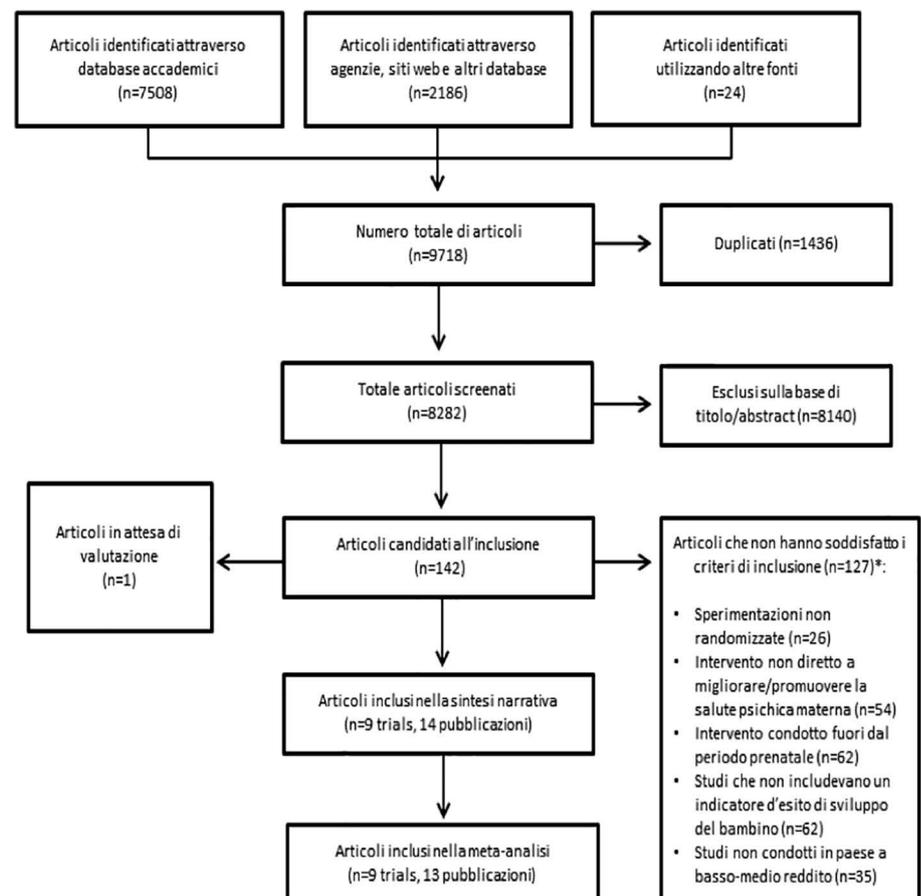
#### Caratteristiche degli studi inclusi

La maggior parte degli studi inclusi è stata condotta in Paesi a medio reddito su una popolazione di donne al terzo trimestre di gravidanza o che avevano partorito recentemente [9,10,11,12,13-22]. In tre studi gli Autori hanno specificato tra i criteri di inclusione il fatto che le donne riportassero livelli di ansia e depressione elevati [9,10,12,14,17].

Quasi tutti gli studi includevano come intervento sperimentale visite domiciliari, svolte da operatori sanitari. La maggior parte degli interventi era focalizzata sullo sviluppo del bambino, ma tutti contenevano anche una componente legata alla salute mentale della madre.

#### Indicatori di esito relativi al bambino

Gli indicatori di esito relativi ad alimentazione e crescita del bambino sono stati riportati in numerosi studi. L'allattamento al seno esclusivo è stato riportato in cinque sperimentazioni [11,13,16,18,19]. Le misure antropometriche come il “peso/per età”, “altezza/per età” e il “peso/per altezza” sono state riportate in quattro studi [9,12,15,16,18,19,21], mentre il basso peso alla nascita è stato misurato in tre studi [14,16,22].



\* La somma degli articoli esclusi non è 127. Questo perché alcuni articoli sono stati esclusi per più di una ragione.

Figura 1. Diagramma di flusso riassuntivo della selezione degli studi inclusi.

### Valutazione del rischio di distorsione (risk of bias)

In generale, la valutazione degli studi inclusi ha evidenziato un rischio di distorsione moderato. Tutti gli studi erano randomizzati, anche se due studi non descrivevano come era stata generata la sequenza di randomizzazione (valutati come *unclear*). In modo analogo, il metodo di mascheramento della sequenza di allocazione non era descritto in quattro studi. Sei studi hanno descritto in modo adeguato i metodi per mantenere la cecità dei valutatori, mentre nessuno ha spiegato come è stata preservata la cecità dei partecipanti. Anche gli *items* relativi alla completezza dei dati disponibili e alla selezione degli esiti non erano sempre descritti in modo adeguato.

### Sintesi narrativa

Rispetto agli indicatori di crescita, il basso peso alla nascita è stato riportato in quattro articoli che rappresentavano tre studi. I risultati però erano discordanti o inconclusivi. Le misure standardizzate “peso/per età” e “altezza/per età” sono state riportate in tre studi. Rahman et al. [9] non hanno individuato un effetto significativo dell'intervento sul “peso/per età” o “altezza/per età” a 6 e 12 mesi. Gli Autori hanno però osservato che la depressione materna aveva un impatto sull'effetto dell'intervento rispetto alla crescita del bambino. In modo analogo, un altro studio ha rilevato che i bambini di madri depresse nel gruppo di intervento erano confrontabili a quelli di madri “non-depresse” nelle condizioni di intervento e di controllo in termini di “altezza/per età” (anche se, i bambini di madri depresse nei controlli avevano una “altezza/per età” significativamente inferiore) [21].

Numerosi studi inclusi hanno trasformato l'“altezza/per età” e il “peso/per età” in una variabile dicotomica che indicava se la crescita era al di sotto della media di 2 o più deviazioni standard, un indicatore di malnutrizione secondo gli standard dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Le Roux et al. [16] hanno osservato che i neonati di madri nel gruppo di intervento avevano significativamente meno probabilità di essere sottopeso a 6 mesi (Odds Ratio-OR= 1,69, 95% CI: 1,22-2,34). I risultati dello stesso studio pubblicato da Rotheram-Borus et al. [19] hanno evidenziato che i bambini delle madri nel gruppo di intervento avevano significativamente meno probabilità di essere sottopeso (nascita, 6 e 18 mesi; OR= 1,42, 95% CI: 1,01-1,99) [19]. Risultati simili sono stati trovati anche in un altro studio che ha identificato un effetto principale dell'intervento sulle probabilità di non essere sottopeso dalla

nascita a 12 mesi post-partum (OR= 1,08, 95% CI: 1,01-1,16)[18].

Per quanto riguarda l'allattamento al seno, cinque studi hanno incluso questo indicatore come misura di esito dell'intervento. L'intervento era associato a una maggiore probabilità di allattamento esclusivo al sesto mese [11,13,16,18,19].

La relazione madre-bambino è stata analizzata in due studi: uno studio valutava lo stile di attaccamento [10] e uno le cure materne dopo il parto [10,18]. Osservazioni strutturate hanno evidenziato un attaccamento più sicuro nei bambini di madri nella condizione di intervento rispetto a quelli delle madri allocate al gruppo di controllo (74% vs 63%). Cinque studi hanno valutato lo sviluppo del bambino nelle aree: cognitiva, linguistica, socio-emozionale, fisica e motoria.

Nonostante non vi siano risultati significativi a favore degli interventi sui controlli, sono state identificate alcune differenze specifiche. Ad esempio è emerso che i figli di madri che ricevevano le visite domiciliari avevano sviluppato maggiori abilità linguistiche e cognitive rispetto alle madri nella condizione di controllo [15,17].

### Sintesi quantitativa

Abbiamo effettuato una meta-analisi dove fossero presenti dati sugli indicatori di esito provenienti da almeno due studi. In questa sede riportiamo le analisi che includono tutti i randomizzati, considerando il coefficiente di variabilità tra *clusters*.

L'esito riportato più frequentemente era l'allattamento al seno esclusivo. Questa misura è stata riportata in sei confronti, (cinque studi) con un totale di 3247 partecipanti [9,11,13,16,18] (Figura 2). I risultati della meta-analisi indicano un impatto generale a favore dell'intervento: RR di 1,64, 95% CI 1,29-2,09.

Rispetto a questa misura di esito abbiamo condotto delle analisi per sottogruppi, confrontando gli interventi focalizzati sulla salute mentale della madre con gli interventi integrati (Figura 2). Gli interventi focalizzati sulla salute mentale avevano un impatto più forte rispetto a quelli integrati, ma questa differenza non era statisticamente significativa.

Relativamente agli indicatori dello sviluppo cognitivo del bambino non abbiamo riscontrato un impatto statisticamente significativo degli interventi effettuati sulle madri.

Tra gli indicatori di crescita, il basso peso alla nascita era valutato in tre studi (3143 partecipanti), ma non è stato identificato un impatto generale dell'intervento su questo esito. Essere sottopeso è stato misurato in due studi con 604 partecipanti.

La meta-analisi non ha rilevato differenze significative tra le condizioni di studio. In modo analogo, non abbiamo trovato differenze significative tra “peso/per età”, “peso/per altezza” o “altezza/per età”.

### Conclusioni

L'obiettivo del presente lavoro era quello di riassumere le attuali evidenze sull'impatto degli interventi sulla salute mentale della madre su indicatori di esito relativi al bambino. Abbiamo raccolto in totale nove studi randomizzati con 7553 diadi madre-bambino.

Nonostante gli studi raccolti siano stati condotti in contesti economici diversi rispetto a quello italiano, i risultati hanno implicazioni rilevanti anche nel nostro contesto, perché indicatori di esito come lo sviluppo e l'alimentazione del bambino sono di importanza critica a livello globale. Inoltre, non è da dimenticare che sacche di povertà e di degrado sociale permangono purtroppo anche in aree più o meno vaste dei Paesi ad alto reddito. Nel nostro Paese, fortunatamente, l'attenzione ai bisogni bio-psico-sociali della diade madre-bambino ha permesso negli anni lo sviluppo di una capillare rete di supporto a tutela delle situazioni maggiormente a rischio. La necessità di implementare ulteriormente tale sistema tutelante viene confermata dai risultati di questo studio che, insieme alle altre evidenze presenti in letteratura, possono servire da base fondante per lo sviluppo di una cultura volta alla prevenzione primaria.

L'indicatore di esito riportato più frequentemente era l'allattamento al seno esclusivo, considerato fondamentale per lo sviluppo del bambino dalle linee guida internazionali [23,24]. Nella meta-analisi si è osservato un impatto significativamente favorevole degli interventi rispetto a questo indicatore, dato che nelle condizioni di intervento il 64% in più dei bambini venivano allattati al seno rispetto ai controlli. Dal momento che i trattamenti oggetto di studio includevano componenti di varia natura, è difficile attribuire il miglioramento dell'allattamento alla sola componente relativa alla salute mentale, anche se due osservazioni ne supportano l'impatto favorevole. Primo, un'analisi per sottogruppi ha rilevato che sia gli interventi focalizzati sulla salute mentale che quelli integrati aumentavano la percentuale di allattamento al seno, anche se vi era una lieve differenza a favore degli interventi specifici sulla salute mentale. In secondo luogo, i risultati del nostro lavoro sono in linea con le meta-analisi di studi focalizzati in modo specifico su interventi per favorire l'allattamento al seno [25].

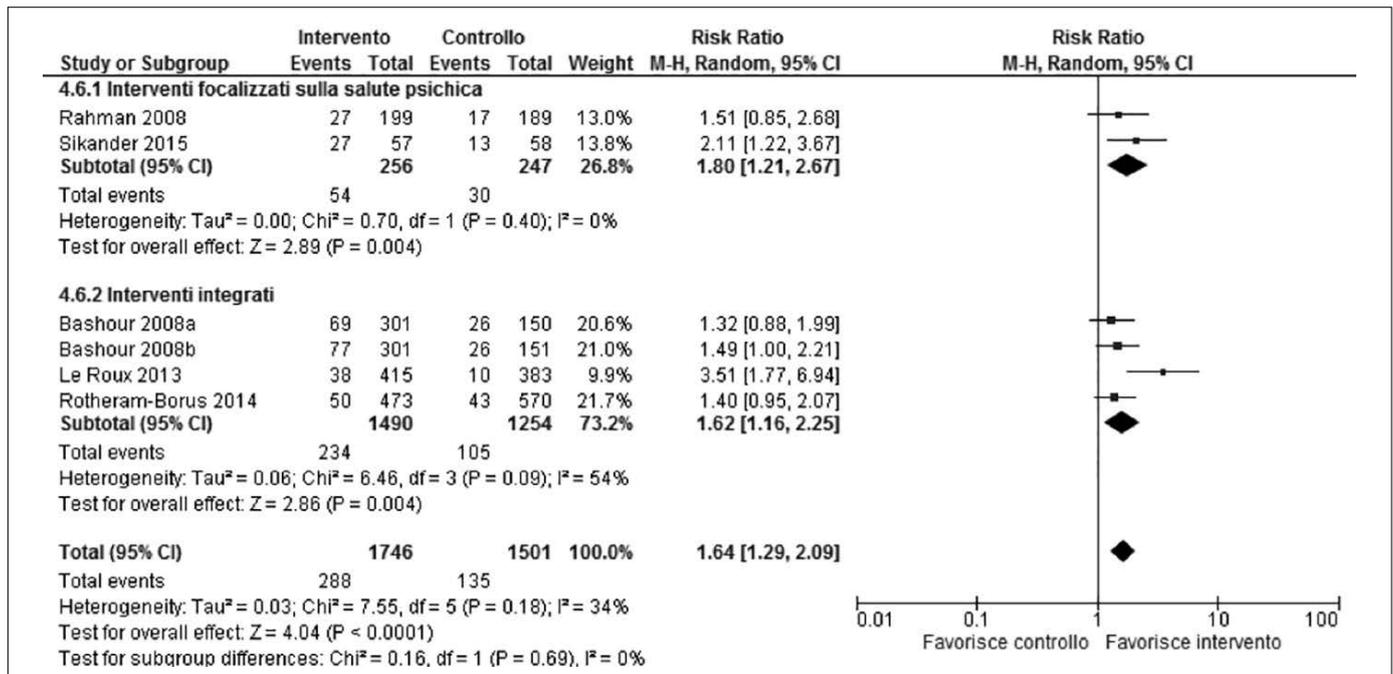


Figura 2. Meta-analisi sul confronto tra gruppi di intervento e di controllo sull'allattamento al seno esclusivo.

Alla luce di questi risultati è possibile fare delle osservazioni rispetto alle auspicabili direzioni che la ricerca in questo campo potrebbe prendere nel prossimo futuro. Per esempio gli studi potrebbero essere disegnati in modo da poter effettuare delle analisi sui mediatori dell'intervento, per valutare se le condizioni di salute mentale della madre hanno un impatto sull'allattamento al seno esclusivo. Esistono in letteratura degli studi che hanno considerato la depressione materna come moderatore, e questi studi hanno aperto la strada a una direzione di ricerca potenzialmente fruttuosa [9,21]. Inoltre, i confronti diretti tra interventi che includano o meno una componente specifica sulla salute mentale aiuterebbero a stimare il contributo addizionale che questa potrebbe avere negli interventi integrati. Anche i risultati della sintesi narrativa – sebbene segnalino la necessità di produrre ulteriori evidenze in questo ambito – evidenziano un trend a favore degli interventi sulla salute mentale della madre su indicatori di esito come la crescita del bambino in generale (incluso il basso peso alla nascita e l'altezza in relazione all'età), e aspetti peculiari come lo sviluppo di abilità linguistiche e cognitive. Gli interventi studiati sembrano anche influenzare positivamente lo “stile di attaccamento”, elemento quest'ultimo cruciale per l'instaurarsi di future relazioni oggettuali di buona qualità.

Prima di discutere le implicazioni di questo lavoro per la ricerca e la pratica, vanno segnalati alcuni limiti della letteratura esistente e di questa revisione sistematica. In generale, gli studi inclusi hanno mostra-

to un rischio di distorsione dei dati moderato. Dal punto di vista metodologico la qualità degli studi è stata limitata da un alto tasso di *drop-out* e dalla mancanza di dettagli rispetto al mantenimento in cieco dei partecipanti. In questa sede abbiamo presentato solo analisi conservative che tenessero conto di tutti i randomizzati, ma tassi di *drop-out* elevati possono alterare l'interpretazione dei risultati. In secondo luogo tutti gli interventi erano focalizzati su indicatori di esito nell'ambito dei *common maternal mental disorders*, ma sarebbe utile considerare anche altri disturbi mentali, come la psicosi, il disturbo bipolare e l'epilessia. Terzo, c'era una variazione sostanziale nella definizione e valutazione di alcuni esiti che ha limitato la possibilità di condurre meta-analisi.

Considerate queste limitazioni, la nostra impressione è che i risultati del nostro lavoro indichino che la ricerca su questo argomento sta facendo notevoli progressi. Esiste attualmente un corpo di evidenze sufficiente per rispondere in modo affermativo alla domanda se c'è un'associazione tra gli interventi sulla salute mentale della madre e il miglioramento degli indicatori di esito relativi al bambino. Il prossimo passo sarà quello di rafforzare la conoscenza sulla genesi di questa associazione, attraverso lo sviluppo di modelli teorici più dettagliati sui meccanismi di mediazione e moderazione.

#### Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interessi.

#### Finanziamenti

Questo studio è stato svolto nel contesto di un progetto finanziato dall'associazione “Action contre la faim”.

✉ [marianna.purgato@univr.it](mailto:marianna.purgato@univr.it)

1. Barbui C. Access and use of psychotropic medicines in low-resource settings. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015;3:206-9.
2. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878-89.
3. Tol WA, Purgato M, Bass JK, et al. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: a public mental health perspective. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015;24:484-94.
4. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2012;90:139G-49G.
5. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, et al. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2011;89:608-15.
6. <http://www.worldbank.org/> [accesso 25-08-2016].
7. Higgins JPT, Greene S (Eds). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. The Cochrane Collaboration 2011.
8. Aracena M, Leiva L, Undurraga C, et al. Effectiveness of a home visit program for adolescent mothers and their children. *Rev Med de Chile* 2011;139:60-5.
9. Rahman A, Malik A, Sikander S, et al. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008;372:902-9.

10. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *BMJ* 2009;338:1-8.

11. Sikander S, Maselko J, Zafar S, et al. Cognitive-behavioral counseling for exclusive breastfeeding in rural pediatrics: A cluster RCT. *Pediatrics* 2015;135:e424-31.

12. Maselko J, Sikander S, Bhalotra S, et al. Effect of an early perinatal depression intervention on long-term child development outcomes: follow-up of the Thinking Healthy Programme randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2015;2:609-17.

13. Bashour HN, Kharouf MH, Abdulsalam AA, et al. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial. *Public Health Nurs* 2008; 25:115-25.

14. Bastani F, Hidarnia A, Montgomery KS, et al. Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes? A randomized controlled trial. *J Perinatal Neonatal Nurs* 2006;20:138-46.

15. Aracena M, Krause M, Pérez C, et al. A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *J Health Psychol* 2009;14:878-87.

16. Le Roux IM, Tomlinson M, Harwood JM, et al. Outcomes of home visits for pregnant mothers and their infants: A cluster randomized controlled trial. *Aids* 2013;27:1461-71.

17. Murray L, Cooper P, Arteche A, et al. Randomized controlled trial of a home-visiting intervention on infant cognitive development in peri-urban South Africa. *Dev Med Child Neurol* 2015;58:270-6.

18. Rotheram-Borus MJ, Richter LM, Van Heerden A, et al. A cluster randomized controlled trial evaluating the efficacy of peer mentors to support South African women living with HIV and their infants. *PloS One* 2014;9:e84867.

19. Rotheram-Borus MJ, Tomlinson M, le Roux IM, et al. A cluster randomised controlled effectiveness trial evaluating perinatal home visiting among South African mothers/infants. *PloS One* 2014;9:e105934.

20. Tomlinson M. Maternal mental health in the context of community-based home visiting in a re-engineered primary health system: a case study of the Philani Mentor Mothers Programme. *IDS* 2014.

21. Tomlinson M, Rotheram-Borus MJ, Harwood J, et al. Community health workers can improve child growth of antenatally-depressed, South African mothers: a cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2015;15:225.

22. Villar J, Farnot U, Barros F, et al. A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. The Latin American Network for Perinatal and Reproductive Research. *N Engl J Med* 1992;327:1266-71.

23. World Health Organization. Breastfeeding advocacy initiative, 2015. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/152891/1/WHO\\_NMH\\_NHD\\_15.1\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/152891/1/WHO_NMH_NHD_15.1_eng.pdf?ua=1) [accesso 25-08-2016].

24. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387:475-90.

25. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104:114-34.



**NOGRAZIE**

## Lettera di informazione periodica

Esce ogni 2 mesi circa; contiene le notizie più significative già pubblicate sul sito [www.nograzie.eu](http://www.nograzie.eu) e su facebook <https://facebook.com/pages/NoGraziePagolo/180764791950999>

**LETTERA N. 41 – OTTOBRE 2016**

### Accesso universale ai farmaci per l'epatite C

A seguito di un articolo sul tema, pubblicato sul blog <http://www.saluteinternazionale.info/>, e di una successiva petizione, si è acceso durante l'estate un dibattito, non solo italiano (un dibattito simile è riportato dal BMJ per la Gran Bretagna e altri paesi) su come aumentare l'accesso ai costosissimi nuovi trattamenti contro il virus dell'epatite C. Purtroppo non si tratta di un dibattito specifico per questa infezione, perché stanno facendo il loro ingresso sul mercato farmaci altrettanto, se non più costosi (per esempio quando devono essere assunti per tutta la vita), per altre malattie e condizioni. Si tratta di un tema importantissimo perché riguarda, oltre alla salute degli individui e delle popolazioni, la sostenibilità e il futuro dei sistemi sanitari. E interessa anche il modello di sviluppo, nostro e dei nostri figli e nipoti: libero mercato o mercato regolato con criteri che mettano la salute al primo posto? Inoltre, come in tutte le vicende sanitarie in cui interagiscono mercato e salute, nel dibattito rientrano temi cari ai NoGrazie, come il conflitto d'interessi. Non è facile offrire una visione completa dei vari punti di vista. Ci limitiamo a fare un elenco ragionato delle risorse disponibili online, con l'aggiunta di qualche intervento cui non è stata prestata in rete una grande attenzione. Ai nostri lettori la scelta di cosa e quanto leggere e, soprattutto, di decidere da che parte stare. Questa decisione, in teoria, dovrebbe essere seguita da qualche forma di azione, individuale o collettiva.

### Indice

1. Accesso universale a farmaci efficaci, ma costosi	pag. 2
2. Indovina chi viene a cena?	pag. 6
3. Sunshine Act: solo un timido piccolo spiraglio di luce?	pag. 7
4. La lobby dello zucchero	pag. 9
5. Bevande zuccherate: scienza e salute pubblica a processo	pag. 9
6. Conflitti d'interesse e bevande dolcificate artificialmente	pag. 10
7. No comment...	pag. 10